



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Joyce Medeiros Guasque de Mesquita

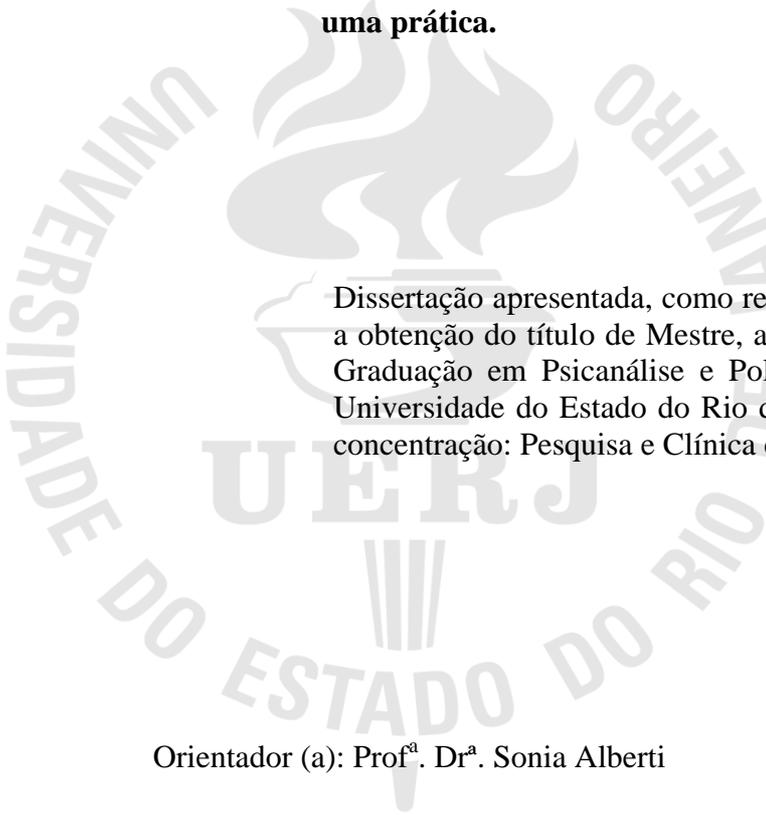
O sujeito do inconsciente e o discurso médico no militarismo: observações a partir de uma prática

Rio de Janeiro

2018

Joyce Medeiros Guasque de Mesquita

O sujeito do inconsciente e o discurso médico no militarismo: observações a partir de uma prática.



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M582 Mesquita, Joyce Medeiros Guasque de.
O sujeito do inconsciente e o discurso médico no militarismo: observações a partir de uma prática / Joyce Medeiros Guasque de Mesquita. – 2018.
51 f.

Orientadora: Sonia Alberti.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Marinha – Brasil – Teses. 3. Medicina – Teses. I. Alberti, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Joyce Medeiros Guasque de Mesquita

O sujeito do inconsciente e o discurso médico no militarismo: observações a partir de uma prática.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 11 de julho de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Alberti (orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dra. Angélica Cantarella Tironi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Vinícius Darriba
Instituto de Psicologia – UERJ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

À Sônia Alberti, pelas orientações e conhecimento teórico.

Aos professores da UERJ, que diante de um cenário tão delicado político, econômico e social, resistiram junto aos alunos e a instituição. Ministraram aulas, promoveram eventos políticos e trabalharam arduamente para a sustentação do curso.

Aos meus pais, Feliciano e Maria Teresa, que desde sempre incentivam os meus estudos e apoiam as minhas decisões na vida.

À minha tia Maria Lídia, pela parceria, cuidado, apoio, ternura, amizade e amor que sempre demonstrou por mim.

Aos meus irmãos, Carlos André e Tatiana, pelo exemplo de ser humano que são, pela garra, parceria e amizade que temos um pelo outro.

Ao meu marido Rafael, pela cumplicidade em todos os momentos da minha vida. Sem o seu amor e cuidado, certamente não chegaria até aqui.

Ao meu filho Ricardo, por ser hoje a minha melhor fonte de inspiração, amor e vida. Sua existência provoca em mim o desejo de perseverar.

À Angélica Tironi, que me incentivou a ingressar no mestrado, apoiou as minhas ideias e me acolheu em tantos outros momentos da minha vida. Sua escuta e a forma de ministrar as suas aulas foram fundamentais para o meu conhecimento teórico.

À Vinicius Darriba, pelas aulas ministradas durante o Mestrado e pela disponibilidade de compor essa banca e contribuir com o meu trabalho.

À Maria Anita Carneiro Ribeiro, pela eterna bagagem da vida.

Aos meus pacientes, que me deram a oportunidade, a partir da minha experiência clínica, questionar tantos pontos teóricos e práticos que foram recolhidos nesta dissertação de mestrado.

Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.
Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.

Clarice Lispector

RESUMO

MESQUITA, Joyce. **Existe alguma possibilidade de sustentar o discurso da psicanálise em uma instituição militar?** A hierarquia e a disciplina em detrimento do sujeito do inconsciente. 2018. 51 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Essa Dissertação de Mestrado foi suscitada por uma experiência que vivenciei no Serviço Temporário da Marinha do Brasil. Uma vez selecionada, passei por um treinamento militar prévio, no qual foram reforçados dois pilares importantes para a escolha dessa carreira: a disciplina e a hierarquia. As questões que me levaram ao Mestrado foram: como fazer valer a escuta do desejo de um sujeito quando o contexto institucional no qual se está inserido parece tão rígido que impede o exercício mínimo de qualquer escuta? A psicanálise aposta nas possibilidades que o sujeito do inconsciente pode encontrar para se haver com o que cessa de não se inscrever. Portanto, frente às promessas ofertadas pelo avanço científico da medicina contemporânea, pela união entre o capitalismo e a indústria farmacêutica, é necessário retomar aquilo que o sintoma re(vela), que nega a ideologia de que para cada problema haverá uma solução objetiva.

Palavras-chave: Marinha do Brasil. Sujeito do inconsciente. Sujeito suposto saber. Formação de sintomas. Psicanálise e Medicina.

ABSTRACT

MESQUITA, Joyce **Is there a way to sustain the psychoanalysis speech in a military institution?** The hierarchy and discipline in detriment of the unconscious subject. 2018. 51 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This Master Degree Dissertation was provoked by life experience I had when I was part of Brazilian Navy. When I started in the Navy, I have been exposed to initial military training, where the 2 Navy core values were reinforced: discipline and hierarchy. The issue that led me to the Masters Dissertation were: How to validate someone's desire when the institutional context in which this soldier is part of is so stringent that prevents any listening. Psychoanalysis core assumption is on the possibility that each unconscious subject can find himself. Therefore, in the light of the promising scientific advancements in contemporary medicine, and the alignment between the pharmaceutical industry and capitalism, it is important to refocus on the opaque symptom, which denies the ideology that for each problem there will be an objective solution.

Key-words: Brazilian Navy. Unconscious subject. Supposed to know subject. Formation of symptoms. Psychoanalysis and Medicine.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 SOBRE o tratamento analítico	16
1.1 Os primórdios da psicanálise	16
1.2 As descobertas da psicanálise	18
1.3 Sobre as neuroses – formações de sintoma e transferência	20
1.4 Conclusões preliminares	22
2 AS ESTRUTURAS CLÍNICAS EM PSICANÁLISE	24
2.1 Sobre as classificações psicanalíticas	26
2.2 Novos elementos teóricos: a metapsicologia freudiana	31
3 O CONCEITO DE Sintoma NA medicina E NA psicanálise	35
3.1 O sujeito do inconsciente resiste	35
3.2 Medicina e capitalismo – que lugar resta para o inconsciente?	39
3.3 Considerações sobre a formação de sintomas nos campos da medicina e da psicanálise	41
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

Ingressei no Serviço Temporário da Marinha do Brasil em janeiro de 2006. Uma vez selecionada, passei por um treinamento militar prévio, no qual foram reforçados dois pilares importantes para a escolha desta carreira: a disciplina e a hierarquia.

Após o período de treinamento, fui designada para trabalhar na área de recursos humanos, apesar de não ter tido nenhuma experiência nesta atividade e o meu currículo só conter estágios na área clínica. Passei quase um ano trabalhando com recrutamento e seleção, aplicando testes psicológicos nos processos seletivos da instituição. A obediência à hierarquia era rigorosa e não existia espaço para questionamentos sobre o processo de seleção dos militares.

A questão que eu já me colocava naquela época, e que orienta essa dissertação de mestrado, pode ser resumida da seguinte forma: como trabalhar em uma instituição que não considera o discurso psicanalítico, que fundamenta a minha formação ética? Como fazer valer a escuta do desejo de um sujeito quando o contexto institucional no qual se está inserido parece tão rígido que impede o exercício mínimo de qualquer escuta?

Em janeiro de 2007 fui transferida para a área clínica do Hospital Central da Marinha, onde fiquei até março de 2014. Com essa mudança de função, tive a chance de exercer a psicanálise, ainda que em um meio bastante hostil. Não foi assim que nasceu a própria psicanálise com Freud? Se a analogia não é absurda, temos a noção da desproporção. A questão, porém, sempre retorna: o que aprendi nessas tentativas de exercer a psicanálise em uma instituição militar? Aprendi, dentre muitas coisas, que a psicanálise é uma possibilidade em uma outra medida que não a expectativa dos meus superiores.

Trabalhei no setor de psicologia voltado para atendimentos individuais e de grupo. Atuava em conjunto com a psiquiatria no tratamento de transtornos alimentares e de ansiedade, e da dependência química. Por ser a única força armada a propor um tratamento da dependência química, esse trabalho era valorizado pela corporação como um todo.

A prevalência da área da psiquiatria na instituição militar foi colocando em questão a manutenção da psicanálise na Marinha. Uma política interna do setor estabelecia que todos os pacientes agendados com psicólogos, também deviam passar por uma avaliação psiquiátrica. Inclusive, caso um paciente ingressasse no tratamento da dependência química, ele deveria fazer atendimentos com a psiquiatria na mesma periodicidade. A maioria dos pacientes, independente do que falassem, saía com receitas médicas bastante parecidas. Prescrevia-se, no mínimo, ansiolíticos e/ou antidepressivos.

Na minha experiência, o efeito do diagnóstico psiquiátrico e das receitas médicas foi uma epidemia de sintomas. Eles engendravam polos de identificação que produziam o efeito inverso da intenção daqueles que os prescreviam: ao invés de erradicar a doença, eles proliferavam os sintomas.

Ao invés de uma cooperação entre colegas médicos e psicólogos, uma disputa tácita se desenhava. Devido à hierarquia militar, o saber psiquiátrico sempre prevalecia em detrimento da lógica do tratamento. A qualidade do trabalho realizado pela psicologia se alterava. Mas, o que passava despercebido, era que essa alteração não comprometia apenas o trabalho que a psicanálise pretendida realizar. Mais do que isso, ela ia de encontro à intenção de toda a área de saúde.

Essa contradição saltava aos olhos. Não fossem os conceitos de Freud para pensarmos essa situação, como esclarecer que algumas vezes se faz o contrário do que se pretende? Era impossível estabelecer uma fronteira clara capaz de delimitar a atuação de cada área de saber. A hierarquia ressaltava essa impossibilidade, e nas forças armadas isso ficava muito mais evidente. Isso gerava um ponto de tensão inevitável, que será recolhido como questão nesta dissertação de mestrado: a direção do tratamento em um espaço de regras que resiste em não ver a falha do próprio campo, acaba por imputar ao sujeito, diagnósticos, doenças e medicações. Como sustentar uma escuta analítica dentro desta proposta de trabalho na qual o médico necessariamente ocupa o lugar que o analista (devido à transferência) deveria ocupar? Diante desta contradição, como sustentar a ética da psicanálise na direção do tratamento?

Nessa instituição militar, o trabalho realizado pela psicologia pode ser resumido da seguinte forma: para pacientes que apresentassem o diagnóstico de dependência química, existia um programa pronto, dividido em quatro fases distintas e com atividades predefinidas. Cada fase trabalhava sempre alguns passos dos Alcoólicos Anônimos (A.A.). Os nomes das fases eram: motivacional, fase 1, fase 2, fase 3 e consolidação. Me perguntava: como saber em que momento o paciente está pronto para mudar de uma fase para outra? Afinal, em que lugar estaria o sujeito do inconsciente dentro desta perspectiva de tratamento tão determinada pela instituição?

Acrescenta-se a isso o fato de as regras e procedimentos serem diferentes conforme a patente do paciente. Sendo oficial, não havia a menor possibilidade de integrá-lo em um tratamento de grupo, pois, de acordo com as regras militares, poderíamos colocá-lo em uma situação de constrangimento diante dos pacientes de outras patentes. E esse tratamento diferenciado esbarrava na minha ética profissional, pois o cargo não poderia determinar a relação entre o sujeito do inconsciente e o analista enquanto sujeito suposto saber. Ou seja,

existia um atendimento individualizado para os oficiais, enquanto as outras patentes deveriam realizar o tratamento de grupo.

A hierarquização militar também se estendia à direção do tratamento, na medida em que, pela norma institucional, ao atender alguém de uma patente superior do que a minha, era preciso me referir a ele como senhor. Levando em conta as consequências da diferença de patentes e as regras hierárquicas, como pensar na operatividade do analista enquanto sujeito suposto saber?

Para o Hospital, o mais importante era o crescimento estatístico dos atendimentos realizados pelos setores de saúde. Privilegiava-se os números em detrimentos da qualidade do serviço oferecido. Fui oferecendo aos meus pacientes o discurso da psicanálise. O número de pacientes à minha procura ia crescendo, o que talvez tenha confortado os meus superiores. Em muitos momentos também fui criticada por colegas, que não aceitavam o fato de ter tantos pacientes individuais e me recusar a atender grupos. Segundo eles, eu não deveria transformar o trabalho na instituição em meu consultório particular.

Hoje não faço mais parte desta instituição e os pacientes que atendia me procuraram no meu consultório particular para dar continuidade ao tratamento iniciado na instituição militar. Isso foi para mim a constatação de que o inconsciente realmente opera e que ultrapassa qualquer barreira institucional. Essa dissertação de mestrado visa analisar o processo de avaliação diagnóstica realizado pela medicina e pela psicanálise, levando em conta a formação dos sintomas e a suposição de saber para cada um destes campos de saber.

Se por um lado a rapidez e a profusão de informações científicas traz benefícios às pesquisas e aos tratamentos clínicos, por outro lado, ela acarreta uma banalização das classificações diagnósticas, criando novas formas de nomear sintomas e doenças, rapidamente incorporados no jargão comum. O processo de avaliação do qual resultam as cifras estatísticas é visto como um fenômeno essencial nos dias atuais. A articulação entre o processo de avaliação diagnóstica e as ofertas disponíveis no mercado farmacológico faz crer que não há sintomas ou doenças sem solução.

