



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Matheus Dias Pereira

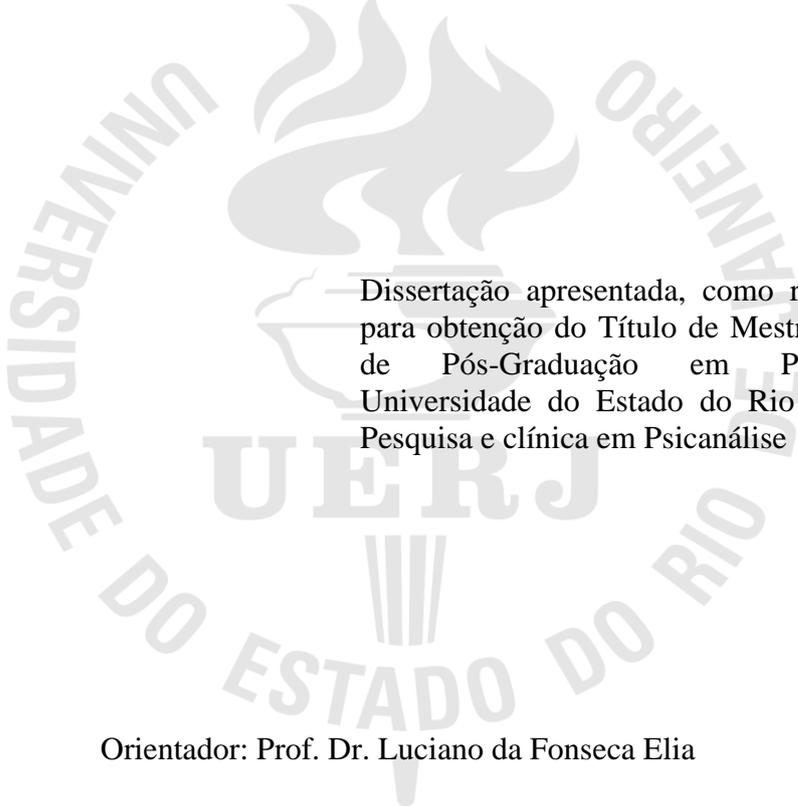
Onde está o sujeito? A transferência na psicanálise com muitos

Rio de Janeiro

2009

Matheus Dias Pereira

Onde está o sujeito? A transferência na psicanálise com muitos



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em Pesquisa e clínica em Psicanálise

Orientador: Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia

Rio de Janeiro

2009

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

P436 Pereira, Matheus Dias.
Onde está o sujeito?: A transferência na psicanálise com muitos/ Matheus
Dias Pereira. – 2009.
115 f.

Orientadora: Luciano da Fonseca Elia.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Psicose – Teses. 3. Autismo– Teses. I. Elia,
Luciano da Fonseca. 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

Matheus Dias Pereira

Onde está o sujeito? A transferência na psicanálise com muitos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em Pesquisa e clínica em Psicanálise

Aprovado em: 07 de dezembro de 2009.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia (Orientador)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Costa de Figueiredo
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Angélica Bastos de Freitas Grimberg
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2009

AGRADECIMENTOS

No caminho da destrutibilidade de um desejo indestrutível agradeço:

Ao meu orientador e grande amigo Luciano Elia por poder transmitir de forma cristalina o que parecia tão impossível de ser dito, ao me brindar com “o achado” sobre o desejo indestrutível em Freud e principalmente por me ensinar a lidar com a psicanálise com paciência e muito rigor.

À minha psicanalista por me ajudar percorrer e conhecer tal desejo na prática e me permitir aos poucos destruir tal indestrutibilidade.

À toda equipe do CAPSi Pequeno Hans que de certo modo também são autores desta dissertação. Em especial à Kátia Wainstock pela sutil robustez de suas ajudas, à Denize Déris pela elegância e rigor com que trata a psicanálise, à Nympha Amaral pelas hipérboles sóbrias no manejo da clínica, à Maria Sílvia Galvão pela juventude e pelo amor a clínica, à Claudio Arnoldi e Aline Coelho por serem parceiros e fundamentais no início de meu trabalho.

Aos caríssimos pacientes pelas belíssimas lições de como tratá-los.

À Angélica Bastos e Ana Cristina Figueiredo por terem indicado caminhos e se anteciparem as possíveis dificuldades do caminho e fazer-me de alguma maneira ler o que eu não havia lido em meus próprios escritos.

Àqueles que me acolheram cada um a seu modo a minha difícil chegada ao Rio de Janeiro, aos colegas da república, a Dóris Rinaldi, Marco Antônio Coutinho Jorge e Luciano Elia por acreditarem no meu trabalho e de certo modo propiciarem condições de uma escrita mais tranqüila.

À alguns colegas da turma 9: Ana Claudia, Ana Lúcia Leão e em especial José Mauricio Bigati pelas horas de “psicanálise de boteco”.

RESUMO

PEREIRA, Matheus Dias. *Onde está o sujeito?: a transferência na psicanálise com muitos*. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta dissertação decorre de questões surgidas por ocasião de um tratamento em pacientes autistas e psicóticos numa instituição pública de saúde mental que funciona nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira – o CAPSI Pequeno Hans, situado na cidade do Rio de Janeiro. Partiu-se da questão “*Onde está o sujeito?*” (*sujeito do inconsciente*) e, em consequência dela, discutem-se alguns conceitos essenciais na psicanálise como: o desejo do analista, a estrutura da psicose na psicanálise, a transferência, entre outros. Discutimos também o método psicanalítico e as estratégias de tratamento denominadas “psicanálise com muitos”, que se desenvolve no que denominamos “dispositivo psicanalítico ampliado”, tentando verificar sua pertinência e eficácia para o tratamento da psicose e do autismo em uma instituição. O trabalho é fundamentado na teoria psicanalítica de Freud e de Lacan buscando suas contribuições para o tratamento da psicose e do autismo na rede pública de Saúde Mental de nosso país.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicose. Autismo. Instituição. Reforma Psiquiátrica.

RÉSUMÉ

PEREIRA, Matheus Dias. *Où est le sujet? Le transfert dans La psychanalyse à plusieurs*. 2009. 1151 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Cette dissertation relève des questions posées au cours du traitement de patients autistes et psychotiques dans une institution publique de santé mentale, nommée *CAPSI Pequeno Hans* (CAPSI Petit Hans) située à Rio de Janeiro et qui suit les directives définies par la Réforme Psychiatrique Brésilienne. On est parti de la question « Où est le sujet ? » (sujet de l'inconscient) et, par la suite, on a discuté, entre autres, quelques concepts essentiels de la psychanalyse tels que: le désir du psychanalyste, la structure de la psychose en psychanalyse et le transfert. On a également réfléchi sur la méthode psychanalytique et les stratégies de cure appelées «la psychanalyse à plusieurs», qui se déploie dans ce qu'on dénomme le « dispositif psychanalytique élargi » dans le but de vérifier sa pertinence et son efficacité pour le traitement de la psychose et de l'autisme dans une institution de santé mentale. Ce travail s'appuie sur la théorie psychanalytique de Freud et de Lacan et cherche à l'appliquer au traitement de l'autisme dans le réseau public des institutions de Santé Mentale de notre pays.

Mots-clés: Psychanalyse. Psychose. Autisme. Institution. Réforme Psychiatrique.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 NÃO RECUAR DIANTE DA PSICANÁLISE: O DESEJO DO PSICANALISTA	10
1.1 Um breve histórico da reforma no nosso país	10
1.2 A propagação da peste	11
1.3 Linhas de progresso da psicanálise	17
1.4 A psicanálise não se faz sem um desejo	20
1.5 O desejo do analista: uma conceituação lacaniana	23
1.6 O “Bão” mesmo não é o Bem	27
1.7 O desejo do analista: a transferência é seu lugar prático	28
1.8 Transferência e o desejo do analista	31
1.9 A transferência na pele do analista	34
1.10 Desejo como remédio para a angústia	36
2 A ESTRUTURA DE UM TRATAMENTO POSSÍVEL	39
2.1 Uma questão preliminar: uma digressão necessária	39
2.2 Freud era um estruturalista?	40
2.3 A estrutura em Freud	41
2.4 O Nome-do-Pai	43
2.5 As Metáforas	44
2.6 A psicose é uma estrutura freudiana	48
2.7 Um desejo indestrutível, um desejo de analista e a realidade	51
2.8 Um estruturalismo essencialmente lacaniano	54
2.9 É dando “cabeçadas” que se encontra um caminho: Caso Y.	57
2.10 O <i>sinthoma</i> na estrutura	61
2.11 A direção do tratamento sem o “pai”	62
2.12 Diga-me como andas que te direi como trato	64
3 A TRANSFERÊNCIA NA PSICANÁLISE COM MUITOS	66
3.1 O manejo é a diferença	66
3.2 Caso W., “não sou surdo aos significantes”	69
3.3 A transferência na psicanálise	73
3.4 Que amor é este?	76
3.5 O amor sem metáfora?	79

3.6	O significante e o corpo.....	81
3.7	Um banho de significantes.....	84
3.8	O tratamento em uma instituição.....	88
3.9	Psicanálise pura e aplicada, psicanálise em <i>intensão</i> e <i>extensão</i>.....	90
3.10	A psicanálise com muitos.....	95
3.11	Porque “psicanálise com muitos” ao invés de “<i>pratique à plusieurs</i>”?.....	98
3.12	Dizer psicanálise com muitos é ser político.....	102
	CONCLUSÃO: DE UMA PERGUNTA A UM PERCURSO.....	106
	REFERÊNCIAS.....	112

INTRODUÇÃO

Para Miller “Se a escrita de um caso é difícil em psicanálise é porque, em última instância, é uma psicanálise do próprio analista”¹. Assim esta dissertação não estará disjunta daquilo que aquele que escreve poderá escrever neste momento. Uma dissertação que trata da psicanálise não é disjunta da análise do analista, portanto o que pode parecer óbvio não o é assim tão óbvio, mas não menos necessário de ser dito, já que quando escrevemos/falamos Lacan nos convoca a fazê-lo sempre de uma posição analisantes. É desta posição que dissertarei.

Esta dissertação começa com uma pergunta: “Onde está o sujeito?”. Pergunta esta motivada no final do meu curso de graduação na cidade de Alfenas-MG onde eu era estagiário em um CAPS. O trabalho com os psicóticos, através das oficinas, dos grupos, e até das atividades culturais propostas pelos técnicos parecia-me muito bem intencionado, mas faltava algo, e este algo parecia-me ser uma clínica que visasse o sujeito.

Naquele momento que às vezes penso que era de inocência, acreditava que ter acesso a um sujeito seria a solução para todos os problemas. Assim o que havia era também da minha parte uma boa intenção.

Algumas novas elaborações começaram a surgir com o trabalho no CAPSi Pequeno Hans no Rio de Janeiro-RJ e ainda mais fortemente quando deparava-me ao que escrever, enfim, ideais terapêuticos foram caindo um a um, e o caminho em busca do sujeito teve que ser revisto.

Com a queda dos ideais terapêuticos, logo me deparei com um conceito prático/clínico essencial para iniciar o que eu pretendia falar/escrever: o desejo do analista, o que tento desenvolver no primeiro capítulo. Assim os ideais caíram, mas a pergunta ficou e foi ao apostar que é possível que o sujeito “apareça” no trabalho em uma instituição e não só no trabalho em um consultório particular, partindo deste um conceito lacaniano essencial, é que pude escrever e me inscrever nesta dissertação.

Prática clínica e teoria não estiveram disjuntas em nenhum momento nesta dissertação. Foi necessário retornar a Freud neste trajeto, e com Lacan poder reler sua obra. Freud ao propor o inconsciente como regente dos atos e da vida humana, não apenas subverte a concepção do humano, mas também inaugura uma forma de tratamento que é atravessada por um desejo, o desejo do analista.

O conceito de desejo do analista não é um conceito freudiano, mas seguindo as premissas de Freud, Lacan pode formulá-lo ao longo de seu ensino. Portanto, tornou-se pertinente entrarmos no conceito de desejo do analista no que ele convoca e faz acontecer a

¹ MILLER, Jacques-Alain. *Percurso de Lacan: uma introdução*. Jorge Zahar Editor. 2.^a ed. Rio de Janeiro, p. 60.

experiência psicanalítica. Para isso buscamos em Lacan que pode trazer contribuições sobre este conceito de fundamental importância para a direção de um tratamento.

Apostando que é pelo desejo do analista que um analista maneja a transferência e é pela transferência que podemos ter acesso a tal desejo, buscamos nos textos inaugurais de Freud, sobre a transferência e a técnica psicanalítica, algo que faça com este desejo se imponha à própria técnica. Algo que torna a psicanálise uma experiência pautada no desejo inaugurado por Freud, e não em uma ética filosófica ligada a padrões morais ou de bens.

Durante o trabalho algo se impôs a escrita, não podia entrar na questão fundamental da dissertação que era a transferência com pacientes psicóticos e autistas, sem abordar a estrutura da psicose. Assim buscamos entender o porquê de Freud não se animar em tratar psicóticos e por vezes dizer da inoperância da psicanálise com tais pacientes e essencialmente o que faz com que Lacan afirme que não devemos recuar diante da psicose. O capítulo 2 no qual disserto sobre a estrutura da psicose, foi-me uma grata surpresa que apareceu como necessidade clínica, pois não podia ir adiante e nem pensar o dispositivo de tratamento no CAPSi sem entender a estrutura da psicose.

A transferência então como um conceito fundamental para a psicanálise e como mola do tratamento, pode ser abordada no capítulo 3. A transferência como algo que favorece e ao mesmo tempo dificulta o tratamento convocando ao analista um desdobramento que subverte seu posicionamento moral em direção a um manejo marcado pelo desejo do analista.

Diante das questões que nos convocam um certo manejo da transferência nas psicoses diferente do manejo nas neuroses, o dispositivo da psicanálise com muitos, torna-se não só uma aposta que pode favorecer o tratamento das psicoses, mas parte importante de um manejo que parte da premissa que neste dispositivo a transferência possa se alocar em um dos analistas.

Ao abordar o tema do dispositivo podemos afirmar que o dispositivo da psicanálise com muitos se justifica não como uma estratégia burocrática de trabalho, mas é um dispositivo que facilita e favorece o trabalho com pacientes de estrutura da psicótica.

A partir disso, pode-se pensar em algumas questões: Uma prática dita essencialmente psicanalítica pode se inserir em uma instituição da reforma psiquiátrica brasileira? Seria a própria psicanálise *stricto sensu* ou uma prática de orientação psicanalítica?

São estas e outras perguntas que surgem ao longo do trabalho e que tentamos responder, para que no final tentemos responder “Onde está o sujeito?” neste dispositivo da psicanálise com muitos.

1 NÃO RECUAR DIANTE DA PSICANÁLISE: O DESEJO DO PSICANALISTA

1.1 Um breve histórico da reforma no nosso país

Depois de muitos anos de segregação e isolamento da loucura, e depois da realização de várias experiências de desinstitucionalização e desospitalização na Europa e nos Estados Unidos, o Brasil baseado em algumas dessas transformações no mundo começa a pensar no final dos anos setenta e início dos anos 80 respostas contra a lógica da internação psiquiátrica e do isolamento do louco no país.

Em 1978, no contexto da redemocratização no país que vivia sob a ditadura militar, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Neste momento histórico pode-se dizer que é gerado no país o embrião da reforma psiquiátrica que viria acontecer alguns anos depois.

Outro momento histórico a ser citado acontece nos anos 80, mais precisamente em 1987 com o encontro dos trabalhadores em saúde Mental, em Bauru, o movimento de reforma amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental, cujo lema se torna “Por uma Sociedade Sem Manicômios” e neste mesmo ano acontece no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, outro marco importante do processo da reforma no país.

Assim os anos 80 são anos férteis quanto as transformações e lutas por uma reforma a assistência aos portadores de sofrimento mental no país, surgindo em São Paulo o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no país. Estes movimentos nos anos 80 com a entrada no Congresso Nacional da Lei Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país se torna o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A partir da lei (ainda não aprovada no país) abre-se o espaço para a implantação de portarias nos estados. A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais

psiquiátricos. A reforma começa a engatinhar, mas ainda meio sem uma ordem, pois em 1992, 93% das verbas eram destinadas aos hospitais psiquiátricos.

Surge a lei federal n.º 10.216, conhecida como lei Paulo Delgado que depois de 12 anos de tramitação e muitas modificações em seu texto inicial é aprovada em 2001. Esta lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de serviços de base comunitária, e ainda dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A lei Paulo Delgado marca um momento histórico no país no que concerne a uma resposta efetiva do governo aos direitos e cuidados para as pessoas com grave sofrimento psíquico. No período dos anos 2000 é sancionada a portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 como a que fundamenta o funcionamento dos Caps no país. A loucura passa a fazer parte do campo público, através de uma via legislativa, inserindo-se assim no universo das questões de saúde do país. Não mais se pode fechar os olhos para esta questão, já que ela passou a ser algo formalizado dentro das regras sócio-políticas e jurídico-institucionais do país. A loucura passa a ser questão de saúde pública.

O CAPS se torna então a resposta efetiva as internações psiquiátricas, baseado em uma lógica de uma rede de cuidados situada em um determinado território no qual o “louco” constrói de alguma forma seu espaço de circulação.

O CAPS em sua proposição principal deve prestar atendimento clínico, evitar as internações em hospitais psiquiátricos. Com esta proposta também deve promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais além de regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

As concepções de Rede e de Território são alguns dos alicerces que sustentam o Caps como uma alternativa eficaz aos antigos hospitais psiquiátricos. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária para além dos recursos de saúde integrando todos os âmbitos sociais e o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos locais nos quais se dão a vida comunitária.

1.2 A propagação da peste

Os anos 2000 são marcados pela regulamentação legislativa dos direitos do louco no país e pelo Caps como local de tratamento público de saúde para estas pessoas, o tão almejado reconhecimento em “lei” da necessidade de um tratamento digno e da implicação do poder

público na questão da loucura no país se realiza. Mas por outro lado uma lei só se torna efetiva quando ela responde de modo efetivo às necessidades sociais, e passa do estatuto de lei inscrita na constituição do país a uma lei introjetada no social. Enfim, quando não mais precisamos lembrar de que há uma lei, é que ela se automatiza, que ela realmente ganha valor e efetividade de lei.

O que quero apontar então é que uma nova legislação delimitadora de uma nova política de saúde mental é essencial, mas por si só, não reforma o tratamento da loucura. O que vemos acontecer em alguns casos, é que, às vezes pode reforçar o discurso de exclusão do louco.