Vivemos a febre do ciframento, do tudo tem preço; logo, tudo é passível de ser comparado, avaliado; nada é singular. A febre do ciframento da sociedade de controle defende-se do medo da singularidade: de que alguma coisa escape às medidas do avaliador; de que alguma coisa não tenha preço, de que não tenha nome e que nunca venha a ter (MILLER, 2006, p.1).

O uso da avaliação diagnóstica em consonância com os protocolos de medicalização, que vemos acontecer atualmente de forma generalizada, intensificou a partir da quinta revisão do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que ampliou ainda mais o

número de categorias de transtornos patológicos. O psiquiatra Allen Frances (2009) – que dirigiu durante anos as revisões do Manual Diagnóstico Estatístico, considerado a bíblia dos psiquiatras de hoje – faz uma autocrítica e questiona o fato de a principal referência acadêmica da psiquiatria contribuir para a crescente medicalização da vida.

Ao contrário da consideração pela qual o DSM é orientado, a psicanálise freudiana postula que:

Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática. Não; na clínica médica sempre haverá lugar para o *'ferrum'* e para o *'ignis'*, lado a lado com as *'medicinas'*; e, da mesma maneira, nunca seremos capazes de passar sem uma psicanálise estritamente regular e forte, que não tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente (FREUD, 1915[1914]/2001, p.174; tradução nossa)¹.

Há que se perguntar se estamos diante de uma falha ou da exposição sintomática de uma lógica que perpassa, em maior ou menor grau, todo o poder atual de “psiquiatrização da vida cotidiana” (SAFATLE, 2013, p.23). As diversas formas de sofrimento nem sempre são vivenciadas como doença, pois elas também podem ser vividas como conflitos relativamente naturais que fazem parte do processo de transformação e de desenvolvimento de um indivíduo. O adoecimento está vinculado a uma ideia de sofrimento da saúde mental, uma limitação na capacidade de ação ou a fixidez em determinados comportamentos negativos. Ou seja, nos dias de hoje, estar doente significa construir uma identidade em virtude dessa nova tendência de psiquiatrização da vida, reforçada pelas inúmeras reformulações do DSM. No entanto, a psicanálise ensina que:

Na opinião dos leigos, os sintomas constituem a essência da enfermidade; para eles, a cura equivale a suspensão dos sintomas e da enfermidade, e sustenta que a eliminação deles não é todavia a cura desta. Mas, depois de eliminá-lo, o único apreensível que resta da enfermidade é a capacidade de formar novos sintomas (FREUD, 1916/2001, p.326; tradução nossa)².

A partir de 2013, o número de patologias mentais aumentou para 450 categorias diagnósticas. Eram 265 categorias no DSM-III, lançado em 1980, e 182 no DSM-II, em 1968.

¹ O trecho correspondente na tradução é: “Pero es menospreciar enojosamente a las psiconeurosis, en cuanto su origen y significado práctico, creer que estas afecciones se podrían eliminar operando con íntimos e inocentes arbitrios. No; en el obrar médico ha quedado siempre lugar, junto a la *medicina*, para el *ferrum* y para el *ignis*, y de igual modo seguirá siendo imprescindible el psicoanálisis practicado con arreglo al arte, no amortiguado, que no teme manejar y dominar en bien del enfermo las más peligrosas mociones anímicas”.

² O trecho correspondente na tradução é: “A juicio de los legos, los síntomas consituyen la esencia de la enfermidade; para ellos, la curación equivale a suspencion de los síntomas y la enfermidade, y sostiene que la eliminación de aquellos no es todavia la curación de esta. Pero, tras eliminarlos, lo único aprehensible que resta de la enfermidade es la capacidade para formar nuevos síntomas” (FREUD, 1916/2001, p.326).

Atualmente, ao apresentar conflitos psíquicos e períodos de incertezas, um sujeito dificilmente sairá de um consultório psiquiátrico sem um diagnóstico e uma receita médica. “A versão atual do DSM-V apresenta um caráter mais normativo de suas classificações, fundadas num movimento vertiginoso de psiquiatrização da vida cotidiana e numa psicopatologização do mal-estar subjetivo” (IANINI, 2013, p.25).

Muitos psiquiatras questionam as alterações realizadas no DSM-V:

[...] porque elas não se apoiam de fato em novas descobertas científicas, mas em redefinições nominalistas de sintomas e definições operacionais de síndromes. Isso valoriza ou sobrevaloriza o diagnóstico mediante exame retrospectivo dos efeitos de medicações cujo verdadeiro mecanismo de ação se desconhece. Ou seja, a unidade perdida com o sequestro da neurose, como hipótese que unifica a história de vida, sintomas, personalidade, é reencontrada na unidade de um objeto: a medicação (DUNKER, 2013, p.37).

Há de se questionar o que está por trás da tendência à psiquiatrização apresentada nesta nova reformulação do DSM-V. Segundo Ianini, “o discurso da tecnociência, submetido a lógica do capital, organiza a crença mercantil que associa demanda e produto – no caso, doença mental e arsenal terapêutico – numa relação de evidência supostamente controlável” (IANINI, 2013, p.27).

A revisão do DSM-V vem sendo orientada por um viés neurológico, juntamente com medicações que “garantem” combater tudo aquilo que possa afetar a performance no trabalho, os papéis sociais e a autonomia do sujeito. Vale ressaltar que essa forma de intervenção não leva em consideração a experiência subjetiva do paciente, mas preconiza padrões esperados de conduta disciplinar, social e moral.

Há cada vez mais uma prática desenfreada de classificar e avaliar todo o comportamento observável, eliminando qualquer sofrimento subjetivo através do uso de medicações. Segundo Allen Frances (2009), criamos um sistema diagnóstico que transforma problemas cotidianos e normais da vida em transtornos mentais. Desta forma, ironicamente, essas classificações transformaram o “falar de si” em uma via contrária àquilo que é estritamente singular para cada sujeito.

Fica claro que no campo da psicanálise é realizado em detrimento do sujeito do inconsciente. As estruturas clínicas formalizadas por Freud – neurose, psicose e perversão – são pilares sólidos da teoria psicanalítica. Freud (1896/2001) afirma que uma estrutura consiste em certa lógica e tipos de sintomas que, por vezes, são difíceis de serem revelados, à primeira vista, pelo trabalho de deciframento do inconsciente. Nesse sentido, a psicanálise preza pelo diagnóstico no caso a caso, em detrimento de uma generalização diagnóstica realizada pela presença de sintomas observáveis, tal como vemos acontecer no campo da psiquiatria. E, se

dermos a palavra ao sujeito, o ideal de representação científica da doença, na maioria das vezes, cai por terra.

Cada vez mais as vivências psíquicas são descritas por um discurso médico-psiquiátrico disponível na internet, oferecendo diversas explicações ditas científicas para todo e qualquer transtorno apresentado. Recolhemos este uso no próprio discurso dos pacientes que já chegam ao consultório referindo-se aos seus sofrimentos por meio de diagnósticos oferecidos pelo saber médico ou pelas ofertas de saber que a internet e as redes sociais disponibilizam.

É preciso, cada vez mais, refletir sobre o posicionamento do sujeito frente a este discurso médico contemporâneo, pois os laboratórios, através de um investimento maciço em *marketing*, fazem crer que os problemas do cotidiano podem ser resolvidos com a simples utilização de comprimidos. E na realidade, não existe nenhum tratamento mágico contra o mal-estar.

Se vivermos imersos em uma cultura que lança mão dos comprimidos diante de qualquer problema, vai se reduzir a nossa capacidade de confrontar o estresse e também a segurança em nós mesmos. Se esse comportamento se generalizar, a sociedade inteira se debilitará frente à adversidade. Além disso, quando tratamos um processo banal como se fosse uma enfermidade, diminuímos a dignidade de quem verdadeiramente a sofre (ALLEN, 2009).

Diante disso, é importante estarmos atentos aos novos discursos que, oferecidos como mercadoria, chegam ao ponto de se tornarem discurso comum. O analista deve saber escutar a função que estas classificações diagnósticas têm para cada sujeito que a ele endereça o seu sofrimento psíquico, e ir além, já que a regra fundamental da psicanálise está na livre associação do inconsciente em sua singularidade. “Toda verdadeira clínica nunca é mera técnica, mas é também uma aposta ética e política. É por esse conjunto de razões que, no atual momento, precisamos não de classes diagnósticas, mas de menos” (TEIXEIRA, 2013, p.27).

Lacan (1967-1968) mencionou que a clínica opera manejando aquilo que do real é impossível de ser suportado por cada sujeito, aquilo que não cessa de não se inscrever e que gera sofrimento. Em contraponto, a psiquiatria maneja o impossível de suportar para o corpo social, na medida em que ela busca ser a referência de um saber universal de saúde e bem-estar.

No primeiro capítulo dessa dissertação de mestrado, nos deteremos em conceitos psicanalíticos elaborados por Freud e em sua aplicação na clínica, que no início foi articulada com a hipnose para então, aos poucos, se afinar como uma clínica específica nomeada de psicanálise. Esse afinamento vai se dando à medida que vão se acrescentando os casos clínicos desde 1900. Partimos do princípio de que o discurso médico reduz o sujeito em

avaliações diagnósticas, quantificações estatísticas e aparato medicamentoso. O tratamento analítico requer um tempo para que o analista possa definir um diagnóstico diferencial. Ao contrário, para a psiquiatria o diagnóstico é determinado, muitas vezes, logo no primeiro atendimento.

No segundo capítulo, iremos nos debruçar sobre alguns conceitos fundamentais formulados por Freud, a fim de melhor compreendermos as estruturas clínicas em psicanálise. As estruturas clínicas em psicanálise permitem formular um diagnóstico que, em se tratando do inconsciente, necessita de um tempo inicial, o qual Freud denominou *entrevistas preliminares*. Isto permite introduzir a noção de diagnóstico nas estruturas psicopatológicas delimitadas pela psicanálise freudiana, a saber: neurose, psicose e perversão.

No terceiro capítulo, vamos abordar as variações que ocorreram na dinâmica das formulações diagnósticas que acarretaram um aumento do número de transtornos patológicos. Além disso, vamos discutir a relação entre os transtornos classificados pela medicina e o sintoma, pelo viés psicanalítico. Trata-se de pesquisar de que lugar o sujeito do inconsciente pode operar em uma época marcada pela cultura de avaliações e classificações, alimentada pela utilização massiva de medicações que prometem curar o sofrimento e fazer desaparecer o sintoma do qual o paciente se queixa. No entanto, o mal-estar insiste e impele o sujeito a buscar diversas especialidades médicas que justifiquem o sofrimento através de um diagnóstico que, por vezes, o estigmatiza.

Após discorrermos sobre os aspectos contemporâneos que articulam diretamente o diagnóstico e o excesso de medicalização, analisaremos o lugar do sujeito suposto saber diante dessas conjunções, tanto no campo da medicina psiquiátrica quanto no campo da psicanálise.

No âmbito da medicina, o sujeito suposto saber é alguém a quem se supõe um saber sobre algo, o transtorno, que o próprio sujeito desconhece. Na experiência clínica do hospital, sobre o qual discorreremos nesta dissertação de mestrado, essas suposições de saber eram determinadas pela instituição militar e intervinham não só nas questões militares como também nos atendimentos clínicos. E, na realidade, esses campos que deveriam ser distintos, se misturavam com frequência. O saber muitas vezes era determinado pela hierarquia.

Na psicanálise, a suposição de saber deriva do conceito de transferência, formulado por Freud e retomado por Lacan. A partir de alguns textos freudianos é possível apreender que a transferência é a regra fundamental para o funcionamento da clínica psicanalítica e é o que possibilita o acesso ao inconsciente. Ela está vinculada à atualização da experiência afetiva no curso de uma análise, na qual as formas de sofrimento psíquico estão implicadas na relação analista e analisando.

Para Freud, a transferência pode se apresentar em sua faceta positiva ou negativa. A transferência positiva é definida a partir dos sentimentos ternos e amistosos, que facilitam o analista à influência necessária para a efetividade de suas intervenções. A transferência negativa, por sua vez, engloba impulsos agressivos e hostis, dificultando o manejo no tratamento analítico. A transferência positiva, quando afetada por moções eróticas recalcadas, e a transferência negativa, se tornam uma resistência ao trabalho analítico, um obstáculo ao tratamento. “ A ambivalência das orientações do sentimento é o que melhor nos explica a atitude dos neuróticos para colocar os neuróticos e suas transferências ao serviço da resistência (FREUD, 1914/2001, p.104; tradução nossa)³.

Para Freud, ao mesmo tempo em que a transferência opera como uma resistência ao tratamento, ela deve ser considerada um veículo fundamental do tratamento. O papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se levarmos em consideração sua relação com a resistência. É importante pensarmos nas dificuldades que podem surgir no manejo transferencial, na medida em que o amor de transferência, pode se apresentar de três formas diferentes: 1) ele é provocado pela situação analítica; 2) ele é intensificado pela resistência; 3) ele não leva em consideração a realidade, e é capaz de suscitar um estado de enamoramento pela figura do analista. O amor transferencial, provocado pela relação analítica, é o fator decisivo para o acesso ao inconsciente para a direção do tratamento nos casos de neurose.

Se para que haja um tratamento analítico é necessário haver transferência, e se ela ocorre como uma atualização do inconsciente, como podemos supor que o discurso analítico possa se sustentar em uma instituição (militar) que vela as relações afetivas com a hierarquia e a disciplina?

³ O trecho correspondente na tradução é: “La ambivalência de las orientaciones del sentimiento es lo que mejor nos explica la aptitud de los neuróticos para poner sus transferências al servicio de la resistencia” (FREUD, 1914/2001, p.104).

1 SOBRE o tratamento analítico

No primeiro capítulo desta dissertação de mestrado, percorremos alguns textos da obra freudiana, desde o momento pré-psicanalítico, em que Freud trabalhava com a hipnose e o método catártico de Breuer, até a invenção da psicanálise, quando a livre associação e a interpretação se tornaram as ferramentas clínicas para o acesso ao sujeito do inconsciente. A partir de considerações sobre a sexualidade infantil, a teoria da libido, o desencadeamento da neurose e o manejo da transferência, comparamos a formação dos sintomas para a psicanálise e para a medicina com o intuito de abordar a seguinte questão: frente à hegemonia do discurso médico, como se apresentam as formações dos sintomas e a transferência?

1.1 Os primórdios da psicanálise

Em 1886, Sigmund Freud iniciou seus estudos sobre a histeria seguindo os ensinamentos do mestre Charcot que, naquela época, já havia observado algumas manifestações histéricas, tais como, a histeria frequente em homens, as paralisias e contraturas histéricas em decorrência da sugestão hipnótica, e os acessos espontâneos provocados traumáticamente. Em acordo com as descobertas de Charcot, Freud iniciou suas pesquisas realizando um estudo comparativo entre as paralisias histéricas e as orgânicas afim de compreender as especificidades dos sintomas neuróticos. No entanto, a partir do momento em que Freud se aproximou da técnica de sugestão hipnótica, ele abandonou os estudos das doenças nervosas orgânicas ciente de que as paralisias histéricas eram a chave para a compreensão dos sintomas neuróticos.

Durante seus estudos em Paris, Freud relatou a Charcot um caso clínico atendido por Joseph Breuer entre os anos de 1880 e 1882. Porém, ele não se interessou em se aprofundar no método de tratamento da histeria que o colega estava utilizando. Findo o tempo de estudos na capital francesa, Freud retornou a Viena para acompanhar Breuer em suas pesquisas clínicas.

Breuer era um dos médicos de família mais respeitado de Viena; produziu trabalhos importantes sobre a fisiologia da respiração e do equilíbrio. Seu interesse pelos sintomas neuróticos começou quando ele acompanhou uma jovem paciente, que adoeceu enquanto cuidava do pai enfermo. A jovem apresentava um quadro variado de paralisias com contraturas, inibições e estados de confusão mental.

Breuer acreditava que pelo método catártico ela poderia ser aliviada desses sintomas. Era necessário que a paciente fosse induzida a expressar com palavras a fantasia pela qual ela se encontrava dominada, pois eram reminiscências de situações emocionais experimentadas pela moça na época em que ela cuidava do pai. Ele a levava a uma hipnose profunda para evocar o que a oprimia e, ao recordar o ato psíquico suprimido, o sintoma era eliminado e não retornava.

Em 1893 Freud e Breuer publicaram uma comunicação preliminar intitulada “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” e, em 1895, o texto “Estudos sobre a histeria”. Esse material trazia elementos iniciais sobre a origem e a formação dos sintomas na histeria. Tratava-se de distinguir os atos psíquicos inconscientes dos conscientes e de enfatizar a significação dos afetos neste tipo clínico. Estes textos são fundamentais para a teoria psicanalítica, pois eles trazem duas importantes definições do sintoma: 1) o sintoma decorre do represamento de um afeto – fator dinâmico; 2) o sintoma é produto da transformação de uma quantidade de energia que, sem a devida descarga, é convertida em sintomas no corpo – fator econômico.

Em 1889, Freud percebeu que não era possível hipnotizar todos os pacientes e, daqueles que era possível hipnotizar, nem todos entravam em um estado tão profundo de hipnose quanto se desejava para realizar um tratamento analítico. A hipnose facilitava o acesso a cenas traumáticas, através das quais era possível evocar os sintomas e removê-los. Porém, ela não considerava o inconsciente, teorizado por Freud em 1900, em sua “Interpretação dos sonhos”.

A psicanálise começou com a pesquisa sobre a histeria, mas foi muito além. Os “Estudos sobre a Histeria”, seguiram o trabalho de Charcot sobre histeria ‘traumática’, as investigações da hipnose e os estudos de Janet sobre os processos mentais inconscientes. Neste percurso Freud concluiu que os sintomas histéricos são resíduos (reminiscências) de experiências traumáticas, afastadas da consciência. A fixação da vida psíquica nestes traumas patogênicos é uma característica importante da neurose e tem significação na prática clínica. Nesse sentido, as intervenções terapêuticas residem na possibilidade de permitir que parte do material psíquico inconsciente se torne consciente, retirando-lhe seu poder patogênico.

Além disso, Freud percorreu sobre dois pontos importantes no desencadeamento da neurose histérica: a doença se instala porque uma parte da emoção desencadeada estava associada a algo que não poderia ser trazido à consciência. Outra parte, no entanto, era convertido em sintomas físicos – nomeados por Freud de conversão histérica.

Através de suas investigações, Freud notou que as lembranças não recordadas pelo paciente não haviam se perdido, mas uma força impedia que elas viessem à consciência. Esta força que mantém as lembranças no inconsciente foi definida como recalque, elemento fundamental na compreensão dos processos psíquicos que ocorrem na histeria. Além do recalque, Freud delimitou a resistência como um outro tipo de defesa, que surge durante o processo analítico, e dificulta o acesso do analista ao material inconsciente recalcado. Tanto a resistência quanto o recalque deram consistência à teoria do inconsciente freudiano.

Através de certas lembranças evocadas em análise, alguns pacientes se livram do desconforto causado por ideias incompatíveis ao eu. Essas lembranças possibilitam que a moção de desejo recalcada permaneça inconsciente ao mesmo tempo em que se revelam a partir de um *substituto* que traz o material inconsciente disfarçado. Assim, esta moção só pode atingir a consciência, caso se ligue a um material de conteúdo indiferente, sem um quantum de energia capaz de alertar os mecanismos de defesa. Ainda assim, com todo esse disfarce, ele é capaz de causar desprazer ao chegar à consciência.

As primeiras investigações psicanalíticas de tratamento foram feitas com o hipnotismo. Posteriormente, ele foi abandonado e o trabalho foi efetuado pelo método da associação livre. Esta modificação permitiu que o método fosse aplicado a um número maior de casos. Foi necessário, no entanto, o desenvolvimento de uma técnica de interpretação das ideias expressas pelos pacientes. Estas interpretações demonstravam que as dissociações psíquicas que se originaram em decorrência a um conflito interno eram sustentadas por ‘resistências internas’ que conduziram o impulso à ‘repressão’. Estes conflitos ocorriam entre as pulsões sexuais e as tendências do eu. Nas neuroses, as pulsões sexuais sucumbiam à ‘repressão’ e constituíam a base para a gênese dos sintomas, considerados como substitutos de satisfações sexuais.

1.2 As descobertas da psicanálise

A hipnose aumentava a capacidade de o paciente efetuar associações inacessíveis à consciência e conduziam o médico ao sintoma e às lembranças a ele vinculados. No entanto, o pequeno número de pessoas que podia ser colocado em estado de hipnose envolvia uma limitação considerável do método catártico.

Freud insistiu que seus pacientes *não hipnotizados* lhe fornecessem suas associações a fim de encontrar o caminho que levava às lembranças esquecidas. Ele observou que estas lembranças surgiam na mente do paciente, mas não eram comunicadas devido a certas

objeções colocadas pelo próprio paciente. Daí surgiu a ideia de ensinar o paciente a abandonar toda a atitude crítica e fazer uso do material que era trazido à consciência para revelar as conexões perdidas. Pedia-se ao paciente que se colocasse na posição de um auto observador e não retesse nenhuma ideia, mesmo que ela fosse desagradável, sem importância ou irrelevante para o que estava sendo buscado. A técnica de associação livre modificou o tratamento analítico, situou o médico em uma nova relação com o paciente e estendeu o tratamento a outras formas de manifestação neurótica.

A psicanálise partiu das descobertas de Breuer de que os sintomas neuróticos são substitutos de atos mentais omitidos. No entanto, era necessário recolher o material produzido pelas associações do paciente e descobrir o significado oculto por trás deles. A experiência mostrou que o analista devia se entregar à sua própria atividade mental inconsciente, em um “estado de atenção imparcialmente suspensa” (FREUD, 1923[1922]/2001), a fim de evitar apreender o curso do inconsciente do paciente com o seu próprio inconsciente.

A associação livre foi aplicada aos sonhos com o objetivo de ter acesso aos processos inconscientes. O sonho relatado foi nomeado de *conteúdo onírico manifesto*, em contraste aos *pensamentos oníricos latentes*, descobertos pela interpretação analítica. O processo que transformou os últimos no primeiro, e que era desfeito pelo trabalho da interpretação, foi chamado de ‘*elaboração onírica*’.

Os pensamentos oníricos latentes são chamados também, a causa de seu vínculo com a vida de vigília, de *restos diurnos*. O trabalho do sonho, ao que seria por completo incorreto a natureza (criador), são *condensados* de maneira extraordinária, *desfigurados* pelo deslocamento das intensidades psíquicas, organizados com olhar para a *figuração em imagens visuais*, e além disso, antes de passar a formar o sonho manifesto, estão sujeitos a uma elaboração secundária que queria dar ao novo produto algum sentido e alguma coerência (FREUD, 1923[1922]/2001; p.237; grifos do autor; tradução nossa)⁴.

Freud concluiu que a dinâmica da formação dos sonhos era a mesma da formação dos sintomas. Em ambos os casos havia uma luta entre duas tendências: a realização de desejo é inconsciente, normalmente recalcada, e se esforça por obter satisfação; a outra, pertence ao eu consciente, é desaprovadora e repressiva. O resultado desse conflito é uma *formação conciliatória* (o sonho ou o sintoma) na qual ambas as tendências encontram expressão parcial.

⁴ O trecho correspondente na tradução é: “A los pensamientos oníricos latentes los llamamos también, a causa de su vínculo con la vida de vigília, *restos diurnos*. Por obra del trabajo del sueño, al que sería por completo erróneo carácter [creador], son *condensados* de manera extraordinária, *desfigurados* por el desplazamiento de las intensidades psíquicas, arreglados con miras a la *figuración en imágenes visuales*, y además, antes de pasar a conformar el sueño manifesto, sometidos a una elaboración secundária que querría dar al nuevo produto algún sentido y alguna coherencia” (FREUD, 1923[1922]/2001, p.237; grifos do autor).

A segunda descoberta da psicanálise após o método catártico ter sido substituído pela associação livre foi a sexualidade infantil. A ciência da época considerava o início da vida sexual a partir da puberdade e encarava as manifestações da sexualidade em crianças como sinais de degeneração. A psicanálise considerou a sexualidade infantil de forma distinta, ampliando o conceito de sexualidade e distinguindo sexualidade de reprodução. Essa ampliação permitiu uma nova possibilidade de apreender a vida sexual infantil.

A pulsão sexual, manifestação do que na vida mental Freud nomeou de libido, é constituída de pulsões parciais cujas fontes são *zonas erógenas* especialmente acentuadas. A princípio, as pulsões parciais encontram satisfação independente umas das outras, mas, no decorrer do desenvolvimento, se tornam cada vez mais convergentes. A primeira fase da organização sexual, fase *oral*, em conformidade com os interesses do bebê, a zona oral desempenha o papel principal; a segunda fase, *anal sádica*, a zona *anal* e o *sadismo* são particularmente proeminentes; na terceira, a maioria das pulsões parciais convergem para o *primado das zonas genitais*. Nesta evolução, parcelas das pulsões parciais permanecem atrasadas em relação ao desenvolvimento da libido, dando origem a *fixações* da libido, pontos que predisõem a emergência de impulsos recalçados. Em torno do quinto ano de idade, esse período inicial da vida sexual é sucedido por um período de *latência*, durante o qual proibições são construídas para atuar como defesas contra os desejos do complexo de Édipo. Segundo Freud (1923[1922]/2001), esse desenvolvimento difásico da função sexual é um dos fatores determinante da origem das neuroses.

1.3 Sobre as neuroses – formações de sintoma e transferência

A partir destas considerações clínicas, a psicanálise estabeleceu que as neuroses são a expressão de conflitos entre o eu e os impulsos sexuais incompatíveis a ele. Segundo Freud (1923[1922]/2001), esses impulsos do eu foram recalçados e impedidos de se tornarem conscientes. Ao tentarmos torná-los conscientes durante o processo analítico, esses impulsos recalçados são impedidos pela *resistência*. A libido represada encontra outras saídas no inconsciente, regredindo a fases anteriores do desenvolvimento sexual, onde existem fixações infantis, para irromper na consciência e obter descarga. O resultado é um *sintoma*, uma satisfação sexual substitutiva do impulso sexual represado. Como o sintoma não pode escapar inteiramente às forças repressivas do eu, ele é submetido a modificações e deslocamentos que tornam a satisfação sexual irreconhecível.

O sintoma, substituto da ideia recalçada, ao mesmo tempo em que protege o aparelho psíquico através das forças defensivas do eu, desencadeia um sofrimento contínuo. O tratamento psicanalítico consiste em investigar a ideia recalçada que compõe a formação dos sintomas, com o intuito de acessar os conteúdos inconscientes. Duas forças antagônicas atuam no paciente: de um lado, um esforço para trazer à consciência aquilo que está inconsciente, e, de outro, a resistência em impedir a passagem do material recalçado para o consciente. Quanto mais perto o processo analítico estiver do material inconsciente recalçado, maior será a resistência do paciente.

No decurso do tratamento analítico, se estabelece entre o paciente e o médico uma relação emocional especial que varia entre a devoção mais afetuosa e a inimizade mais obstinada. Essa *transferência*, tanto em sua forma positiva quanto negativa, é utilizada como uma ferramenta pela resistência e, na direção do tratamento, se torna o mais poderoso instrumento terapêutico no processo de análise.

A transferência é um mecanismo fundamental para o trabalho analítico. Ela opera como uma repetição do passado esquecido, não apenas com a figura do analista, como também em outros âmbitos da vida do sujeito (FREUD, 1914/2001). Quanto mais a resistência impedir que um sujeito fale no processo analítico, maior será a atuação do paciente, ou seja, a repetição substitui o recordar. Em um tratamento analítico, repetir significa evocar um fragmento da vida real que está associado aos sintomas. O trabalho realizado sobre a repetição depende do manejo da transferência, pois são as reações repetitivas que ali se atualizam e levam o paciente às lembranças encobridoras após a resistência ter sido superada.

O trabalho em análise deve saber manejar a transferência para que o paciente consiga superar as resistências, elaborar o material recalçado e prosseguir na regra fundamental da psicanálise. A superação da resistência requer a interpretação do analista. Na prática clínica, ela é um trabalho árduo para o sujeito em análise e de paciência para o analista. Durante o processo de análise, o neurótico transfere moções amorosas, ou até mesmo de sentimentos hostis, para a figura do médico. Esta atualização que ocorre na transferência dá acesso a experiências sexuais infantis, que formam clichês estereotípicos a partir dos quais se desenrola toda a vida amorosa do sujeito.

A transferência funciona, ao mesmo tempo, como a possibilidade de operar a técnica analítica, e de resistir ao tratamento. A transferência opera como resistência quando o sujeito se depara com questões que envolvem um conteúdo inconsciente latente. A resistência ocorre

em virtude da censura, que adverte à consciência sobre os materiais inconscientes que insistem em se fazer presentes durante a fala do paciente no processo analítico.