Para ir direto ao ponto, logo digo que a *prática clínica* em uma instituição é o alicerce para que a instituição realmente possa conceber aos seus pacientes um atendimento que lhes permita ter a possibilidade de reposicionamento subjetivo diante do seu sofrimento e não os veja apenas como meras vítimas da exclusão social. Sustentar uma postura que acredita na loucura como mero efeito da exclusão é dar provas de um preconceito em relação às posições subjetivas que se traduzem nos diferentes modos pelos quais os sujeitos lidam com os efeitos que o campo da linguagem neles produz e de se posicionarem no mundo.

Os loucos passaram a habitar os espaços sociais mas isso não lhes garante a inclusão nestes espaços. O que se pode perceber é que não basta devolver aqueles que eram privados do convívio social a sociedade para que sua loucura “cesse”, estes devem ter cuidados clínicos e serem assistidos por dispositivos que lhes permitam estar na sociedade. Não basta mudar o local de tratamento, “abrir as portas da instituição”, é necessário que se mude a lógica e que esta lógica admita que há sofrimento psíquico nestes sujeitos, e isto não é criar um novo espaço de exclusão, mas admitir a necessidade da inclusão a partir das subjetividades de cada sujeito.

Lacan nos aponta: “É certo que agüentar a miséria... é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto”², assim é oportuna e necessária a criação de tal legislação para que o trabalho saísse simbolicamente da dureza a qual era submetido anteriormente. Ter o amparo da legislação de um país assegura que se possa reivindicar que se faça valer o que a lei assegura de direitos aos sujeitos. O “louco” reconhecido legislativamente no país se torna cidadão de direitos, está inscrito simbolicamente no espaço territorial do país que habita.

² LACAN, Jacques. *Televisão* (1974). In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 516.

Por outro lado, sabemos que ter uma legislação não basta para que direitos possam ser assegurados e que sujeitos sejam respeitados diante daquilo que a lei lhes assegura. Assim para que a política seja “afetiva” deve-se considerar o *a posteriori*, pois é somente neste momento que as resistências poderão ser derrubadas em vez de enrijecidas. Isto só se dará a partir do momento que os novos dispositivos propostos para o tratamento do loucura se fizerem reconhecidos e necessários para que estes mesmos direitos sejam assegurados. Dizer que uma política é “afetiva” é dizer que ela possa realmente afetar aqueles que ela propõe beneficiar e trazer mudanças que afetem também o contexto social, a sociedade, e também a ideologia dominante. Afetar é, portanto, de alguma maneira balançar os alicerces de preconceitos e conceitos a muito tempo enrijecidos e que possam aos poucos serem revistos.

Então, o que aposto, é que a loucura não é um resultado da exclusão social, mas algo que concerne a um posicionamento subjetivo do sujeito, há uma responsabilidade do próprio sujeito por sua condição subjetiva. Segundo Lacan: “Por nossa posição de sujeitos somos sempre responsáveis”³, a partir desta afirmação pode-se ver que os pacientes não devem ser tomados como vítimas de “uma doença social” que foram acometidos, mas como principais atores de sua condição tanto diante de seu sofrimento quanto de sua felicidade. Partindo deste pressuposto, não se deve negligenciar a prática clínica em detrimento da reinserção social, pois não há reinserção social sem uma prática clínica.

O que se tem visto é que em instituições onde não há uma proposta clínica bem definida, o que vem em resposta a esta hiância no cuidado é a reafirmação do discurso médico psiquiátrico tradicional. A falta de direção clínica abre espaço para este discurso e impede que os pressupostos da reforma possam ser aplicados praticamente, faz com a loucura seja tida como um *déficit*, como algo que precisa ser corrigido e que somente pela via da correção é que há a possibilidade de um convívio social. Tomar a legislação somente em seu âmbito psicossocial é fechar os olhos para a questão crucial que é a do sujeito, é tentar impor algo, e assim aumentar as forças contrárias a tal esforço.

Este tipo de prática pode tornar os novos dispositivos da reforma (sendo o Caps aqui tratado como o principal deles) em novas fachadas de antigos hospitais psiquiátricos. A intervenção moralizadora, reafirma o a exclusão e não permite a substituição de antigas prática segregadoras. Portanto, ter uma direção clínica nas instituições é algo se impõe ao sucesso reforma como um dos seus sustentáculos.

³ LACAN, Jacques. *Ciência e Verdade* (1956). In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 873.

A direção de tratamento como uma exigência de trabalho poderá responder as exigências políticas e sociais que uma legislação necessita e ao mesmo tempo não fazer laço com a prática pseudo inclusiva de igualdade social que exclui o sujeito.

Sabemos que as leis são criadas como respostas políticas a problemas sociais de um determinado momento histórico. A legislação de saúde mental não fora diferente. Devemos estar advertidos quanto ao fato de que uma legislação é algo no registro de um ideal. Impô-la é trabalhar a favor de seu fracasso.

Isso não quer dizer que resultados não devam ser obtidos. Assim o trabalho árduo é de reverter um ideal em uma realização prática, e acreditamos que a direção do tratamento na instituição é o primeiro passo a ser dado para se obter respostas que não idealizem também a “cura”.

Lacan em 1958 nos traz uma importante advertência quanto a direção de um tratamento “a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder”⁴. O que esta frase de Lacan nos revela?

Revela que sustentar uma prática pautada no esforço de re-socialização, de dar respostas mensuráveis e dados quantitativos (números de pacientes curados, número de altas, número de oficinas e adeptos a esta, etc) é sustentar e repetir a prática de um poder. Enfim, é uma prática impotente e moralista.

Quanto a isso devemos estar prevenidos, pois o exercício de um poder existe para ser subvertido e derrubado por aquele sobre o qual o poder é exercido. Assim as respostas dos pacientes tratados em um CAPS podem ser contrárias a toda a “força” de desejar-lhes fazer o bem.

Aqui vemos a aparente ingenuidade de uma práxis que busca o bem do paciente, pois ela nada mais revela do que algo que nada tem a ver com o desejo singular de cada paciente, mas sim com uma práxis que se alia ao exercício de um poder opressor, de um bem ligado à aquisição de bens materiais e socialmente valorizados. Isso parece irônico! Por que não seria, na maioria das vezes, o louco, aquele que enxovalha este tipo de idealização material?

Visto que um trabalho na direção do bem do indivíduo e voltado para a sua reinserção social não lhe garante tal aquisição, a prática clínica aqui defendida, também não é a garantia de um reposicionamento do sujeito e de sua possível inclusão social, já que o discurso médico psiquiátrico tradicional também pode ser chamado de prática clínica. Que prática seria esta?

⁴ LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In: *Escritos*, op. cit., p. 592.

Recorto, então, duas passagens da portaria n.º 336 que regula o funcionamento dos Caps, pois elas podem nos permitir delinear que prática seria esta. Na primeira temos: “o objetivo dos Caps é oferecer atendimento à população de sua área, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social”⁵, e na segunda: “O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento”⁶.

O que pude então perceber é que a legislação prega uma concepção de reabilitação social, mas que esta reabilitação deve essencialmente passar por uma direção indicada pelo próprio sujeito que recebe os cuidados. A necessidade de uma direção clínica que considere a subjetividade de cada pessoa abre espaço para que a psicanálise entre em campo, fazendo-se necessária a Reforma Psiquiátrica como uma prática clínica orientada na mesma direção da legislação.

A direção, portanto, deve levar em conta a existência do sofrimento mental e a prática não deve estar no caminho de uma re-educação emocional e social, pois a loucura não tem nada a ver com um “protesto subjetivo”, em que o sujeito diante do sofrimento adota uma postura diferente do que é tido como normal, ela é em si mesma uma positividade no sentido foucaultiano do termo. É uma posição subjetiva, portanto não é passível de qualquer readaptação ou de um tratamento que lhe dê um estatuto de positividade em oposição a uma aparente negatividade. A loucura tomada em sua face de positividade não pode ser tida como um “bicho de sete cabeças” que deverá se tornar um gatinho manso. Freud em 1911 nos aponta: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”. Com esta colocação Freud também dá um novo sentido a loucura, também de alguma maneira a positiva, retirando dela um estigma patológico.

A loucura não é mero resultado da operação de exclusão social! A partir daí podemos pensar que para além da exclusão social destes pacientes há também uma exclusão simbólica, pois para Lacan o determinante de uma estrutura é o que acontece no simbólico. Assim no Seminário 3 já nos adiantava: “... a psicose consiste em um buraco, uma falta ao nível do significante”⁷. Mesmo sem poder definir neste seminário que significante era este, Lacan já adiantava que algo faltava, há um impasse na estrutura do psicótico em relação a estrutura das

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

⁶ Idem, *Ibidem*. p. 12.

⁷ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses*, (1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. p. 229.

neuroses. Lacan afirma: “Trata-se no fundo da psicose, de um impasse, de uma perplexidade concernente ao significante”⁸.

No seminário 5⁹ e no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, Lacan formaliza que o que há na psicose é a forclusão do significante do Nome do Pai que ordena a cadeia simbólica. Segundo ele o que há na psicose é a *Verwerfung* deste significante: “A *Verwerfung* será tida por nós, portanto como forclusão do significante. No ponto em que veremos de que maneira, é chamado o Nome do Pai”¹⁰. Este ponto desenvolveremos mais adiante do trabalho quando falaremos da estrutura psicótica.

Diante de uma “forclusão” que não é somente de ordem “social-histórica”, podemos ver que somente os cuidados clínicos interligados a uma construção de rede e principalmente a direção do tratamento poderão reformar práticas seculares excludentes e fazer com que a reforma reforme.

Vemos que a mudança proposta pela legislação concerne a uma ética do cuidado, e para que a resposta seja eficaz neste ponto devemos subverter a direção do trabalho. O que sempre tivemos ao longo dos anos, foi uma ética pautada na moral e na restituição da saúde do sujeito, na restituição de sua razão perdida pela loucura. O tratamento moral se mostrou inoperante. Viu-se que não era possível adaptar os sujeitos a sociedade e tampouco era possível adaptar a sociedade aos loucos. O trabalho clínico sempre esteve articulado a estes fatores morais: a adequação e a uma normalidade suposta. Assim devemos pensar que não basta apenas ter uma direção clínica, pois a direção clínica nestes tempos era a normalização, mas que esta esteja articulada com a política, com social e com o sujeito.

A nova legislação nos permite romper com a prática “normalizante”, não só nos dois trechos citados acima, mas no que ela nos deixa em toda sua enunciação e em outros trechos aos quais evidencia uma mudança na forma de tratar. O que faria com que esta enunciação pudesse realmente ter status de verdade verificável na realidade, seria as respostas obtidas através de um tratamento que realmente se funde em uma subversão da ética da moral e pautada na aquisição de bens.

Como poderíamos chegar a isso? A resposta pode parecer paradoxal, mas é fazendo com que resultados socialmente verificáveis - portanto ligados a um bem social e a uma moral - possam aparecer. Devemos então através da clínica demonstrar que o Caps é efetivo e permite melhores respostas do que o hospital psiquiátrico.

⁸ Idem, *Ibidem*. p. 221.

⁹ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*, (1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

¹⁰ Idem. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1958). In: *Escritos*, op. cit., p. 564.

O Caps deve se fazer necessário à sociedade, e isso se dará como efeito de uma direção clínica que realmente subverta antigos paradigmas relacionados à readaptação do louco, que eram a restituição de sua razão ou sua cura. A direção clínica pautada no sujeito deve assim ampliar seu território, não se fechar na clínica, abrir redes e ganhar espaço territorial a partir da proposição de que a condição de loucura não é mero resultado de exclusão social e nem permitir que a loucura seja alvo de uma extrema medicalização.

O “projeto terapêutico individual”¹¹ não pode ser algo construído de antemão, ao qual o paciente deve se adaptar ao que é oferecido pelo Caps, mas justamente o contrário. O Caps a cada dia deverá rever suas formas de intervenção com cada paciente, e a todo momento estar articulado a todos os serviços de saúde da rede e a outros que não necessariamente sejam de saúde.

Assim o terreno é delicado e cheio de resistências e dificuldades, mas é um terreno ao qual a psicanálise acostumou-se a adentrar, e frente a isso como representantes de um desejo não devemos recuar.

Uma prática que conceba seu sujeito como parte do social, que não privilegie somente o social e nem a doença se torna uma prática que poderá responder a legislação. De início podemos nos perguntar, se o Caps e nossa direção de tratamento estão realmente interessados em uma reforma, como uma nova forma de intervenção que subverta o poder exercido por aquele que trata sobre aquele que é tratado, ou se apenas, compramos uma bela idéia “humanista” sem saber se podemos realmente pagar por ela, de antemão sabendo que o preço não é nada barato.

A partir da resposta que pudermos dar, poderemos abrir espaço para um novo campo para a psicanálise e que novas “linhas de progresso” sejam alcançadas. O que nos resta é saber se a abertura de um campo e a possibilidade de psicanalistas estarem nele garante o exercício da psicanálise. É a isso que tentaremos formalizar e responder.

1.3 Linhas de progresso da psicanálise

Para Freud, a abertura do campo público para a psicanálise seria uma questão de tempo. Em seu artigo de 1919, *Linhas de Progresso na terapia psicanalítica*¹², ele já destacava:

¹¹ Termo utilizado pela legislação.

¹² FREUD, SIGMUND. *Linhas de Progresso da Terapia psicanalítica* (1919). Vol. XVII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados (...) Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres.

Seguindo Freud a partir de sua asserção, os psicanalistas não devem recuar diante das políticas públicas, e propagar a “peste” psicanalítica. O campo da saúde mental na saúde pública não seria diferente, os analistas inseridos nestes locais podem responder a uma legislação um conjunto de exigências que se colocam em termos de leis, funcionamentos institucionais diversos, demandas de múltiplos setores sociais, etc., sem se submeter inteiramente a estas exigências e imposições, justamente pelo fato de que o discurso psicanalítico não ser todo legalizável, todo regulamentável, enfim, todo inserido na ordem social, mas um discurso que, estruturalmente, não apenas requer a lei como a radicaliza, mas que, por isso mesmo, não pode caber todo na lei social. Por isso, o discurso analítico faz com que outros discursos se entrecruzem e possam circular.

A práxis da psicanálise possui em seu âmago um caráter subversivo, o que a sustenta até os dias de hoje. Lacan em seu ensino na pista de Freud, separa o desejo como algo que não deve estar vinculado a qualquer bem. Assim a amoralidade psicanalítica, no tratamento da loucura nas instituições públicas, pode ser uma resposta que não faça repetir as várias práticas “bem intencionadas” no tratamento da loucura. Cito Lacan:

Se a análise não conseguir fazer com os homens compreendessem que seus desejos, em primeiro lugar, não são a mesma coisa que suas necessidades, e, em segundo lugar, que o desejo se apresenta em si mesmo um caráter perigoso, ameaçador para o indivíduo, que se esclarece pelo caráter ameaçador que ele comporta para o bando – pergunto-me, então, para que a análise terá servido¹³.

Esta compreensão do desejo que Lacan nos traz permite que a “peste psicanalítica” ganhe espaço também nas políticas públicas. A psicanálise rompe então com a questão do desejo ligado à necessidade, à aquisição de bens materiais, *status* social e reconhecimento da sociedade. A psicanálise não é apenas uma ameaça para o indivíduo, mas para o “bando”, o que nos coloca em uma posição limite, que requer um manejo que faça com que ela se faça presente não como o exercício de um poder - “o fim do poder é fazer o bem e é por isso que o poder não tem fim”, dirá Lacan em *A direção da cura e os princípios de seu poder* - mas

¹³ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 8: A transferência* (1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 356.

como uma presença capaz de causar um incômodo real mas que não seja demasiado ou excessivo a ponto de fazer barreira à política.

A queda do tratamento moral está em pauta: nada mais propício para a entrada da psicanálise. Se o tratamento deve ser substituído em prol das pessoas e de sua reinserção social, podemos ler nessa proposta, que não tem sua origem na psicanálise e sim no movimento social de reforma da assistência psiquiátrica, um espaço propício para a entrada do sujeito em cena.

Para Elia: “A psicanálise pensa o sujeito em sua raiz mesma, como social, como tendo sua constituição articulada ao plano social”¹⁴. Esta concepção do sujeito, parece-nos propícia para que uma prática psicanalítica se instale no público, pois é uma concepção que não perde o social em prol do individual, e nem perde o subjetivo em prol do social.

Para Lacan: “... o sujeito não é para nós o sujeito do conhecimento, mas o sujeito do inconsciente”¹⁵. Ao conceber o sujeito desta forma, desqualificamo-lo de qualquer qualidade ou atributo *a priori*, e colocamo-lo assujeitado à linguagem e ao significante e assim ao social que o determina.

A psicanálise portanto, rompe com o conceito de indivíduo, o indivisível se torna dividido, ou seja, ela retira o indivíduo indivisível do tratamento moral para a entrada do sujeito dividido do inconsciente. Assim, podemos dizer que a psicanálise pôde e pode inserir-se na Reforma Psiquiátrica Brasileira em convergência com a necessidade de substituição das práticas pautadas na moral. Se antes as instituições poderiam ser uma barreira para o sujeito e para a psicanálise, agora, pelo contrário, as instituições abrem espaços para ele.

No entanto, devemos ter o cuidado de nós mesmos não fecharmos a porta que abrimos, e isso não se dá sem um rigoroso trabalho entre clínica e política, onde uma não deve ser oposta à outra. Estamos em um momento ímpar da saúde mental no Brasil, e que acreditamos ser um momento propício onde clínica e política podem convergir.

O que temos então é um desafio, análogo ao que Freud teve na criação da psicanálise. Freud, inserido em um contexto histórico, pôde naquele momento através das históricas inventar a psicanálise. Isso não se deu, como sabemos, sem inúmeros tropeços e resistências. O que tentamos dizer, é que o momento, é favorável para a entrada definitiva da psicanálise no campo da saúde pública.

¹⁴ ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004, p. 38.

¹⁵ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 8: A transferência* (1961). op. cit., p. 360.

As resistências sempre existirão, mas podemos lembrar com Lacan que elas são na maioria das vezes do analista. Isso nos responsabiliza em nossa posição e nos convoca a não recuarmos diante da inserção da psicanálise na instituição de saúde mental.

1.4 A psicanálise não se faz sem um desejo

Se o desejo, para Freud, é “luxúria”, o desejo do psicanalista não é exceção

Serge Cottet

Como vimos anteriormente, o campo da saúde mental se abre e o psicanalista pode se inserir no público, o que não garante que ali, se faça, ou haja psicanálise. Mas na verdade o que garante que uma prática seja tida como essencialmente psicanalítica?