A transferência pode ser positiva ou negativa. A transferência positiva tem a comporta afetos sublimados da pulsão sexual (a sublimação é um dos quatro destinos da pulsão no qual o que há de sexual de uma pulsão é satisfeito em uma ordem não sexual). E a transferência negativa, composta sentimentos hostis atualizados em transferência para a figura do analista. Quando o paciente transfere ao analista os impulsos sexuais não sublimados e é capturado por esse amor, a transferência opera a serviço da resistência, fazendo com que o material mais precioso escape ao trabalho analítico.

A transferência é provocada pela própria situação analítica, intensificada pela resistência que domina a situação, e necessita de uma consideração da realidade. Segundo Freud:

É inegável que o controle dos fenômenos da transferência reserva ao psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que justamente eles nos oferecem o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos as moções de amor escondidas e esquecidas dos pacientes; pois em definitivo, ninguém pode ser julgado *in absentia* ou *in effigie* (FREUD, 1912/2001, p.105; tradução nossa)⁵.

A psicanálise não é um sistema que parte de alguns conceitos a priori; ela se baseia na relação de escuta diante daquilo que é dito pelo seu paciente. A suposição de processos mentais inconscientes, o reconhecimento da teoria da resistência, a importância da sexualidade e do complexo de Édipo constituem os fundamentos de sua teoria. “Aquele que não possa aceitá-los a todos não deve considerar-se a si mesmo como psicanalista” (FREUD, 1923[1922]/2001).

1.4 Conclusões preliminares

A análise se inicia com uma demanda, frequentemente queixosa, de um sujeito atravessado por sintomas sobre os quais ele sabe falar apenas parcialmente. O sintoma sobre o qual o paciente se queixa, ao ser endereçado ao analista pelo estabelecimento da transferência, se institui como sintoma analítico. Desta forma, o analista, enquanto sujeito suposto saber, pode manejar a relação transferencial e ter acesso aos conteúdos fundamentais para o processo analítico.

⁵ O trecho correspondente na tradução é: “Es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades, pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*. (FREUD, 1912/2001, p.105).

Em relação aos sintomas, a medicina faz da queixa inicial o material “necessário” para suas avaliações de delimitações do diagnóstico diferencial. Além disso, a medicina acredita que o sintoma equivale à doença, ou seja, que o sintoma é a própria doença. Para a psicanálise, os sintomas são a condição necessária de existência de sujeito, pois ele expressa a maneira com a qual ele se constitui na cultura em que está inserido. Portanto, ao contrário da medicina, a psicanálise não visa curar o sintoma: “...a única coisa apreensível que resta da enfermidade é a capacidade para formar novos sintomas” (FREUD, 1917[1916]/2001, p.326)⁶.

A psicanálise não se constitui em função de um modismo, da aparição de “novas produções” de sintomas contemporâneos, mas a partir de demandas de um sujeito modificado pela situação analítica. De acordo com Quinet, “A analisabilidade é função do sintoma e não do sujeito” (QUINET, 2002, p.16).

A psicanálise não propõe definições estabelecidas socialmente, mas aposta nas possibilidades que cada sujeito do inconsciente possa encontrar para se haver com o que cessa de não se inscrever. Frente às promessas ofertadas pelo avanço científico da medicina contemporânea, pela união entre o capitalismo e a indústria farmacêutica, é necessário retomar o que re(vela) do sintoma, que nega a ideologia de que para cada problema haverá uma solução objetiva.

Como fazer valer o discurso da psicanálise diante de tantas promessas e definições? É preciso apostar, no inconsciente e no desejo. O discurso da psicanálise só é possível quando há uma aposta na singularidade de um sujeito que se responsabilize pelas formações do inconsciente e pelo seu desejo. Afinal, sob cada ser em sofrimento, sempre haverá um sujeito desejante.

⁶ O trecho correspondente na tradução é: “[...] lo único apprehensible que resta de la enfermedad es la capacidad para formar nuevos síntomas” (FREUD, 1917[1916]/2001, p.326).

2 AS ESTRUTURAS CLÍNICAS EM PSICANÁLISE

Neste segundo capítulo, iremos nos debruçar sobre alguns conceitos fundamentais formulados por Freud, a fim de melhor compreendermos as estruturas clínicas em psicanálise. Constatamos que, a partir da paciente de Freud, Frau Emmy von N., a regra fundamental que rege a psicanálise, a associação livre, permitiu ao analista o acesso a um saber inconsciente a partir do dito pelo paciente. Segundo Antonio Quinet, para Freud, o objetivo da análise era “ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista, sendo mais explícito em relação a pelo menos uma função desse tratamento de ensaio: a do estabelecimento do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose” (QUINET, 2002, p.13).

As estruturas clínicas em psicanálise permitem formular um diagnóstico que, em se tratando do inconsciente, necessita de um tempo inicial de acolhimento da queixa do paciente, o qual Freud denominou *entrevistas preliminares*. Isto permite introduzir a noção de diagnóstico nas estruturas psicopatológicas delimitadas pela psicanálise freudiana, a saber: neurose, psicose e perversão.

Nas palavras de Sigmund Freud:

Não interessa para nada com que material se inicia – a biografia, a história clínica ou as lembranças da infância do paciente – desde que se deixe o paciente mesmo fazer seu relato e escolher o ponto de partida. Então dizemos: “Antes que eu possa dizer-lhe algo, é preciso que tenha descoberto muito sobre você; conte-me, por favor, o que sabe sobre você mesmo” (FREUD, 1913/2001, p.135; tradução nossa) 7.

Ao contrário do que preza a psicanálise, o diagnóstico em medicina é realizado visando dois objetivos: a observação de uma afecção ou de uma doença, a partir de uma semiologia, e sua classificação, a fim de localizar um estado patológico no quadro de uma nosografia. O diagnóstico médico aponta duas perspectivas: a etiológica e a diferencial. Essas referências são utilizadas não só para estabelecer um prognóstico funcional da doença, como também para definir o tratamento mais apropriado. O material utilizado pelos médicos, muitas vezes, se baseia em uma entrevista, chamada de *investigação anamnésica*, complementada por exames clínicos. Segundo Tironi (2012, p.12), “baseados no ideal da transparência e da precisão, eles pretendem ser um instrumento que associa o máximo da descrição a uma margem mínima de erro”.

⁷ O trecho correspondente na tradução é: “No interessa para nada con qué material se empieza – la biografía, el historial clínico o los recuerdos de infancia del paciente -, con tal que se deje al paciente mismo hacer su relato y escoger el punto de partida. Uno le dice, pues: ‘Antes que yo pueda decirle algo, es preciso que haya averiguado mucho sobre usted; cuénteme, por favor, lo sepa de usted mismo’” (FREUD, 1913/2001, p.135).

Freud adverte que, para a psicanálise, um sintoma ou um mal-estar do qual o paciente se queixa não pode ser referido a uma causa única, muito menos essa causa pode ser identificada pelo discurso de um outro que não o próprio paciente. Tanto o ato quanto a interpretação psicanalítica são ferramentas importantes para o psicanalista operar na definição de um diagnóstico, que não pode se dar fora da transferência. De acordo com Freud:

Há saberes e saberes; existem diversas classes de saber que de forma alguma podem ser comparados com o psicológico. “Existem saberes e saberes” como disse Molière. O saber médico não é o mesmo que do paciente, e não pode produzir os mesmos efeitos. Quando o médico transfere o seu saber ao paciente comunicando, não há resultado algum (FREUD, 1917/2001, p.257; tradução nossa) 8.

O que percebemos é que há um impasse na relação entre a medicina e a psicanálise quanto à capacidade de escutar aquilo que é dito pelo paciente. O que o paciente sabe sobre sua história e suas afetações é distinto tanto daquilo que o médico e o analista são capazes de saber. Nesse sentido, é necessário diferenciar a função de cada um desses saberes: se o analista se constitui como sujeito suposto saber é em função do saber estar, inicialmente, do lado do analisante; o médico, também necessita deste saber trazido pelo paciente, no entanto, o que ele faz com este saber distingue a psicanálise da medicina de forma radical. O diagnóstico médico se faz pela correlação entre clínica e etiologia.

Em medicina, o processo epistemológico segue sempre a mesma progressão histórica: num primeiro estágio, a entidade mórbida emerge sob forma de um quadro descritivo, resultante de uma observação clínica. Num segundo estágio um substrato anatômico lhe é reconhecido. A descoberta do agente etiológico das lesões constitui o terceiro estágio. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões. Ela permanece uma disposição provisória enquanto não exceder o estágio clínico (Wartel & Kammerer, 1989, p.28).

A definição do diagnóstico em psicanálise não se dá da mesma forma que na medicina. A técnica da psicanálise da qual o psicanalista dispõe para efetuar diagnóstico é a escuta de uma hiância entre o dizer e o dito do sujeito, consequência de sua posição subjetiva dividida, que orienta o campo da investigação clínica. A topografia das afecções psicopatológicas advém de um balizamento que leva em conta a causalidade psíquica através do caráter imprevisível das formações do inconsciente.

Para a psicanálise, o diagnóstico pode ser definido a partir da atualização do inconsciente, quando a transferência está estabelecida. Por este motivo, não existe uma relação padronizada entre o diagnóstico e o manejo de um tratamento, pois a psicanálise preza

⁸ O trecho correspondente na tradução é: “Hay saberes y saberes; existen diversas clases de saber que en manera alguna pueden equipararse en lo psicológico. “Il y a fagots et fagots”, se dice Molière. El saber del médico no es el mismo que el del enfermo, y no puede manifestar los mismos efectos. Cuando el médico transfere su saber al enfermo comunicándose, esto no da esultado alguno” (FREUD, 1917/2001, p.257).

pelo *caso a caso*, por aquilo que atravessa de modo singular cada sujeito e que só pode ser verificado na transferência.

Uma outra diferença que pode ser marcada entre psicanálise e medicina é o fato de a escuta analítica não estar atrelada à perspectiva de remoção dos sintomas, pois, segundo Freud, a eliminação dos sintomas promove a produção de novos sintomas. No entanto, para a medicina, o diagnóstico anda de mãos dadas com a indústria farmacêutica, protocolando doença e cura de forma maciça, nunca antes vista.

Fundar uma prática diagnóstica baseada no consenso estatístico é estar a serviço de resultados previamente estabelecidos pela lógica do mercado psicofarmacológico. Por meio dele, o real com o qual o sujeito tropeça – conforme conceituado por Jacques Lacan – é tratado com medicamentos cada vez mais ajustados. Mesmo assim, este real continua existindo como resíduo e se torna objeto de tratamentos de apoio por meio de uma escuta protocolar, de puro semblante, como ocorre na terapia comportamental (TIRONI, 2012, p.12).

Freud enfatizou a importância da associação livre logo nas entrevistas preliminares, pois ela favorece a distinção entre o “dizer” do paciente e o seu “dito”, ou seja, entre aquilo que leva a marca do inconsciente, da formação de sintomas, do diagnóstico estrutural e aquilo que pertence ao campo do eu. Esta hiância é evidenciada pela psicanálise como uma característica do sujeito sobre o qual ela opera, ponto exato no qual a medicina se exclui de incidir.

Assim, para referir a psicanálise à metodologia cartesiana há que se pensar a psicanálise como método de investigação – o que ela é, desde os primórdios, desde os primeiros textos de Freud –, mas um método de investigação que se inscreve no discurso da ciência – por inserir-se nos mesmos fundamentos de qualquer ciência moderna (Descartes) –, com o único intuito de resgatar aquilo que a ciência propriamente dita excluiu de seu âmbito: o sujeito (ALBERTI, 2000, p.55).

2.1 Sobre as classificações psicanalíticas

Em torno de 1894, Freud utilizou a teoria do recalçamento para explicar os mecanismos operatórios característicos da neurose e da psicose, porém, no que concerne a esta última estrutura, há algumas especificidades fundamentais que serão apontadas, mas não desenvolvidas neste capítulo de dissertação.

Primeiro, ao explicar o mecanismo de defesa do eu contra uma ideia incompatível, Freud faz um contraponto entre o mecanismo de recalque na neurose e o *rechaço* na psicose. Ele enfatiza que a defesa psicótica é mais intensa do que a defesa neurótica, capaz de rechaçar tanto o afeto quanto a ideia, como se elas jamais tivessem ocorrido. Em 1895, Freud delimitou a *projeção* como um mecanismo de defesa específico da paranoia. No entanto, apenas em

1911, ao desenvolver o caso Schreber, este mecanismo foi definido de forma determinante: “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora”⁹ (FREUD, 1911/2001, p.66; tradução nossa).

Além disso, Freud descreve uma perda da realidade tanto na neurose quanto na psicose. E adverte que elas diferem na tentativa de reparação que ocorre após esta perda. Além disso, ele as delimitou pelo estatuto do que retorna quando o mecanismo de defesa falha: na neurose, o recalque e o retorno do recalcado e nas psicoses, o rechaço e o delírio e as alucinações. Em suas palavras:

Faz pouco tempo que indiquei como uma das características que diferenciam entre neuroses e psicoses que na primeira o eu, em sua dependência da realidade, suprime um fragmento do isso (vida pulsional), enquanto que na psicose esse mesmo eu, ao serviço do isso, se afasta de um fragmento da realidade {Realität, <conteúdo objetivo>}. Portanto, o fator decisivo para a neurose seria a predominância da influência da realidade {Realeinflusses}, e para a psicose esse fator seria a predominância do isso. Na psicose a perda da realidade {objetividade} estaria necessariamente presente; enquanto que na neurose, essa perda seria evitada (FREUD, 1924/2001, p.193; tradução nossa)¹⁰.

Em 1896, Freud preparava sua contribuição aos “Estudos sobre a Histeria” e já estava nos últimos dois anos engajado na investigação da etiologia das neuroses. Nesta época, as neuroses foram classificadas em dois grupos distintos: as “neuroses atuais” –posteriormente chamadas de neurose simples, comportam a neurastenia e as neuroses de angústia – e as “psiconeuroses” – também chamadas de neuroses de defesa, abarcam a histeria, a neurose obsessiva e as fobias e posteriormente, certos casos de psicose alucinatória. Freud supunha que as neuroses atuais e as psiconeuroses tinham algo em comum pelo fato de os sintomas emergirem de um mecanismo inconsciente de defesa para recalcar uma representação sexual que se opunha de forma penosa ao eu do paciente. Elas decorriam das vivências sexuais ocorridas antes da maturidade sexual.

De acordo com a teoria desenvolvida por Pierre Janet (1893), a histeria era algo que se baseava numa debilidade inata da capacidade de síntese psíquica em decorrência de uma divisão da consciência. Era uma característica primária da histeria, um estreitamento do campo de consciência. Nesta mesma época, Joseph Breuer (1893) apontava que a histeria

⁹ O trecho correspondente na tradução é: “[...] lo cancelado adentro retorna desde afuera” (FREUD, 1911/2001, p.66).

¹⁰ O trecho correspondente na tradução é: “Hace poco tiempo indique como uno de los rasgos diferenciales entre neuroses y psicosis que en la primera el yo, en vasallaje a la realidad, sofoca un fragmento del ello (vida pulsional), mientras que en la psicosis ese mismo yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad {Realität, <contenido objetivo>}. Por lo tanto, lo decisivo para la neurosis sería la hiperpotencia del influjo objetivo {Realeinflusses}, y para la psicosis, la hiperpotencia del en la psicosis; en cambio se creería que la neuroses la evita” (FREUD, 1924/2001, p.193).

apresentava estados de consciência semelhante ao sonho, com uma capacidade de associação restrita denominada “estados hipnoides”. Para ele, a divisão da consciência era secundária e adquirida, se produzia em decorrência das representações que surgiam nos estados hipnoides e eram retiradas do material associativo com o conteúdo da consciência.

Após analisar os seus casos clínicos, Freud percebeu que havia uma certa incompatibilidade na vida representativa da histérica, ou seja, uma representação desencadeou um afeto tão penoso que ela decidiu esquecer, pois não acreditava na própria capacidade de solucionar a oposição que existia entre a representação incompatível e o seu eu. Segundo Freud, “a cisão do conteúdo da consciência é consequência de um ato voluntário do paciente”¹¹ (FREUD, 1894/2001, p.48; tradução nossa), cujo motivo pode ser esclarecido em um processo analítico.

Neste momento, Freud (1894/2001) buscava compreender de que forma era o mecanismo da formação dos sintomas neuróticos. Para isso, tomou como ponto de partida o “esquecimento voluntário” que podia ou não desencadear reações patológicas, ou seja, produzir uma histeria, uma obsessão ou uma psicose alucinatória. Portanto, segundo a teoria freudiana, o eu se defendia do acontecido dizendo que “*non-arrivéé*”, ou seja, que não aconteceu; esta era a única forma de se lidar com a representação incompatível na medida em que o afeto aderido à representação não podia ser extirpado. Então, a tarefa do eu era diminuir a intensidade de excitação desta representação, tornando-a enfraquecida, com menos exigência ao trabalho associativo. Porém, a soma desta excitação dissociada deveria ser utilizada de outra forma, obtendo assim um outro destino.

Essa separação entre representação e um quantum de energia acontece tanto na histeria quanto na neurose obsessiva, porém de forma diferente. Na histeria, a representação incompatível retorna (pelo retorno do recaiado) e a soma de excitação é convertida no corpo. Esta conversão pode ser total ou parcial e ocorrer na inervação motora ou sensorial, que mantém uma relação mais enfraquecida com a vivência traumática.

Na neurose obsessiva, por sua vez, a representação enfraquecida é separada de toda a associação dentro da consciência, e o afeto liberado se liga a outras representações que não são incompatíveis. Esta “falsa ligação” se torna uma representação obsessiva que os pacientes costumam manter em segredo toda vez que tomam consciência de sua origem sexual. A separação entre representação e afeto, e a ligação deste último com outra representação,

¹¹ O trecho correspondente na tradução é: “la escisión del contenido de consciencia es la consciencia de un acto voluntario del enfermo” (FREUD, 1894/2001, p.48).

adequada e não inconciliável, ocorrem fora da consciência, e faz com que este processo seja suposto, sem que nenhuma análise clínica-psicológica possa claramente demonstrar.

Entre 1894 e 1896, Freud considerava o mecanismo de recalque como a pedra angular das neuroses, fornecendo uma sustentação teórico-clínica às suas elaborações psicopatológicas. Neste momento, ele ainda não havia se detido na teoria da sexualidade infantil, ainda que acreditasse que, na etiologia das neuroses, existia algo da experiência sexual da primeira infância diretamente implicado. Ao invés da sexualidade infantil, ele acreditava que uma experiência de sedução vivenciada pela criança pelas mãos de um adulto implicava nos traumas da infância.

Freud e Breuer já haviam considerado que os sintomas histéricos eram consequência de eventos traumáticos relacionados à vida sexual do paciente. Esses traumas sexuais aconteciam na infância, antes da puberdade, e seu conteúdo estava vinculado a uma irritação dos genitais. Para Freud, não eram as experiências em si que causavam o efeito traumático, mas a recordação delas após a maturidade sexual. Portanto, os traumas infantis produziam efeitos adiados, como se fossem experiências novas.

As representações obsessivas também pressupunham uma experiência sexual infantil, mas de outra natureza, distinta da histeria. Se, na histeria se constatava certa passividade diante da experiência de sedução, a neurose obsessiva estava referida a uma ação sexual realizada com prazer. O neurótico obsessivo passou por experiências agressivas na infância, que foram recalçadas, dando lugar a ações agressivas contra pessoas de outro sexo. Posteriormente, estas agressões apareceriam como auto recriminações obsessivas, sintoma defensivo primário expresso pelo escrúpulo da consciência moral, pela vergonha e pela desconfiança de si mesmo. O período seguinte era o do retorno do recalçado, ou seja, das formações de compromisso entre as representações recalçadas e o eu, que evidenciava o fracasso da defesa.

Há duas formas de apresentação da neurose obsessiva: uma, quando a representação incompatível entra na consciência através do conteúdo mnêmico do ato prazeroso; outra, quando o afeto de auto recriminação está ligado à ação prazerosa. No primeiro caso, o conteúdo da representação obsessiva atrai sobre si a atenção do paciente que, em relação ao afeto, sente somente um desprazer impreciso auto recriminatório. Este conteúdo está duplamente distorcido em relação ao ato obsessivo infantil: em primeiro lugar, pelo efeito do recalque, algo atual é substituído por algo do passado e o conteúdo sexual é substituído por algo análogo, porém não sexual. A lembrança patogênica reanimada mostra que o conteúdo da representação obsessiva é semelhante ao recalçado ou a ele decorre por meio de uma

sequência simbólica. O segundo caso diz respeito à emergência de uma representação sexual incompatível na vida psíquica consciente, não é só como conteúdo mnêmico recalado, mas também como auto recriminação. O afeto de auto recriminação pode ser transformado em qualquer outro afeto desprazeroso e a recriminação pode se tornar vergonha, hipocondria, angústia social ou religiosa, ou mesmo delírio de estar sendo observado, etc.

Além das formações de compromisso, a neurose obsessiva apresenta uma série de outros sintomas, tal como a defesa secundária que é suscetível de se transformar em atos obsessivos. Quando essas defesas do eu conseguem recalcar o material incompatível, a compulsão é transferida para as medidas protetoras criando uma terceira tradução da neurose obsessiva: as ações obsessivas. Estas ações podem ser expressas em medidas expiatórias e preventivas, medo de delatar-se e entorpecimento. Dentre todos esses atos e impulsos obsessivos, as fobias desempenham o papel mais significativo na restrição da vida do paciente.

Há casos que se pode observar como a compulsão à repetição se transfere da representação ou do afeto para a medida de defesa; outros em que a compulsão oscila periodicamente entre o sintoma do retorno do recalado e o sintoma da defesa secundária, mas junto a isto, há outros casos em que não se forma representação obsessiva alguma, senão que a lembrança do recalado está imediatamente representada pela medida de defesa aparentemente primária (FREUD, 1896/2001, p.174; tradução nossa)¹².

Em 1895, Freud descreveu a paranoia como uma psicose de defesa. Ele acreditava que o mecanismo de recalque, específico das neuroses de defesa, também poderia ser aplicado às psicoses. Porém, ele já supunha que este mecanismo funcionava de modo distinto. Para explicar a paranoia, Freud relatou o caso da Sra. P., que apresentava alucinações verbais e alterações de pensamento. Para ele, as vozes eram conteúdos de experiências infantis recalçadas, ou seja, sintomas do retorno do recalado. Em consequência da formação de compromisso entre a resistência do eu e o retorno do recalado, o material recalado se tornaria irreconhecível.

Freud acreditava que haveria uma similaridade entre a neurose obsessiva e a paranoia: em ambas, o mecanismo do recalque se atrelaria à experiência sexual infantil e alguns sintomas – as ideias delirantes de desconfiança e as ideias de perseguição – seriam originados de uma defesa primária. No entanto, na neurose obsessiva, a auto recriminação inicial seria recalçada e substituída pela formação do sintoma primário defensivo, ou seja, pela

¹² O trecho correspondente na tradução é: “Hay casos en los que se puede observar como la compulsión se transfiere de la representación o el afecto a la medida de defensa; otros en que la compulsión oscila periodicamente entre el sintoma de retorno [de lo reprimido] y el sintoma de la defensa secundaria; pero, junto a estos, otros casos en que no se forma representación obsesiva alguna, sino que el recuerdo reprimido está subrogado de manera inmediata por la medida de defensa aparentemente primaria” (FREUD, 1896/2001, p.174).

desconfiança em si mesmo. Desta forma, a auto recriminação se justificaria pela consciência moral, protegendo o sujeito das representações obsessivas. Na paranoia, por sua vez, a auto recriminação seria recalçada, e pelo mecanismo de projeção, a desconfiança de si se tornaria desconfiança em relação aos outros. A auto recriminação, desconhecida pelo sujeito, retornaria como ideias delirantes.

Os sintomas da defesa secundária, tão comuns na neurose obsessiva, não estariam presentes na paranoia porque nenhuma defesa poderia valer contra os sintomas que retornavam. Na paranoia, haviam outras manifestações de sintomas, tais como as ideias delirantes que chegariam à consciência em virtude da formação de compromisso (sintomas do retorno do recalçado) e fariam exigências ao eu sem contradição. Elas não seriam influenciáveis, e exigiriam que o eu se adaptasse a elas. Portanto, o delírio de interpretação que, na paranoia, provocaria a alteração do eu, corresponderia aos sintomas secundários de defesa na neurose obsessiva.

O retorno do recalçado em imagens visuais se assemelharia mais à etiologia da histeria do que da neurose obsessiva. No entanto, se na histeria haveria uma repetição dos símbolos mnêmicos sem alteração, na paranoia as alucinações mnêmicas experimentariam uma distorção tal como ocorreria na neurose obsessiva, onde uma imagem moderna análoga substituiria a que fora recalçada.

2.2 Novos elementos teóricos: a metapsicologia freudiana

Em 1914, a partir da especificidade da transferência e da influência da psicanálise sobre o paciente, Freud apresentou uma nova maneira de distinguir as neuroses das psicoses: as *neuroses de transferência* – que englobam a histeria, a fobia e a neurose obsessiva – são aquelas a quem a psicanálise poderia oferecer êxito no tratamento pela sua terapêutica; e as *neuroses narcísicas* – que reuniam a parafrenia (demência precoce e paranoia), o delírio de grandeza e a esquizofrenia – incapacitariam uma promessa de cura.

A partir das investigações realizadas afim de afinar os mecanismos estruturais que distinguiriam neurose e psicose, Freud retomou a teoria do recalque. O efeito do recalque sobre a parcela ideacional do conteúdo inconsciente provocaria uma cisão entre ideia e afeto. O destino de cada uma destas partes seria distinto na neurose obsessiva e na histeria.

Na neurose obsessiva havia uma incerteza em considerar o representante pulsional submetido ao recalque. Essa incerteza se devia ao fato de que, o recalque do componente sádico dava lugar a um afeto amoroso. O impulso hostil contra alguém amado estaria sujeito

ao mecanismo do recalque. Portanto, de início, o recalque obteria êxito, pois o conteúdo ideacional seria rejeitado e o afeto desapareceria. Como formação substitutiva havia uma alteração do eu expressa por uma maior consciência, que não podia ser nomeada de sintoma. O recalque ocasionara um afastamento da libido, uma formação reativa que, para atingir o seu propósito, fortalecia o seu oposto. No entanto, em um segundo momento, o afeto suprimido retornava como angústia social, angústia moral ou recriminações; a ideia rechaçada era substituída por deslocamento para algo pequeno e indiferente. Assim, na neurose obsessiva, o trabalho do recalque operaria em um conflito estéril e interminável.

Na histeria de angústia, exemplificada por uma fobia animal, a moção pulsional submetida ao recalque seria uma atitude libidinal de angústia direcionada ao pai. Após o recalque, a moção libidinal desapareceria da consciência, o pai deixaria de ser o objeto da libido, e o afeto seria deslocado para o animal, que se tornara o objeto da angústia. O afeto, ou a parcela quantitativa da libido, não seria alterado, mas deslocado e transformado em angústia. A formação substitutiva da representação (o representante da pulsão) seria fixada por um deslocamento ao longo de um trabalho. O resultado seria uma angústia direcionada ao animal no lugar de uma exigência de amor ao pai.

Na histeria de conversão, a quota de afeto seria suprimida e condensada no próprio corpo, através de conversões históricas e o conteúdo ideacional do representante da pulsão seria retirado da consciência. Na histeria de conversão, o processo de recalque seria acrescido da formação de sintomas.

A partir das investigações de Freud quanto à teoria do recalque e à formação dos sintomas, foi possível compreender o funcionamento das neuroses. No entanto, o mecanismo de recalque não foi suficiente para Freud delimitar a psicopatologia psicanalítica. Seriam necessários outros elementos, tais como o conceito de narcisismo e a teoria da libido.

Definido o narcisismo como um estágio intermediário entre o autoerotismo e o amor objetual, Freud acrescentou alguns elementos fundamentais para o avanço da clínica psicanalítica, mas que foram formalizadas apenas na segunda tópica: a relação entre o narcisismo e o desenvolvimento sexual, entre o eu e os objetos externos e a distinção entre libido do eu e a libido objetual. Nesta época, a teoria da libido distinguia as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais. Entretanto, o conceito de narcisismo abalou esta distinção na medida em que o eu se tornou um objeto de investimento da libido, tal como os objetos externos, modificando a teoria freudiana do início da primeira tópica.