Diante de muitas interrogações e dificuldades que este tema traz aos próprios analistas, seguindo Lacan podemos afirmar que a psicanálise não se faz, sem um desejo. Cito Lacan: “o desejo do analista é o que opera na psicanálise”¹⁶. Assim de antemão podemos dizer que quando algo desta ordem opera, a psicanálise também opera, há a psicanálise.

Podemos ver que nada de antemão garante o exercício de uma psicanálise. A ilusão de um *setting*, de vários anos de análise, de um aprofundamento teórico exaustivo, nada disso garante que o que se faça seja em consultório ou em um lugar público seja a psicanálise.

Mas o que seria este desejo que faz com que haja psicanálise?

De antemão, a resposta clara e óbvia é: o desejo de Freud. Foi por um desejo de seu fundador que a psicanálise se fez presente no mundo. Mas de que estatuto seria este desejo, já que a psicanálise se mantém até os dias atuais?

Freud em seus textos técnicos vai nos deixando “pistas” de que seu trabalho de construção da teoria coincidia com o andamento de suas pesquisas clínicas. Partindo deste pressuposto, a psicanálise só se faz a partir de uma clínica, só se verifica o exercício da psicanálise diante de acontecimentos clínicos, não há outra maneira de garanti-la. Por isso Freud nos diz: “A psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem”¹⁷.

¹⁶ LACAN, Jacques. *Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista* (1964). In: Escritos, op. cit., p. 868.

¹⁷ FREUD, Sigmund. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

A psicanálise nesta trilha se torna uma prática que se faz a cada instante que haja analista para sustentá-la, a psicanálise não é algo pronto, é uma experiência do “fazendo”, do “sendo”. A psicanálise se reduz a uma radicalidade do manejo em detrimento de uma técnica.

Freud, ao contrário da instituição de psicanalistas que ele funda, nunca ditou regras para que a experiência psicanalítica se desse, colocando que a regra fundamental da psicanálise seria a associação livre. Assim a aparente liberdade e facilidade de um técnica de tratamento que poderia perder-se por uma falta de imposições técnicas, impõe-se de tal forma que a postura do analista seja o motor da análise. Segundo Lacan: “O psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento (...) é o de que não deve de modo algum dirigir o paciente”¹⁸.

Ao ser o analista aquele que atualiza a todo momento a psicanálise no mundo, a direção é ditada pelo analista: o que à primeira vista poderia parecer uma falta direção torna-se o rigor que se encontra pautado no desejo do analista.

Talvez esta “margem de liberdade” deixada por Freud incomode aqueles que clamam e dizem ser seus únicos discípulos, justamente por tornarem esta liberdade um conjunto de regras rígidas que nada tem a ver com o rigor do fundador da psicanálise.

O insuportável da hiância, chamada de desejo do analista por Lacan, leva àqueles que clamam por uma legitimidade filial a “recalcar o pai”, e assim não retornar a ele, para, só a partir deste retorno, poder ir adiante a partir dele, e finalmente poder ir *além* dele. Segundo Lacan: “...o campo freudiano é um campo que por sua natureza, se perde. É aqui que a presença do psicanalista é irredutível, como testemunha desta perda”¹⁹.

A presença do analista deve fazer com que a psicanálise se faça a partir de seu manejo e não o contrário. Podemos pensar, na radicalidade, que o “sucesso” da psicanálise - no que concerne a uma prática que determinasse uma postura ou uma técnica que garantisse a anulação desta perda de que Lacan nos fala - seria conseqüentemente seu atestado de óbito.

A tentativa de operar sem perda, com o excesso de normas rígidas ou através de regulamentos que estão acima do que está em questão, cria um Outro do Outro, em uma tentativa vã de sucesso. A psicanálise sempre foi, e isso a faz existir no mundo, algo que segue claudicante e se sustenta como uma prática rigorosa a partir desta constante reinvenção. É por não ser mecânica que ela se faz presente e se mantém como um discurso.

Acreditar em um manejo e não em uma técnica é poder fazer entrar na experiência psicanalítica o conceito de desejo do analista como fundamento da experiência. O conceito de

¹⁸ LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In: Escritos, op. cit., p. 592.

¹⁹ Idem. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p.122.

desejo do analista faz com que a psicanálise não se restrinja a um *setting*, subverte a questão de que haja algo anterior ao analista para que a psicanálise exista. O que temos, na maioria das vezes, nas discussões, sobre o fazer da psicanálise fora do consultório é justamente uma recusa em nos depararmos com esta perda, que aparece mais clara e aberta fora de um *setting* de consultório que “proteja” o analista.

Neste momento da entrada da psicanálise na saúde mental no Brasil, muitas discussões tem surgido em torno desta questão sobre o que se faz em uma instituição pode ser legitimamente chamado de psicanálise.

O posicionamento contrário de que a psicanálise é incompatível para uma instituição não parece privilégio dos analistas da IPA, entre os lacanianos, esta também é uma questão. O que temos em muitas das vezes é uma discussão burocrática e impeditiva da própria discussão em direção a uma resposta.

Acreditamos que o que deve realmente estar em questão seja um conceito laciano, que valida a prática psicanalítica como autêntica, que é o desejo do analista, e como já foi dito, muitas das vezes ele pode não estar presente mesmo em ambientes ditos propícios para o exercício da psicanálise, como o consultório.

Quanto a Freud, ele parece bem claro ao recomendar aos analistas o que estes devem ou podem fazer, quando propõe a experiência psicanalítica metaforizando-a a uma partida de xadrez:

Todo aquele que espera aprender o nobre jogo de xadrez nos livros, cedo descobrirá que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que a infinita variedade de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo²⁰.

Esta metáfora freudiana nos remete a uma liberdade, mas ao mesmo tempo a uma postura, que faz a experiência acontecer, e que aconteça o que acontecer o analista não deve sair desta postura, para que se faça uma psicanálise. O que Freud nos traz então, é que nada substituirá a postura do analista, e que não há uma receita de como o analista deve se portar pautada por restrições ligadas ao seu local, mas sim a presentificação da psicanálise nestes locais. Para Freud:

qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa²¹.

²⁰ FREUD, Sigmund. *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise)* (1913), Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

²¹ FREUD, Sigmund. *Linhas de progresso da teoria psicanalítica* (1919), Vol. XVII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

O analista deve estar desvinculado de um ideal que possa assegurar a sua prática, pois uma das coisas que o assegura, é justamente, a perda destes ideais, é com isso que Freud se deparou na construção da psicanálise.

Com Freud viu-se que a experiência da psicanálise era pautada pelo que o paciente podia lhe ensinar, mas era necessário um desejo, o seu amor pelo inconsciente que permitisse ao paciente lhe entregar o seu “tesouro”. Segundo Cottet: “A esse saber, a essa “maravilha” que causa o desejo do analista, denominemos inconsciente”²².

Freud supõe ao paciente um saber que ele não sabe, o paciente não sabe que sabe. É justamente por isso que a psicanálise inaugura uma experiência inédita, Freud neste momento inaugura um saber para além da consciência, inaugura o inconsciente como regente dos atos do homem. Mas não há inconsciente sem analista para Freud, o que o faz recomendar: “O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado”²³.

Assim, o inanalizável do desejo de Freud abriu espaço para a conceitualização do desejo do analista a partir de Lacan. Com todas as indicações ao longo de sua obra, o que Freud nos deixou de essencial, sobre o desejo do analista, mesmo sem nunca ter formalizado uma conceituação mais extensa sobre ele, é que o desejo do analista é algo que se transmite e não algo que se saiba. Para Freud o analista “só tem um desejo: o de ver o enfermo tomar as decisões por si próprio”²⁴.

1.5 O desejo do analista: uma conceituação lacaniana

Diante dos passos de Freud, podemos então buscar em Lacan uma certa formalização teórico-prática deste desejo de Freud, chamado de desejo do analista. Podemos pensar que é por ele que poderemos então particularizar a prática psicanalítica como uma prática única que, como já foi dito, desvincula-se de um ideal e de qualquer moral pré-concebida.

Ao colocar seu próprio desejo “entre parênteses” o analista permitirá que o desejo como proveniente do lugar do Outro se manifeste. Segundo Serge Cottet:

Em outros termos, quanto mais o analista calar seu desejo, mais se manifestará a alienação do desejo do paciente nesse lugar; o desejo do psicanalista portanto, não é

²² COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989. p. 22.

²³ FREUD, Sigmund. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

²⁴ FREUD, Sigmund. *Introdução a psicanálise* (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud..

o desejo pessoal de um psicanalista – é uma função essencial para a confissão do desejo como exigente de reconhecimento²⁵.

Quando falamos de desejo do analista referimo-nos a uma conversão ética radical do psicanalista, que é ser causa de desejo, ser semblante do objeto de desejo do sujeito e tentar introduzi-lo na ordem do desejo. O que define o analista é a prática de uma análise, ele não se torna analista por um decreto, por um diploma ou por acúmulo de saber. Há analista quando há discurso analítico que define seu lugar, quando este banca o dejetivo, faz semblante de objeto *a* e “permite ao sujeito do inconsciente tomá-lo como causa de seu desejo”²⁶.

Tal posicionamento coloca o desejo na condição de objeto, de algo que não poderá ser conseguido por aquisição de um bem ou por um trabalho intersubjetivo entre analista e analisante. Para Rabinovich: “Não há objeto que tenha preço maior do que outro – este é o luto no qual se centra o desejo do analista”²⁷. Portanto, colocar o desejo em termos de objeto é indicar que qualquer objeto poderá ocupar esta posição, mas não um objeto qualquer. A dialética do desejo se mostra não em torno de um saber, mas em torno de um objeto.

Lacan coloca em questão a fundamental posição do analista na psicanálise e não ameniza a incidência do desejo do analista no processo de “cura” e o coloca como fundamental ao processo. “Não há apenas o que analista pretende, no caso, fazer de seu paciente. Há também o que o analista pretende que seu paciente faça dele”²⁸. Lacan ao nos dizer que o analista pretende algo, aponta para algo de um desejo daquele que está na função de analisar.

O analista como semblante do objeto *a* não pode ser o objeto *a*, pois é somente através do engano do amor, da chegada dos “demônios” no trabalho, que o analista levará ao sujeito a cercar o campo do objeto *a*. O engano do amor poderá levar o sujeito ao verdadeiro. Desde de que há sujeito suposto saber há a transferência, diz Lacan no Seminário XI. Ainda neste sentido ele afirma no seminário XX aquele ao qual eu suponho saber.

Por outro lado a transferência não se limita a uma suposição de saber àquele que ocupa a função de analista, pois se assim o fosse não poderíamos pensá-la no tratamento das psicoses, para que haja a transferência é preciso também, “a suposição de que o analista é

²⁵ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op. cit., p. 158.

²⁶ LACAN, Jacques. *Televisão* (1974). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, p.33.

²⁷ Rabinovich, D. S. *O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000. p. 16.

²⁸ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p. 145.

desejante, e não apenas desejado”²⁹. O que coloca em campo de forma irredutível o desejo do analista na experiência analítica.

Vemos então a incidência teórico-prática a conceituação do desejo do analista como algo fundamental para experiência psicanalítica, o conceito de desejo do analista não é um “floreio” teórico ou um “capricho” lacaniano, ele se mostra como algo fundante da própria experiência psicanalítica no que a experiência também o funda.

A transferência surge como momento de fechamento do inconsciente e se dá nas palavras de Lacan: “pela incidência de algo que desempenha o papel de obturador – o objeto a”³⁰. Assim podemos ver que o momento de fechamento do inconsciente não é causado pelo amor, mas pelo objeto a.

Assim a transferência não tem nada a ver com uma atitude empática e facilitadora do processo por parte do analisante para com o analista. A transferência surge como um impasse, um “susto” para Freud. No que faz com que ele recomende aos “jovens analistas” - no que prefiro traduzir por desavisados - tomar muito cuidado. Lacan diante deste engodo no processo nos diz brilhantemente:

a transferência é o que, da pulsão, desvia a demanda, o desejo do analista é aquilo que a traz de volta. E, por esta via, ele isola o a, o põe a maior distância possível do I que ele, o analista, é chamado pelo sujeito a encarnar. É dessa idealização que o analista tem que tombar para ser o suporte do a separador³¹.

O desejo de uma relação empática facilitadora da associação livre é um desejo marcado pela fantasia, um desejo que caminha em direção a uma identificação ao analista como um ideal o que nada tem a ver com o desejo do analista. Quando entramos do campo do desejo do analista diferente de um desejo marcado e protegido pela fantasia, o que temos é um “des-ser”, no qual o analista se submeterá as posições subjetivas do analisante ocupando a posição de um significante qualquer. Para Luciano Elia “o desejo que sustenta a castração sem recorrer a fantasia é chamado de desejo do analista”³².

Lacan nos aponta na Proposição de 9 de outubro que “No começo da psicanálise está a transferência. Ela está graças àquele que chamaremos, no despontar desta formulação, o psicanalisante”³³ a quem ele chama de psicanalisado por antecipação. Isso só poderá ocorrer se houver a oferta da psicanálise e o desejo do analista. No encontro de psicanalista e

²⁹ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op. cit., p. 169.

³⁰ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p. 138

³¹ Idem, *ibidem*. p. 258.

³² ELIA, Luciano. *Discussão de orientação de produção da dissertação*, setembro de 2008.

³³ LACAN, Jacques. *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. In: *Outros Escritos*. op. cit., p. 252.

psicanalisante se delineará um percurso a ser feito e o “analista que assume o desejo do analista sabe o destino do percurso, mesmo quando não conhece o caminho de cada sujeito particular”³⁴.

O desenvolvimento de tal caminho mostrará a trilha do gozo do sujeito, a trilha pulsional em direção ao objeto *a*, onde o objeto buscado como desejo será ao mesmo tempo, como nas palavras de Raul Seixas: “o início, o fim e o meio”. O objeto *a* como causa de desejo é o que encaminha e o que faz caminhar.

O analista como semblante de *a*, assumirá o papel de causa do processo da análise. Segundo Rabinovich relendo Lacan a partir do Seminário 15 – O Ato psicanalítico “o analista finge esquecer um saber específico: que ele é a causa do processo de análise”³⁵. Este esquecimento que Lacan nos propõe é diferente do esquecimento de um recalque, por exemplo, é um esquecimento *besta*. É um esquecimento que nos coloca em uma posição de analista e que se consegue quando o analista se propõe a levar o analisante ao desconhecido conhecido, permitindo a associação livre – única regra da psicanálise – e ao ocupar o lugar de semblante do objeto causa de desejo.

Desta oferta se obterão respostas das mais variadas possíveis, mas todas elas convergirão a uma única coisa, há uma ética, há um discurso, há a psicanálise. Ocupar uma posição que sustente tal desafio implica em se destituir da sua própria pessoa e viver na pele a experiência psicanalítica *stricto sensu*, é se assujeitar às leis do significante e finalmente destituir suas armas diante dele.

Problematizar e questionar as intervenções é não recuar diante da psicose, da clínica da Reforma e do real da clínica, o que implica o desejo do analista. Expor os impasses é se deparar com a castração que concerne ao analista, é colocar o desejo do analista como causa de trabalho.

Vemos então que o analista não pode ocupar um lugar de ideal frente ao analisando. O que deve operar é um desejo, um desejo que vise a diferença absoluta, nas palavras de Lacan:

... o desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele. Só aí pode surgir a significação de um amor sem limite, porque fora dos limites da lei, somente onde pode viver³⁶.

³⁴ Rabinovich, D. S. *O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise*. op. cit., p. 76.

³⁵ Idem. Ibidem. p. 30.

³⁶ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p. 260.

Em seguida apresentaremos um fragmento de caso, para de alguma forma tentar mostrar que o que o sujeito deseja não é o que desejamos para seu Bem. A entrada da psicanálise como um discurso amoral poderia ser uma resposta a este desejo singular de cada paciente que nada tem a ver com os bens desejados pelo ideário social.

1.6 O “Bão” mesmo não é o Bem

Ao reler antigos cadernos de anotações de um trabalho feito em um CAPS no interior de Minas Gerais, pude retomar o contato com algumas falas de pacientes e uma delas me chamou à atenção e poderá enriquecer tal discussão entre Bem e desejo.

Depois de conversar um longo tempo com o paciente J., que fora paciente do hospital psiquiátrico local, ele me diz: *“É tão bão vir ao CAPS e conversar cocê, porque sinto que é diferente dos tratamento que tive, porque ocê não fica quereno me dizer o que é bão para mim... deixa eu falar”*.

O que se impõe neste momento é uma reflexão sobre o Bem. A fala deste paciente nos demonstra que o *Bão não é o Bem*. O que seria então o bão, já que não é o Bem?

Lacan nos traz que: “O bem não poderá reinar sobre tudo sem que apareça um excesso, de cujas conseqüências fatais nos adverte a tragédia”³⁷, pois ao tentar praticar o bem se perde a clínica e também o sujeito.

É neste instante que o discurso psicanalítico se diferencia de um discurso pautado no Bem, na moral, pois a intervenção não deve ser feita no sentido de ajudar e curar os sujeitos mas de permitir-lhes um lugar, no qual estes possam se responsabilizar por sua posição subjetiva e assim encontrar um “bem” que lhes concerne subjetivamente e não um bem ligado a uma norma socializante, “é porque o analista encarna um desejo para além de todos os bens – o desejo do Outro –, que ele pode capturar o desejo do sujeito”³⁸.

Ao tentar praticar o bem se perde a clínica e cria-se um preconceito padronizador, no qual o ideal de bem é normatizador e não permite a diferença. A realidade é precária, e tentar fazer o bem é acreditar na precariedade da realidade como sinônimo de verdade, é abrir espaço para o excesso e impedir a manifestação do sujeito em sua singularidade. O princípio do prazer enquanto desvinculado do bem é justamente o freio do excesso, e como não há

³⁷ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro VII: A ética da psicanálise* (1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1988. p. 314.

³⁸ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). Op. cit., p. 172.

universal no prazer é somente a partir dele que podemos permitir o “bão do sujeito” sem confundi-lo com o Bem normatizador.

Ainda sobre os bens Lacan nos aponta: “A moral do poder, do serviço dos bens é: quanto aos desejos, vocês podem ficar esperando sentados”³⁹. É preciso pensar então nesta ética que se prega na reforma, na qual se tenta a obtenção da reinserção social através da possibilidade de obtenção dos bens, sendo a cidadania tomada como um bem. Se a cidadania é tomada como um bem ela justamente não permite a cidadania, pois apaga o desejo dos sujeitos e os submete a uma normatização opressora que não permite o direito de ir e vir, não permite a tomada de responsabilidade do sujeito diante de sua própria estrutura. Mas, se por outra via, pensarmos a cidadania como uma possibilidade de “agir conforme o desejo”, a possibilidade do significante cidadão surgir na vida deste sujeito existe e caberá a ele usufruir a sua maneira deste significante ou não.