Considerando a demência precoce (Kraepelin) e a esquizofrenia (Bleuler) como uma fixação do sujeito no narcisismo primário, certas características, como o delírio de grandeza e

o estranhamento de seus próprios interesses quanto ao mundo externo (pessoas e coisas), tornou a psicanálise impossibilitada de prometer uma cura a esses pacientes. Nos parafrênicos, a libido investida maciçamente no eu, quando retirada das pessoas e das coisas do mundo externo, não seria substituída por outras na fantasia. Disso decorreria a manifestação dos delírios que se apresentavam na psicose como uma tentativa de reconduzir a libido aos objetos. Freud evidenciava que o afastamento da realidade que acontecia na parafrenia era mais específico do que o que ocorria nas neuroses histérica e obsessiva. Nelas, a libido desinvestida das pessoas e das coisas, voltava a ser toda investida no eu. Porém, mesmo assim, os neuróticos conservavam o investimento nos objetos na fantasia, substituindo-os por objetos imaginários.

Em relação à teoria da libido, na segunda tópica freudiana, a libido do eu e a libido do objeto foram novamente revisitadas por Freud. No início, a libido se encontraria em um estado de narcisismo ao qual a análise não teria acesso. Porém, ao ser investida nos objetos, seria possível diferenciar uma energia sexual, a libido, de uma energia de autoconservação do eu. Mesmo que as pulsões autoeróticas estivessem presentes desde o início, era preciso que uma nova ação psíquica acontecesse a fim de que o narcisismo se constituísse.

Para Freud, o narcisismo secundário não designa apenas certos estados extremos de regressão; é também uma estrutura permanente do sujeito: no plano econômico, os investimentos de objeto não suprimem os investimentos do eu, antes existe um verdadeiro equilíbrio energético entre essas duas espécies de investimento; no plano tópico, o ideal do eu representa uma formação narcísica que nunca é abandonada (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p.290).

As principais vias de acesso para a compreensão do conceito de narcisismo foram os mecanismos operatórios nas parafrenias. Partindo delas, Freud associou alguns elementos, tais como: a enfermidade orgânica, a hipocondria e a vida amorosa dos sexos que o ajudaram a esclarecer sobre a teoria da libido e sobre o narcisismo.

No texto sobre o narcisismo, Freud (1914/2001) explicou que a atitude narcisista das psicoses, ou seja, a maneira como o psicótico toma o próprio eu como objeto tem, como consequência, o delírio de grandeza e a hipocondria. No primeiro, a libido não seria investida nos objetos, como ocorria nas neuroses, mas sim no próprio eu do psicótico, ou seja, ele decorria de um *retorno reflexivo* da libido para a instância do eu.

No que concerne ao diagnóstico diferencial, a hipocondria não era suficiente para decidir sobre uma estrutura, necessitando de outros pontos. A hipocondria se assemelharia à doença orgânica tanto no efeito sobre a distribuição da libido como também nas sensações corporais penosas e dolorosas vivenciadas pelo paciente. A hipocondria retiraria o interesse e a libido dos objetos do mundo externo e a concentraria sobre o órgão que consumia toda a

atenção do sujeito. Porém, na hipocondria, não haviam alterações orgânicas comprovadas, como na doença orgânica. Freud chegou a considerar a hipocondria como uma terceira neurose atual, junto com a neurastenia e a neurose de angústia. A erogenicidade era uma propriedade que pertencia a todos os órgãos do corpo e dependia do investimento libidinal do eu. O fator erógeno estaria na base da hipocondria, que poderia exercer sobre a distribuição da libido o mesmo efeito que a contração de uma enfermidade material dos órgãos. A hipocondria apresentava os mesmos problemas que as neuroses atuais, a neurastenia e a neurose de angústia. Porém, ela estava mais próxima de características da parafrenia, pois enquanto nas neuroses atuais (histeria e neurose obsessiva) prevaleceriam a libido objetal, na parafrenia prevaleceria a libido do eu. O aparelho psíquico regula as excitações a fim de evitar as sensações penosas ou os efeitos patogênicos. Nas parafrenias e no delírio de grandeza, a libido do eu retornaria como patogenia e provocaria o processo de cura parecida com uma enfermidade. Na parafrenia a libido não ficaria ligada a objetos na fantasia, mas seria retirada do eu. No delírio de grandeza, a operação psíquica sobre a quantidade de libido equivaleria à introversão sobre as formações das fantasias, que também seriam encontradas na neurose de transferência.

A parafrenia, na maioria das vezes, apresentava um desligamento parcial da libido em relação aos objetos que podiam ser divididos de três formas distintas: o que restava da neurose conservada ou das manifestações residuais; o processo patológico (afastamento da libido dos objetos, delírio de grandeza, a hipocondria, perturbação afetiva e todas as regressões); os que representam a restituição (os delírios), que deposita a libido novamente nos objetos do mesmo modo que uma histeria (demência precoce, parafrenia propriamente dita) ou como numa neurose obsessiva (paranoia). Esse novo investimento libidinal era produzido de formas diversas e sob outras condições que o investimento primário. A diferença entre as neuroses de transferência produzidas por ela e as formações correspondentes do eu normal deveria proporcionar uma compreensão mais profunda da estrutura do aparelho psíquico.

Uma terceira maneira de abordar o narcisismo era através da vida amorosa. Segundo Freud, a libido objetal atingiria seu nível mais elevado quando uma pessoa se apaixonava. O sujeito abria mão de si em favor de um investimento objetal. Ao contrário, a fantasia de ‘fim de mundo’ dos paranoicos, aponta para dois mecanismos: “no primeiro caso, todo o investimento libidinal escoia sobre o objeto amado; no outro, quando toda ela escoia de volta ao eu” (FREUD, 1914/2001, p.74; tradução nossa)¹³. Este assunto não será abordado de forma detalhada nessa dissertação de mestrado.

¹³ O trecho correspondente na tradução é: “cuando toda investidura libidinal se drena sobre el objeto amado, y cuando toda refluye en el yo” (FREUD, 1914/2001, p.74).

3 O CONCEITO DE Sintoma NA medicina E NA psicanálise

Neste terceiro capítulo, vamos investigar as maneiras com que o sujeito do inconsciente resiste à época atual, marcada pela cultura de avaliações e classificações, que naturaliza a utilização massiva de medicações e promete curar o sofrimento, fazendo desaparecer o sintoma do qual o paciente se queixa. Quando o mal-estar insiste, recomenda-se ao sujeito buscar diversas especialidades médicas que justifiquem o sofrimento através de um diagnóstico que, por vezes, o estigmatiza. Estas coordenadas atuais – a avaliação, a classificação, as medicações, a promessa de cura, as especialidades médicas e os diagnósticos estigmatizantes – vão na direção contrária do que prezam os psicanalistas, na medida em que elas impedem a escuta do que é mais próprio do sujeito, do inconsciente e de suas formações.

3.1 O sujeito do inconsciente resiste

Em 1966, Lacan mostrou que o endereçamento do sofrimento à figura do médico se faz por uma demanda que supõe ao desenvolvimento científico a capacidade de promover a saúde através do aparato farmacológico. Esse poder médico se modifica de acordo com uma “organização mundial” (LACAN, 1966/2001) capaz de suplantar qualquer adversidade ou doença apresentada por um sujeito.

Nem sempre o doente que procura um médico quer a promoção da cura. Na realidade, muitas vezes, de uma maneira manifesta, ele apenas quer alguém que o autentique no lugar de doente, preservando, assim, a sua doença. Portanto, diz Lacan, algumas vezes o paciente quer algo a mais do que simplesmente a cura: “Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la” (LACAN, 1966/2001, p.3). Diante desse paradoxo, Lacan (1996/2001) aponta uma falha na relação entre desejo e demanda. E a explica da seguinte forma: o pedido que o sujeito faz ao médico é uma demanda e não necessariamente o desejo em si que, por vezes, pode ser até mesmo diametralmente oposto àquilo que ele demanda.

Em seu ensino, Lacan (1996/2001, p.6) discorreu sobre a relação entre medicina e psicanálise, dizendo que o lugar da psicanálise é marginal e extraterritorial em relação à primeira. Ela é marginal porque a medicina considera a psicanálise como uma espécie de ajuda exterior, comparável à psicologia e à assistência terapêutica. Ela é extraterritorial, pois os próprios psicanalistas querem manter essa extraterritorialidade.

Para Lacan, o discurso da ciência operou uma transformação no lugar do médico, a partir de duas balizas fundamentais: a resposta à demanda do paciente e o estatuto do corpo. Ele demonstra que o avanço científico que atualmente atende à indústria farmacêutica faz com que a figura do médico perca sua função clínica e investigativa (LACAN, 1966/2001). Esta articulação entre a medicina e a indústria farmacêutica inaugura, no início dos anos noventa, um novo paradigma: ela institui uma clínica baseada em evidências, na associação bioestatística e na informática médica, modelo no qual todo homem tem direito à saúde. Com estas ferramentas científicas, pretende-se suplantar a relação médico-paciente – que muitas vezes pode ser trocada por pesquisas no Google – e anular os efeitos da subjetividade médica, em prol de algo comprovadamente (estatisticamente) determinado pelo manual descritivo (DSM-V).

As funções do organismo humano sempre foram objeto de experimentação segundo o contexto social. Porém, por serem tomadas como função no âmbito de organizações altamente diferenciadas, que não teriam nascido sem a ciência, elas se oferecem ao médico no laboratório, subvencionado por créditos sem limites. Ele vai se dedicar a reduzir estas funções a montagens com o status de subsistência científica (LACAN, 1966, p.2).

Lacan (1996/2001, p.10) afirma que a exigência social por esta medicina científica decorre do surgimento de um homem que serve às condições do universo científico que, munido de novos aparatos de investigação e de pesquisa, lança o médico face a novos problemas. O médico nada mais tem de privilegiado na organização da equipe de peritos diversamente especializados nas diferentes áreas científicas. Em suas palavras:

É do exterior de sua função, especialmente da organização industrial que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelece as constantes biológicas (LACAN, 1966/2001, p.2).

A relação do médico com a saúde se modifica de tal forma que o poder da ciência abre a possibilidade de o doente pedir a ele o seu benefício imediato, na dimensão que Lacan denominou de demanda. É na forma de responder à demanda do doente que há a possibilidade de sobrevivência da posição propriamente médica. Para Lacan, essa mudança em relação à medicina e aos que se endereçam ao médico, inaugura um novo direito do homem à saúde. Portanto, no lugar daquele que vinha procurar um saber sobre o seu sofrimento, aparece o sujeito do direito, que vem demandar do médico o seu benefício, como um ticket preciso e imediato. Podemos perceber essa solicitação de pedidos no dia-a-dia, quando a demanda de cura é requerida através de laudos para auxílios-doença, aposentadorias por invalidez,

afastamentos, direito a vale-transporte e a descontos especiais para portadores de algumas doenças.

A partir do que Lacan ensina, percebemos que não é apenas a cura o que o paciente almeja. Responder àquilo que ele demanda não é responder a absolutamente nada, pois não há resposta precisa que, realizada com urgência, esteja ao alcance das mãos, tal como um aparelho cirúrgico ou a administração de antibióticos. Quando se trata de um sujeito, algo fica fora do campo daquilo que é modificado pelo benefício terapêutico. Ao ignorar a dimensão do desejo que a demanda veicula, o médico se restringe apenas ao corpo máquina sobre o qual só se pode agir como um mecânico.

Foucault (apud LACAN, 1966/2001) diz que o corpo precisa ser tomado como morto para que a clínica médica se estabeleça com a eficácia desejada. Somente um corpo morto pode ser previsto, controlado, a ponto de responder aos protocolos de pesquisa, aos programas preventivos, educativos, etc.

A insistência de uma demanda do sujeito está na impossibilidade de ele nomear o objeto de seu desejo. Lacan (1996/2001) explica esta impossibilidade a partir de dois toros, que se entrelaçam: um aro representa o sujeito, e o outro, o Outro. Os toros se entrelaçam de tal modo que a demanda de um se delinea o desejo do outro, e vice-versa. Essa articulação é reveladora do desencontro entre desejo e demanda. Não responder à demanda permite relançar o sujeito aos seus significantes primordiais, fixados na origem de sua história libidinal; é a possibilidade de reescrever sua história. Portanto, satisfazer uma demanda faz calar o sujeito do inconsciente, o aprisionando nas redes do engodo imaginário.

Apesar de os progressos científicos promoverem procedimentos de intervenção no corpo humano, o problema permanece insolúvel no nível da psicologia do médico. Segundo Lacan (1996/2001, p.7), esta questão é reanimada pelo termo “psicossomática”. Ele o substitui por epistemo-somática, utilizado para definir o efeito do progresso da ciência médica no corpo. A partir dessa expressão, Lacan aponta para a relação do sujeito com o seu próprio corpo afetado por uma sintomatologia orgânica. O epistemo-somático evidencia a desarticulação entre a doença e o desejo, pois o sujeito não a refere à sua história. A falha no saber sobre o próprio corpo faz com que o sujeito não construa um saber sobre a sua doença, não a reconheça inscrita em uma situação simbólica, o que dificulta o surgimento da transferência, que permite o desejo de saber. Esse sujeito atrelado ao grande Outro da ciência, ao contrário, pressupõe saber sobre sua doença. Esse pretense saber exclui da relação epistemo-somática justamente aquilo que o corpo, em seu registro purificado, vai propor à medicina.

Ao escutar as pacientes histéricas, Freud (1895/2001) permitiu que elas falassem do corpo que não se reduz às leis do organismo e rompe com o discurso da medicina moderna. Com isso, ao mesmo tempo, ele preservou a função clínica do médico, própria da medicina clássica, que perdeu força na modernidade. A concepção de saber própria à psicanálise coloca o analista em oposição à posição do médico, na medida em que, para um analista, o saber que pode curar é produzido pelo próprio paciente.

Segundo Lacan (1966/2001), a natureza do corpo vivo se inscreve na aparelhagem própria ao órgão não-substancial, ao incorporal da libido que é o gozo. Portanto, se para a medicina o corpo se confunde com o organismo, para a psicanálise o corpo só existe pela in(corpo)ração da estrutura simbólica.

Atualmente, o que caracteriza a relação do saber médico com o corpo é a purificação de toda a dimensão tradicional da ética, situada na estrutura simbólica. A relação epistemo-somática considera o corpo em seu “registro purificado” (LACAN, 1996/2001), onde o domínio científico o reduz a uma máquina composta de circuitos que, quando transformado em alvo da ciência, não constitui senão um organismo. Ao ignorar a dimensão do desejo presente na demanda do gozo incrustado no corpo, a cura fica inacessível à ação terapêutica da medicina moderna. Então, quanto mais o médico responde à demanda deste lugar relativo à aparelhagem tecnológica, mais sintomas aparecem. A resposta à demanda pura e simples é o corolário da cronificação da doença e do doente. Segundo Lacan:

Este corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque 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. Isto que ela quer só surge deste avanço, cuja marcha acelerada em nossos dias permite-nos perceber que ultrapassa as próprias previsões da ciência (LACAN, 1966/2001, p.4).