Pensar em uma instituição que tenha como prioridade levar o sujeito à aquisição de bens, é acreditar que o Bem é o *bão*, e não respeitar a posição subjetiva do paciente. Ao deixar o sujeito encontrar o que é seu *bão* é que podemos ter uma direção para o tratamento. Este tipo de intervenção só se sustenta quando se entra em jogo o desejo do analista e onde é possível que o discurso psicanalítico seja inserido. Segundo Lacan:

O que o analista tem a dar. Contrariamente ao parceiro do amor, é o que a mais linda noiva do mundo não pode ultrapassar, ou seja, o que ele tem. E o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o analisado, com a diferença de que é um desejo prevenido... o analista não pode desejar o impossível⁴⁰.

A Ética do Bem está na contramão do desejo do analista, pois esta foraclui o sujeito em busca de uma cura protética e reparadora, induz a uma resposta paranóica as questões da reforma, na ilusão de poder dar conta do real. Este seria o engodo no qual o analista não poderia cair, quando Lacan nos aponta que ele não pode desejar o impossível, pois se assim fizesse estaria negando sua própria castração.

1.7 O desejo do analista: a transferência é seu lugar prático

O analista, como aquele que deve sustentar a castração, como $-\phi$, possui um desejo que se desvia de ser fálico, não carregado pelos seus ideais e fantasias. Para Lacan: “O desejo do psicanalista é a sua enunciação, a qual só pode operar se caso venha ali na posição do x: desse mesmo x cuja solução entrega ao psicanalisante seu ser e cujo o valor tem a notação

³⁹ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro VII: A ética da psicanálise* (1960). op. cit., p. 378.

⁴⁰ Idem. *Ibidem*. p. 360.

(-φ)”⁴¹. Ao se desviar da “falicidade” de “ser um bem para o sujeito” é que ele realmente pode causar efeitos que funcionem como um bem para o sujeito e assim para a Reforma.

A posição do analista é o inverso da idealização, “a distância entre o ideal e o a minúsculo não poderia ser maior. Podemos então dizer que o desejo do psicanalista consiste em acentuar essa diferença em lugar de reduzir a tensão entre o ideal e o objeto do desejo”⁴².

É curioso que somente por poder estar desvinculado de um ideal que o analista poderá responder ao que o paciente deseja de forma que esteja realmente na direção de sua cura e não em direção a um bem socialmente valorizado.

A clínica da psicose nos traz isso de forma clara, os pacientes psicóticos exigem a psicanálise *stricto sensu*, ou seja, qualquer abordagem ou intervenção na contramão de seu desejo acaba por ser desastrosa.

Na experiência no CAPSi Pequeno Hans uma passagem mostra muito bem que o sujeito rechaça toda tentativa de cura e de tentativa de fazer-lhe algum bem.

A. é um paciente muito grave do CAPSi, há muito tempo possui um horário de permanência especial, devido à sua extrema dificuldade de ficar com outros pacientes. Em meu primeiro dia de trabalho conheço-o. A. se dirige a mim, assim como faz a todas as pessoas que ele vê pela primeira vez e pergunta: “Qual é o seu nome? Qual o nome de sua esposa? A resposta a esta pergunta parece lhe garantir um certo apaziguamento e permitir que o espaço possa ser compartilhado.

A. está sempre muito atento a tudo à sua volta, e neste mesmo dia se esconde atrás de uma divisória do CAPSi e diz a um técnico que ele estava apaixonado por mim. Desde então, a convivência com A. tem se tornado possível, pois ele não rechaça a minha presença em sua permanência.

Certo dia A., olhando para o interruptor de energia elétrica, “parece” muito incomodado e perseguido, pois não conseguia tirar o olhar de lá. Pergunto a ele o que ele estava vendo, diz que lá estava cheio de “carinhas e bichos”, eu logo coloco a mão tapando o interruptor, ele me diz: “não é assim que se faz”, eu então lhe pergunto como seria, ele me mostra que a mão deveria ficar em outra posição, faço então da maneira que ele me pede, no que surge sua surpreendente fala: “Você é muito pretensioso”. A. Sai e me deixa literalmente “falando sozinho” na sala.

⁴¹ LACAN, Jacques. *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1968). In: Outros Escritos. Op. cit., p. 257.

⁴² COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op. cit., p. 138.

O que A. me mostra que a via da tentativa de ajudá-lo, ao tentar esconder aquilo aparentemente o atormentava, é uma via a qual o sujeito rechaça. Logo o paciente nos recoloca na posição que devemos ocupar, desqualificando – ou, antes, qualificando-a de pretensiosa - qualquer tentativa de mestria diante dele.

Em uma outra passagem A. se mostra tão ansioso para vir ao tratamento no CAPSi que a convocação de sua mãe para tomar banho, ritual que ele faz antes de vir ao CAPSi, já dava-lhe indícios que ele iria ao CAPSi. Ao tomar banho fora do horário em que normalmente tomava, A. insiste muito em casa para ir ao CAPSi mesmo ainda faltando algumas horas para seu tratamento.

Sua mãe em função disso, liga para seu técnico de referência no trabalho e coloca A. para conversar com o técnico ao telefone. O técnico conversa com A. o que parece permitir um certo apaziguamento quanto a ansiedade de A.

Ao chegar ao serviço, A. não quer entrar. Acostumado a ser recebido, pelo seu técnico de referência que no momento atendia uma emergência, desta vez sou eu que vou recebê-lo para a permanência. Com alguma resistência ele acaba entrando para o trabalho.

Ao se deparar com seu técnico de referência, A. rechaça sua presença, empurrando-o logo que o avista. A. que sempre costuma se comunicar com uma seqüência de músicas pré-definidas e sempre é acompanhado por seu técnico de referência, desta vez não aceita a voz do técnico em seu trabalho.

Logo vai para um lugar longe de seu técnico e começa a cantar olhando fixamente para ele: “Deixa eu dizer que te amo...” A. neste momento diz ao técnico sua necessidade de poder dizer sozinho e com suas palavras o que queria e que qualquer tentativa de acrescentar algo para ajudá-lo ou tentar lhe fazer qualquer bem, não poderia ser aceito.

Com estes exemplos práticos, podemos ver que não há possibilidade de um outro bem reinar neste trabalho que não seja o bem do próprio sujeito. Freud já nos advertia disso, mesmo que se referisse a clínica das neuroses, mas sua asserção é pertinente para a própria psicanálise.

A justificativa para exigir essa frieza emocional no analista é que ela cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar. “Fiz-lhe os curativos e Deus o curou”⁴³.

Freud neste caminho já percebia as vias do gozo do sujeito, assim de alguma maneira, sabia que para se poder chegar ao desejo do sujeito, não se podia querer curá-lo, pois através

⁴³ FREUD, Sigmund. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912), Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

das trilhas do gozo poderia se criar um espaço para que algo do sujeito aparecesse. “Pondo mais uma vez seu desejo de acordo com o do sujeito, Freud alertava seus discípulos contra o desejo intrusivo de sarar, que não levaria em conta o desejo inconsciente do sujeito”⁴⁴.

A ilusão da vontade de curar e de fazer com que o sujeito melhore não tem nada a ver com o desejo do analista. Algo se impõe para que este desejo opere, a transferência. É pela transferência que se pode chegar a algo chamado de desejo do analista, assim a transferência é algo que pode fundar o desejo do analista, no que somente este pode fundar a própria transferência, assim como ela é concebida em psicanálise.

O que Freud nos mostra é que o desejo do analista não é, sem a transferência. Para Freud⁴⁵: “Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida pulsional, entre discernimento e passagem ao ato, se desenvolve quase exclusivamente nos fenômenos da transferência”.

O conceito de desejo do analista é determinado pela função que tem uma práxis, ele não é desvinculado do próprio trabalho de análise daquele que se propõe a analisar, não há desejo do analista fora do seu próprio trabalho de transferência em análise. Lacan nos brinda com a brilhante asserção: “Este conceito dirige o modo de tratar os paciente. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito”⁴⁶.

A direção da cura na transferência em psicanálise é, no entanto, conseqüência de um desejo. A partir desse desejo se pode perceber se o de que se trata é da transferência nos termos que Freud propôs ou se ela está em outro campo diferente da psicanálise.

Vemos aqui que algo da discussão sobre o que é ou não psicanálise não pode estar desvinculado deste conceito que comanda a práxis, ao que parece que qualquer outra discussão que não o aborde é uma discussão que não cabe envolver a psicanálise, enfim, quando não se leva em conta o desejo daquele que analisa não se trata de psicanálise.

1.8 Transferência e o desejo do analista

“A transferência é como um nó”⁴⁷, e o analista deve estar atento para desembaraçar este nó. Mas é, graças a ela e apesar dela que a psicanálise se faz possível. Para aqueles que acham que a transferência é uma facilitação logo poderemos ver onde nos metemos. A

⁴⁴ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op. cit., p. 140.