O gozo comanda o retorno incessante das pulsões, força que desequilibra a suposta harmonia corporal. No sentido que o corpo o experimenta, o gozo é da ordem da tensão, do forçamento, do gasto – diferente do prazer, que homeostático (LACAN, 1996/2001). A ideia de unidade do corpo decorre de uma operação sobre o gozo, de uma “nova operação psíquica”, que organiza imaginariamente o caos pulsional. Portanto, Lacan (1966/2001) afirma que o corpo goza e é feito de gozo, que há algo que rompe com a ideia de um corpo harmonioso concebido para a vida.

A dimensão ética da psicanálise se estende em direção ao gozo. Ela implica no acolhimento da demanda do analisando, mas não em uma resposta a ela, já que as demandas são sempre da ordem da completude. O discurso da psicanálise sustenta o mal-estar e seus

efeitos, propondo ir em direção à singularidade e marcando uma diferença frente a esse ideal totalizante. Ao desvelar o sujeito dividido, o sujeito do inconsciente, a psicanálise aponta para uma cisão estrutural própria ao ser falante. Lançado na ordem simbólica, na ordem do significante, o homem experimenta sua fragilidade frente ao mundo e o mal de existir gerado pelo insolúvel desamparo e pela ferocidade da pulsão. Questionando a demanda do paciente, ou seja, a função de seu sintoma e a dificuldade em abrir mão dele, juntamente com o gozo que o próprio sintoma envolve, a psicanálise oferece uma nova forma de articular o sujeito com o seu gozo (TIRONI, 2016, p.10).

A demanda do doente e o gozo do corpo confluem para uma dimensão ética, não sendo possível separá-las, tal como a ciência faz. Com o advento do inconsciente através das investigações de pacientes histéricas, Freud respondeu à subversão da posição do médico pela ascensão da ciência. E à subversão freudiana, Lacan acrescentou que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e que ele se ordena enquanto discurso. Lacan ensina que:

Se o inconsciente não é uma coisa monótona, mas ao contrário uma fechadura tão precisa quanto possível e cujo manejo não há nada além de não abrir aquilo que está além de uma cifra da maneira inversa de uma chave, esta abertura só pode servir ao sujeito em sua demanda de saber. O inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo (LACAN, 1996/2001, p.6).

Essa citação do Lacan, nos permite abordar aquilo que ele formulou como a topologia do sujeito. O sujeito é substancialmente a sua relação com as superfícies, seus limites fundamentais, suas relações recíprocas, enfim, a forma como elas se entrecruzam e se envolvem. Estas questões abarcam os problemas de uma estrutura clínica, na medida em que elas articulam o sujeito em sua dupla relação com o saber: com aquilo que o sujeito sabe de forma consciente e com o saber inconsciente que o sobredetermina.

3.2 Medicina e capitalismo – que lugar resta para o inconsciente?

Nos dias de hoje, acompanhamos uma rearticulação do campo da medicina mental que não apenas implica em uma nova estrutura de poder, mas também em um novo modelo de doença. A partir do desenvolvimento da ciência associada ao capitalismo, houve o financiamento da indústria farmacêutica e uma modificação do modelo de doença: de um modelo individual para um modelo de doença estatístico e de massa, a fim de atender a um mercado em ampla expansão. Portanto, atualmente o médico está diretamente associado ao movimento mundial de organização da saúde que se tornou pública e, por isso, ele se encontra

a serviço daquilo que lhe é exigido pelos pacientes – em seu afã de cura –, e pela lógica de produtividade da indústria farmacêutica e suas promessas de felicidade.

Na era científica, o médico encontra-se em dupla posição: por um lado ele lida com um investimento energético do qual não suspeita o poder se não o explicamos, por outro lado ele deve colocar este investimento entre parênteses, em razão da mesma dos poderes dos quais dispõe, daqueles que ele deve distribuir, no plano científico que está situado (LACAN, 1996/2001, p.7).

No entanto, na contramão desta associação médica-capitalista, a medicina tradicional faz ver que o exercício do pensamento é preliminar, ou seja, é preciso que o médico esteja disposto a escutar o que um sujeito lhe traz sobre sua doença.

Sonia Alberti (2000), a partir de sua experiência em um hospital universitário, relata as dificuldades em sustentar o discurso da psicanálise, os impasses e os avanços vividos por uma equipe multidisciplinar, os efeitos e a eficácia do trabalho com a psicanálise na assistência aos pacientes. O primeiro ponto que ela destaca, e que se mostra fundamental para essa dissertação, é o fato de a possibilidade de sustentar uma clínica do sujeito passar necessariamente pela mudança da queixa do paciente para uma demanda de tratamento, onde o próprio sujeito se implica em seu sintoma, se reconhecendo como um sujeito da fala. Mesmo porque, em um ambiente hospitalar há demandas de todos os tipos de assistência, tais como demandas de atendimento clínico, demandas protocolares e demandas de intervenção medicamentosa. Segundo a mesma autora:

Assim, a via para uma clínica do sujeito no hospital público passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica, passando a reconhecer-se como sujeito da fala, verificando a sua implicação no seu sintoma e seu engano quando atribui a um outro os seus problemas (ALBERTI, 2000, p.40).

Outra questão importante que Alberti destaca é a importância da ética do psicanalista no hospital, uma vez que ela não é a mesma ética do médico, o que dificulta uma parceria entre a prática médica e a psicanalítica. Por isso, é importante “estar atento às falas dos sujeitos no hospital, desde o paciente até o coordenador de um Serviço, permite estar também atento ao posicionamento e às questões de cada um” (ALBERTI, 2000, p.42). Ela acrescenta que:

Ora, a relação do médico com o hospital é muito anterior à do psicanalista. Poderíamos dizer grosso modo que hoje a relação do médico com o hospital é necessária – no sentido de ser constituinte. O psicanalista deverá estudar a melhor forma de sua intervenção, pois sua relação com o hospital é contingente, permanecendo a pergunta sobre a possibilidade de ele se tornar agente (ALBERTI, 2000, p.39).

Alberti nos fornece material para trabalharmos a formação do sintoma que, no campo da medicina e da psicanálise é tomada de forma bastante distinta. No primeiro capítulo desta dissertação trabalhamos as formulações freudianas sobre a formação do sintoma. Ali, destacamos os seguintes pontos: o sintoma está relacionado a experiências anteriores da vida do sujeito que, por alguma contingência, desencadeia a doença; o sintoma é uma formação de compromisso entre duas instâncias distintas: ele busca a satisfação do eu, protegendo-o dos conteúdos incompatíveis à sua estética, e a satisfação do inconsciente que, mesmo de forma distorcida, ganha lugar na consciência; o sintoma produz desprazer e é vivido como indesejável, ao mesmo tempo em que promove a satisfação da libido, levando em conta os pontos de fixação que ficaram marcados ao longo de seu desenvolvimento.

A partir das elaborações realizadas no capítulo 1 pudemos avançar na discussão ora apresentada sobre o sintoma, sob o ponto de vista da medicina e da psicanálise. O conceito de sintoma, no item que se segue, será articulado com a clínica médica para apontarmos que ao mesmo tempo em que ele ali se inclui, ele também rompe com sua lógica, na medida em que, como discutimos acima, o sintoma possui um sentido que é da ordem do gozo.

3.3 Considerações sobre a formação de sintomas nos campos da medicina e da psicanálise

O método clínico utilizado pela medicina tradicional considera o olhar do médico para os sintomas que se apresentam através de sinais clínicos. Para a medicina, o sintoma é a doença em si, um significante que remete a um significado que é a própria doença. Enquanto a clínica médica trabalha a partir do olhar sobre os sinais e os sintomas apresentados pelo paciente, a clínica da psicanálise trabalha pela escuta “que transforma o sintoma em um significante que significa imediatamente a doença como a verdade desse sintoma” (QUINET, 1998, p.82). A psicanálise não considera o sintoma uma doença e tampouco fornece a priori um significado que lhe seja próprio, pois ela o toma como a verdade do sujeito do inconsciente. Para Antonio Quinet:

Então, a primeira coisa é que o significado varia de sujeito para sujeito. Segunda coisa é que vamos verificar, na psicanálise, que o significado não é a última palavra do sujeito. Esse significante é, na realidade, outro significante que, por associação, vai se reportar a outro e a outro numa associação de ideias (QUINET, 1998, p.83).

Nos atendimentos de pacientes históricas, Freud percebeu que as formações do inconsciente – sonhos, chistes, lapsos e atos falhos – possuem a mesma estrutura dos

sintomas. O patológico, portanto, revela que o padecimento do sujeito está necessariamente atravessado pela estrutura da linguagem. Diante disso, ele rompe com as considerações da ciência da época sobre o normal e o patológico em prol do *pathos*. Quinet explica que:

Podemos dizer que o sintoma para a psicanálise, na medida em que se refere ao *pathos*, a paixão do sujeito, se trata de sua paixão pelo sexo. Para a psicanálise, o sentido de todo o sintoma é sexual. Mas, por outro lado, há um *pathos* do padecimento do sujeito, já que ele padece de ser apreendido, preso pela própria estrutura da linguagem. Prisão essa que ele padece e que vai ter que se virar com isso (QUINET, 1998, p.83).

Outro ponto importante a ser destacado nessa dissertação de mestrado é o fato de a investigação médica de uma doença ser realizada através de métodos estatísticos, que consistem em demonstrar as repetições dos sintomas que determinam um diagnóstico e uma direção de tratamento específicos para os indivíduos que estejam em uma mesma categoria clínica. Por sua vez, ainda que Freud percebesse, a partir da investigação de suas pacientes históricas, que haviam manifestações de sintomas semelhantes, uma metodologia estatística foi descartado. Afinal, para a psicanálise, o sintoma apresenta um significado e um sentido sexual específico à história de vida de cada sujeito. Nesse sentido, o saber sobre o sintoma é construído em análise e comporta um dizer sobre a sexualidade.

Nos dias de hoje, a medicina, através das múltiplas possibilidades de avaliações diagnósticas e de exames clínicos é considerada como autoridade quanto ao que se trata de uma doença. Ela associa estas avaliações e exames ao uso excessivo de medicamentos, categorizando o sintoma com um significado único. Ainda assim, o sintoma escapa a este significado determinado pelos protocolos clínicos, desvelando que há algo na medicina que não pode ser apreendido de todo.

No início de suas investigações clínicas, Freud (apud QUINET, 1998) acreditava que o sintoma se formava a partir de um ponto traumático. No entanto, ele descobriu que o trauma era uma suposição, ou seja, uma formulação da fantasia. Assim, toda a fantasia, em um encontro traumático do sujeito, possui algo de real com o qual o sujeito precisa se haver. Nas palavras de Quinet (1998, p.86): “o sujeito vai ter que se virar com o real do sexo, e porque não quer saber disso, faz sintoma”. O gozo repete algo do real, desse desencontro que Freud formulou pelo complexo de castração. Quinet trabalha este ponto da seguinte forma: “Onde há uma não-inscrição, que é traumática para o sujeito e que o sintoma vai expressar velando e desvelando, esquivando, causando enigma e situando aí a verdade” (QUINET, 1998, p.93).

Segundo Quinet (1998), para Lacan, o sintoma fala de uma verdade do sujeito do inconsciente, evidenciando uma satisfação para além do sofrimento acarretado pelo sintoma.

A maneira pela qual o sujeito irá interpretar o mal-estar quanto ao seu sintoma será determinante para que ele busque uma resposta – seja através da medicina ou pela psicanálise.

Para a medicina, o sintoma é completamente decifrável através de exames clínicos e removido a partir do uso de medicações. Ao contrário das considerações médicas, a psicanálise permite a construção de um saber sobre a verdade singular de cada sujeito, do sujeito do inconsciente, assim como de seu sintoma. Essa verdade carrega elementos inconscientes da história pregressa do sujeito, onde o ponto de trauma foi inscrito. Freud insistiu no fato de o sintoma ter um sentido, interpretável através do processo analítico. No entanto, o sentido dessa mensagem à primeira vista enigmática, tem um limite de decifração, uma opacidade que resiste ao manejo clínico.

Vicens esclarece que:

[...] se partimos com Freud da ideia de uma relação do sintoma com o vivenciar efetivo do sujeito, entre os sentidos do sintoma encontraremos desde as experiências mais particulares, criações exclusivas que conformam a história singular de um sujeito, até os atos mais gerais (respirar, alimentar-se, etc.). O sintoma adquire todos os aspectos da vida (VICENS, 1998, p.36).

A natureza conceitual daquilo que é traumático e a produção de sentido é singular para a clínica psicanalítica. Freud ensinou que a relação entre o traumático e a formação dos sintomas, assim como o desencadeamento da neurose, está subordinado ao *Nachträglichkeit*, ou seja, àquilo que ocorre a posteriori, que é retroativo na significação do traumático. Segundo Vicens (1998, p. 37), um ponto forte na teoria freudiana é o fato de que “algumas vivências, inócuas em seu momento, podem ser reinvestidas retroativamente, com o que mudam de significação até o ponto de adquirir a dimensão de um traumatismo psíquico. É retroativamente, pois, que o sintoma encontra sua significação e sua referência”.

Na teoria do desenvolvimento da libido, Freud (1917[1916-1917]/2001) enfatiza que durante este processo vão sendo marcados pontos de fixação, que são determinantes para a formação da neurose e para o sentido do sintoma. A partir dessa temporalidade freudiana se torna possível definir alguns elementos traumáticos, pois cada fase carrega elementos característicos do desenvolvimento sexual. A constituição do sujeito, a sua organização histórica, o conflito da libido para buscar satisfação são elementos que sustentam a formação dos sintomas segundo as leis do inconsciente: a condensação e o deslocamento.

O sintoma analítico diferencia a psicanálise de uma psicopatologia qualquer, ou seja, de um conjunto de considerações nosográficas que determina o diagnóstico, a direção do tratamento e a medicação a ser utilizada. Para a medicina, o sintoma possui uma definição que se apropria de categorias que determinam um conjunto de indivíduos que constitui os mesmos

traços e características pré-definidas. Ele cronifica o sujeito, sem deixar qualquer alternativa para o conformismo dos elementos que justificam o seu mal-estar. No entanto, o sintoma analítico aponta para aquilo que é singular da relação do sujeito com o Outro. A constituição do sintoma analítico transcende o plano dos fenômenos e a aparência do sintoma, para incidir sobre os significantes que fazem parte da história do sujeito.

O sintoma constitui o sujeito, ponto de referência que o acompanha do início ao fim de uma análise. No entanto, a relação entre o sintoma e sua significação sofre variações ao longo do processo do tratamento analítico. Afinal, o sintoma não é a única articulação possível entre a satisfação pulsional e o seu sentido, pois, além dele, o que também está em jogo, são as diversas formações do inconsciente. O encontro com o analista permite o acesso ao real do gozo e a mobilização dos significantes que produzem efeitos de sentido.

Freud sustentou que os sintomas têm um sentido e que podem ser decifrados, tais como as outras formações do inconsciente. Lacan retoma Freud a partir dos recursos da linguística estrutural, afirmando que “o sintoma é o significante de um significado recalado da consciência do sujeito” (GOROSTIZA, 1998, p.96). Desta forma, somente a partir das leis da fala que o tratamento analítico pode definir a estrutura do sintoma analisável. Assim, o inconsciente passível de ser interpretável justifica a tese de que “o inconsciente está estruturado como uma linguagem” (GOROSTIZA, 1998, p.97) e, desta forma estruturado, o inconsciente está em relação ao Outro.

O sintoma constitui um caráter específico que o diferencia das demais formações do inconsciente: sua fixidez. Baseado nisso, Lacan inclui a determinação do significante em um circuito onde o gozo e a castração se encontram implicados. Se, em um primeiro momento do ensino de Lacan, o inconsciente era caracterizado como discurso e o sintoma como uma mensagem decifrável, no segundo ensino, Lacan define o sentido do sintoma a partir da relação do sujeito com o significante. A verdade do sintoma só pode ser dita parcialmente, verdade não toda que chamamos de desejo. Aí reside o valor do gozo que está articulado como parte do significado que não se realiza no significante, pois a significação não é capaz de dar conta do sintoma.

Ainda que tenha dito que o sujeito sobre o qual a psicanálise opera é o sujeito da ciência, Lacan (1965-1966/1998) distingue com a ciência moderna ao sustentar que o sujeito sobre o qual a psicanálise incide é o sujeito do inconsciente. Ele está para além do ideal da ciência, que foraclui de seu âmbito a dimensão do sujeito, por lidar com um real que não é o mesmo que o da psicanálise. Para a psicanálise, o real que está em jogo é relativo à castração

e à falta do Outro, já para a ciência médica, é tudo aquilo que não pode ser acessado pelos aparatos científicos disponíveis.

Os avanços da medicina, juntamente com o mercado farmacológico, restringiram mais do que promoveram novas apostas no sujeito. Atualmente, há uma exigência maior quanto a atender a um mercado de proliferação de doenças do que a escutar aquilo que o sujeito tem a dizer sobre o seu mal-estar. Por este motivo, começamos este capítulo dizendo que o olhar que o sujeito terá sobre si mesmo irá determinar a escolha de uma investigação médica ou de uma escuta analítica. A psicanálise não é mais importante do que a ciência médica, porém ela denuncia que não pode haver mais de um sujeito com a mesma aposta de tratamento, já que somos singulares em nossa trajetória. É preciso saber ouvir aquilo que o sujeito nos diz, pois ele não se reduz a um corpo que padece de uma doença expressa por sinais clínicos evidentes. O sujeito antes mesmo de padecer do corpo, já padeceu de alguma forma do seu desencontro com o sexual, do atravessamento pela estrutura da linguagem, de sua relação com o Outro e, portanto, de sua própria história.

CONCLUSÃO

Nessa dissertação de mestrado, me utilizei das teorias de Freud, Lacan e de seus comentadores para desenvolver alguns questionamentos que surgiram ao longo da minha experiência na Marinha do Brasil.

Percorri pontos importantes na teoria da psicanálise a fim de compreender um novo olhar e manejo na relação que é estabelecida entre o paciente e o seu sintoma. Na técnica da associação livre, ensinada por Freud, o sujeito se torna efeito essencial da fala emitida sob transferência, sem que o analista limite a fala ou acrescente algo novo naquilo que é dito. Além disso, o conceito de resistência ganha uma conotação significativa, já que é possível perceber que o sujeito busca de alguma forma se agarrar à doença e, ao mesmo tempo, lutar contra o seu restabelecimento.

Lacan (1985) acrescenta que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, e portanto, a linguagem já está lá onde o sujeito surgiu. Na realidade, a questão é saber de que forma o sujeito é apreendido pela linguagem ou pelo discurso. Segundo Asnoun (2009), “descobre-se, por meio da regra da associação livre, que o sujeito, como ser falante e ser falado, ou seja, como *falasser*, é doente da linguagem”. Através de uma análise, desvela-se o gozo necessário à elaboração de uma posição subjetiva do sujeito. A psicanálise dá ao singular do *um* o seu devido lugar, uma vez que a ética da técnica psicanalítica aponta para o caso a caso. Além disso, o dispositivo de uma análise permite um encontro entre um sujeito e um analista que opera com o seu desejo, apreendendo aquilo que é mais singular daquilo que constitui o ser de um sujeito.

O conceito de sujeito suposto saber é introduzido por Lacan (1964) a partir de três elementos que interatuam entre si, a saber: o sujeito, o saber e a suposição. Essa suposição envolve uma dupla perspectiva: suposição de um saber inconsciente que não tem sujeito e a suposição de um sujeito para esse saber, como efeito de um significado. Ao analista é suposto um saber sobre o paciente, mas esse saber é construído através desta relação transferencial. O sujeito suposto saber é uma “significação de saber”, não se reduz a um saber do analista ou do analisando, ele circula nessa relação à medida que o saber inconsciente se desdobra sob transferência. Um sujeito não pode supor um outro, pois o sujeito do qual nos referimos aqui é o do inconsciente. Esse saber se une ao desejo do analista sob transferência, que sustenta a cadeia de significantes. Quando o sujeito narra a sua história e o seu sofrimento, a articulação de seus significantes produz uma significação. Segundo Tendlarz (2009, p.350), “sua fala, guiada pela associação livre, liberta-se das rédeas do discurso comum e propicia um lugar ao

equivoco, ao tropeço, de onde emerge o inconsciente”. Afinal o inconsciente é um significante à espera de um significado.

O sujeito suposto saber, na realidade, é um engano que consiste em crer que um sujeito teria esse saber. No entanto, esse saber está justamente na sua hiância. Nesse engano do sujeito suposto saber, o saber se oculta da mesma forma que se manifesta, ele nos surpreende, desarticula os ditos por meio do dizer, pois o próprio inconsciente é o saber. Portanto, os efeitos de sujeito aparecem e desaparecem do discurso do paciente na busca de sua realização, pois sempre supomos poder dizer alguma coisa a mais. O inconsciente e o sujeito suposto saber são um efeito da cadeia significante estruturado na experiência analítica.

O analista, além de ocupar de forma imaginária esse lugar de suposto saber para o paciente, também é colocado como complemento do sintoma do analisante. A temporalidade da transferência implica o momento que o sujeito se queixa de suas amarras identificatórias até ir se desfazendo deste lugar que o deixa aprisionado. Portanto, se a própria psicanálise nos ensina que nem mesmo o analisante sabe sobre si, que apenas sabe sobre a sua queixa inicial, como podemos responder de um lugar que há uma resposta precisa a partir do dito do paciente? Como não pensar que para todo saber há uma construção que precisa ser estabelecida? Como não compreender que até mesmo o sintoma passa por uma construção?

A concepção do mal-estar, da formação dos sintomas e do manejo do tratamento divergem entre a clínica médica e a clínica da psicanálise. Ao contrário do que preza o método analítico, a clínica médica se baseia no método diagnóstico e nos exames clínicos com o objetivo de eliminar os sintomas apresentados e promover a cura através do uso de medicamentos. E o sintoma psíquico, quando tratado apenas com o uso de medicações, cronifica e mortifica o sujeito, destituindo o sujeito do inconsciente e a sua capacidade de desejar.

O objetivo dessa dissertação não é negar a importância da medicina, nem tampouco a dimensão biológica, mas questionar o que esta ciência faz com o sujeito do inconsciente se, nos dias de hoje, ela se restringe apenas à investigação clínica do corpo. Inegavelmente, a farmacologia produz alívio aos sintomas apresentados, porém ela não elimina o mal-estar que está por trás desse sujeito que sofre e padece de sua própria história e trajetória. A psicanálise ensina que o sintoma não pode ser excluído ou removido, pois ele constitui o sujeito enquanto sujeito do inconsciente. Assim, quanto maior a tentativa de remover os sintomas, maior o aparecimento de tantos outros.

Sabemos que a psicanálise advém da ciência, portanto ao mesmo tempo que demonstra o seu limite, compreende que precisa verificar o saber que falta, naquilo que é

contingente. O seu limite está justamente naquilo que não é possível de ser dito, que escapa no real, mas nem por isso deixa de considerar que todo o saber passa por uma construção dentro das possibilidades de cada sujeito. A única regra é a associação livre e aquilo que nos consiste e nos constitui é inconsciente de cada sujeito. O discurso da psicanálise, ao sustentar o mal-estar e os seus efeitos, não propõe um confronto com a ciência, mas resguarda o furo e a impossibilidade constituintes do ser humano.

Para concluir, uma questão ainda se coloca: se a medicina avançou tanto em promover a saúde, o que faz com que hoje tenhamos mais classificações do que anteriormente? O que contribui para um aumento de classificações de doenças do DSM-V e não menos?

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; ELIA, L. Clínica e pesquisa em psicanálise. *Psicanálise: a última flor da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2000, p. 37-55.

ALLEN, F. (2009). Ex-diretor do DSM, a ‘bíblia’ da psiquiatria admite: ‘Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais’. Disponível em: <<http://psibr.com.br/noticias/ex-coordenador-do-dsm-sobre-a-biblia-da-psiquiatria-transformamos-problemas-cotidianos-em-transtornos-mentais>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ASSOUN, M.-J. Associação Livre. *Scilicet: semblantes e sinthoma*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009, p. 50-52.

BERENGUER, E. O sintoma analítico. *O sintoma – charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 54-61.

BRODSKY, G. A psicanálise como sintoma. *O sintoma – charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 140-145.

COELHO DOS SANTOS, T. *Quem precisa de análise hoje? O discurso analítico: Novos sintomas e Novos laços sociais*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2001, p. 182-198.

CUNHA, L. *A psicanálise aplicada ao sintoma profissional: uma abordagem do burnout entre os médicos*. 2015. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

DUNKER, C. O sequestro da neurose. Renovações feitas pelo DSM-5 não se apoiam em novas descobertas científicas, mas em redefinições nominalistas de sintomas e definições operacionais de síndromes. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, São Paulo, v. 6, out. 2013, p. 32-37.

FREUD, S. Las neuropsicoses de defensa [1894]. In:_____. *Obras Completas*, v.3. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 41-68.

_____. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa [1896]. In:_____. *Obras Completas*, v.3. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001, p. 157-184.

_____. El método psicoanalítico de Freud [1904(1903)]. In:_____. *Obras Completas*, v.7. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 233-242.

_____. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso de Shereber”), artigos sobre a técnica e outros textos [1911]. In:_____. *Obras Completas*, v.10. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 122-228.

_____. Cinco conferencias sobre psicoanálisis [1910(1909)]. In:_____. *Obras Completas*, v.11. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 1-52.

_____. Trabajos sobre a técnica psicoanalítica [1911-1915(1914)]. In:_____. *Obras Completas*, v.12. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 77-105.

FREUD, S. Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) [1914]. In:_____. *Obras Completas*, v.12. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 145-157.

_____. Sobre psicoanálisis [1913(1911)]. In:_____. *Obras Completas*, v.12. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 207-216.

_____. Introducción del narcisismo [1914]. In:_____. *Obras Completas*, v.14. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 65-98.

_____. La represión [1915]. In:_____. *Obras Completas*, v.14. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 135-152.

_____. Lo inconciente [1915]. In:_____. *Obras Completas*, v.14. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 168-172.

_____. 17ª conferencia. El sentido de los síntomas [1916-1917(1915-1917)]. In:_____. *Obras Completas*, v.16. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 235-249.

_____. 18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente [1916-1917(1915-1917)]. In:_____. *Obras Completas*, v.16. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 250-261.

_____. 20ª conferencia. La vida sexual de los seres humanos [1916-1917(1915-1917)]. In:_____. *Obras Completas*, v.16. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 277-291.

_____. 21ª conferencia. Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales [1916-1917(1915-1917)]. In:_____. *Obras Completas*, v.16. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 292-308.

_____. 23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntoma [1916-1917(1915-1917)]. In:_____. *Obras Completas*, v.16. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 326-343.

_____. Dos artículos de enciclopedia [1923(1922)]. In:_____. *Obras Completas*, v.18. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 227-254.

_____. La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis [1924]. In:_____. *Obras Completas*, v.19. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, p. 189-197.

GOROSTIZA, L. O sintoma como mensagem. *O sintoma – charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 95-100.

KRUGER, F. Gozar do sintoma. *O sintoma – charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 101-109.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32. São Paulo: Edições Eólia, 2001.

_____. A ciência e a verdade [1965-1966]. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. et al. *A querela do diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p. 27-40.

LAPLANCHE; PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 287-291.

MILLER, J.-A. Nosso Sujeito Suposto Saber. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo: Edições Eólia, v. 47, dez. 2000, p. 11-14.

_____. Ocho conferencias. *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Editora Manantial, 2006, p. 59-100.

QUINET, A. Conferência: O sintoma da medicina à psicanálise. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/document/215085525/Texto-3-Quinet-o-Sintoma-Da-Medicina-a-Psicanalise> >. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, p. 7-34.

SAFATLE, V. O poder da psiquiatria. O que está por trás do DSM-5 e sua tentativa de transformar a experiência do sofrimento em patologia a ser tratada. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*. São Paulo, v. 6, out. 2013, p. 22-23.

TEIXEIRA, A.; IANINI, G. O futuro de uma classificação. O DSM-5 revela o caráter normativo de suas classificações, fundadas num movimento vertiginoso de psiquiatrização da vida cotidiana. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*. São Paulo, v. 6, out. 2013, p. 24-27.

TENDLARZ, S. E. Sujeito suposto saber. *Scilicet: semblantes e sinthoma*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009, p. 349-351.

TIRONI, A. *O que as psicoses ordinárias ensinam?* 2012. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. Sobre o texto “O lugar da psicanálise na medicina”, de Jacques Lacan. Texto inédito, 2016.

VICENS, A. O sentido do sintoma e os caminhos de sua formação. *O sintoma – charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 35-40.

VITTAR, H. Transferência. *Scilicet: semblantes e sinthoma*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2009, p. 361-363.