⁴⁵ FREUD, Sigmund. *A dinâmica da transferência* (1912), Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁴⁶ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p.120

⁴⁷ Idem, *Ibidem*. p.126.

transferência não é sinônimo de boa vizinhança ou cordialidade do paciente para com o analista, e embarcar em uma prática acreditando nisso é estar de antemão inviabilizando o trabalho.

Esta não consideração das dificuldades da transferência como nó podem, assim como muitos analistas postulam abrir espaço para um conceito como o de contra-transferência. O que levaria a transferência sem o “contra”, a uma situação que facilitasse o tratamento, quando ela é na verdade o “fenômeno elementar”⁴⁸ pelo qual o analista é surpreendido.

A transferência é um signo de estagnação, e pode ser até mesmo um sintoma do analista. Levá-la sob o signo da abstinência nem sempre é uma tarefa fácil, talvez seja um dos maiores empecilhos que possam levar ao fracasso da clínica em uma instituição de saúde mental. A situação de miséria e exclusão social, em que a maioria destes pacientes se encontram, pode abrir ao analista uma ilusão de ideal a ser alcançado, na qual ele possa ser o remédio para a situação. O ato heróico de salvar os oprimidos é aquilo de que o analista prevenido deve se afastar, pois ele é o maior signo da estagnação do paciente.

Para Cottet, na transferência: “O analista passa a ser o sintoma a analisar, novo corpo estranho que o eu tenta assimilar. Deverá prestar-se a essa antropofagia? Seu desejo pelo contrário, é a função que desaponta essa identificação em benefício da diferença absoluta: o objeto a antinômico do eu”⁴⁹.

A transferência em primeira instância é acima de tudo resistência. Podemos até pensar na radicalidade dela, dizendo que quando um paciente nos agride ou aceita cordialmente nossas falas, ambas as respostas podem ser signo de uma resistência. A resposta cordial, portanto, não nos dá indício nenhum de estarmos conseguindo atingir o desejo do paciente.

Lacan diz:

O que Freud nos indica, desde o primeiro tempo, é que a transferência é essencialmente resistente, *Übertragungswiderstand*. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário seu fechamento⁵⁰”.

Conceituar algo como contra-transferência é colocar o analista identificado a um ideal. Isso nos parece pertinente também, ao aplicarmos a impossibilidade da psicanálise em uma instituição de saúde mental. Este tipo de asserção antecipada, coloca desta vez a psicanálise

⁴⁸ FREUD, Sigmund. *A dinâmica da transferência* (1912), Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁴⁹ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op.cit., p. 136.

⁵⁰ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p.125.

como um ideal. Cria-se um novo conceito de contra transferência disfarçado de um rigor ético psicanalítico, que repete a rigidez da necessidade de um *setting* pré-definido. A contra transferência desta vez, é com a própria psicanálise, na qual o que está em jogo agora é uma posição ética do psicanalista.

A transferência é para Lacan:

um fenômeno que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista. Dividi-lo em termo de transferência e contra-transferência, seja qual for a audácia, a desenvoltura das proposições que nos permitamos sobre esse tema, nunca passa de uma forma de eludir de que se trata⁵¹.

“Eludir do que se trata”, é isso que Lacan nos coloca quando não levamos em conta que o que opera e faz existir a psicanálise no mundo é o próprio analista. A transferência é algo totalmente diferente da contra-transferência, pois a contra-transferência seria colocar em jogo o eu do analista como aquele que poderia, na posição de mestre, indicar os conflitos do sujeito, assim como era Freud o hipnotizador. As históricas ensinaram Freud o que é a transferência, no que ele se vê convocado a dizer disso em seus artigos, abrindo mão definitivamente da posição de mestre absoluto.

O engano se dá quando o analista e a pessoa do analista se confundem, no que surge uma ilusão de uma relação intersubjetiva, na qual o analista pudesse utilizar seus próprios sentimentos – no que sente-mente – como um via de comunicação direta entre inconscientes. Lacan nos alerta: “É bem certo que, uma coisa é a transferência, outra coisa o fim terapêutico⁵²”.

O que faz com que esta “resistência” ao tratamento caia é na verdade algo totalmente diferente da possibilidade do paciente se identificar a um ideal, é onde o desejo do analista efetivamente entra em questão. Aqui podemos ver que a resistência é do analista, o que resiste é o analista diante daquilo que emerge na situação analítica sempre como algo embaraçoso e difícil. Lacan nos indica: “A resistência do paciente é sempre a de vocês, e quando uma resistência é bem-sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço, porque vocês estão compreendendo”⁵³.

Assim para que a transferência opere e para que a psicanálise também opere, devemos estar atentos a toda tentativa de idealização da psicanálise e do analista. Devemos estar atentos à nossa vontade de curar e de ajudar, coisas que a todo momento estamos tentados a fazer, mesmo com vários anos de análise.

⁵¹ Idem. Ibidem. p. 210.

⁵² Idem. Ibidem. p.138.

⁵³ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p.60.

O desejo do analista enquanto desvinculado do desejo do sujeito que exerce a função de analista, faz com que sua posição venha a ocupar o lugar da diferença absoluta, que não é em nenhum momento de indiferença absoluta. O lugar do analista não pode estar referenciado a um ideal, porque não há para Lacan a possibilidade de uma elucidação exaustiva do inconsciente, que o tornaria um “mestre do inconsciente”. “A outra face da transferência que não a defesa como dizem é o desejo do analista”⁵⁴.

Assim um manejo que permita a expressão do sujeito parece um manejo que convoca a dificuldade, mas é o único que permite a expressão deste. Segundo Elia: “convenhamos que um método que só funciona ao reproduzir um quadro mórbido no tratamento merece o prêmio Nobel de complicação”⁵⁵. A seguir apresentaremos outra fragmento de caso para mostrar que não há psicanálise sem estar disposto a vivê-la “na pele”.

1.9 A transferência na pele do analista

M. tem 8 anos de idade e chega ao CAPSi com o diagnóstico de autismo. A mãe reclama das constantes crises de agressividade de M., ela se bate, se morde se joga no chão. Segundo a mãe estas crises acontecem quando ela é contrariada ou “do nada”, o que desfaz um pouco qualquer tentativa de significar suas crises. As palavras do pai sobre as crises são: “Do nada para a gente, pois para ela deve ter algum sentido que não sabemos”.

A mãe diz que M. assim que começa a fazer o tratamento no CAPSi, também retorna a fazer cocô nas calças e xixi na roupa, coisa que não fazia desde seus 2 anos. Diz que M. quando vai tomar banho faz cocô e joga-o no box todo. A mãe se mostra com muitas dificuldades e diz não mais saber o que faz.

M., no entanto, no CAPSi nunca havia apresentado nenhum dos dois comportamentos descritos pela mãe, apenas demonstrava ficar muito chateada quando não podia entrar na piscina, às vezes se batia um pouco, mas ao ser abordada com palavras do tipo: “a piscina não está proibida somente para você, mas para todos, porque está suja”, ou “a piscina não está proibida para sempre, no próximo dia você terá acesso a ela”, ela ainda se mostrava chateada, mas parava de se bater.

Certo dia, M. havia criado uma brincadeira de jogar objetos para mim de dentro da água para que eu os devolvesse na água, no que eu nomeava com as palavras: dentro e fora.

⁵⁴ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p.150.

⁵⁵ ELIA, Luciano. *O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar*. Inédito.

Logo após o banho de piscina, M. sai espontaneamente da água e “do nada”, começa a se bater, se morde, bate com a cabeça e se joga no chão. Tenho que contê-la fisicamente para que ela não se machuque. Levo-a para a sala e coloco-a no sofá, ela continua a se bater, quando a seguro ela passa a me bater, me arranhar e a todos os técnicos que se aproximam. Pela primeira vez M. faz no CAPSi o que a mãe descrevia que acontecia em casa, a cena era horrível, pois ela se batia com muita força e mordida-se a ponto de que se não interviéssemos ela arrancaria pedaços de seu braço.

Aquela cena forte em um primeiro momento, podia me parecer uma piora de M. no tratamento e aquilo podia me indicar que eu havia perdido as rédeas do tratamento, pois M. mesmo quando chateada, pela impossibilidade de entrar na piscina, aceitava “bem” a situação, e não fazia no CAPSi o que a mãe dizia quando algo não lhe era permitido.

Justamente naquele dia em que ela teve acesso a piscina sem problemas, pôde por grande parte do tempo usá-la sozinha e fazer uma brincadeira comigo, aparece a sua crise. A cena se repete no dia seguinte. Passo então a questionar se aquilo seria mesmo indicio de uma piora.

Logo, então vejo, que aquilo que poderia representar uma piora para qualquer tipo de tratamento que visasse o bem da criança, era na verdade a convocação do analista para entrar em campo, os demônios finalmente apareceram e não cabia que eu os mandassem de volta para o inferno, era preciso “uma conversa”.

Digo então a ela que era importante e necessário que ela também pudesse trazer suas dificuldades para o CAPSi e que aquilo demonstrava que seria necessário que aumentássemos suas vindas no CAPSi, para que se possível pudéssemos fazer outra coisa com aquilo que a chateava e a atormentava.

M. então a partir deste momento, passa a ter mais um dia de atendimento no CAPSi. Logo insere outra brincadeira nos dias que não é possível estar na piscina, brinca de me jogar objetos, e eu digo a ela que era possível jogar outras coisas para que o outro pegasse além de seu cocô, ela sorri e sai correndo olhando para mim me indicando que eu brincasse de pegá-la. Segundo a mãe esta é única brincadeira que ela aceita com o outro, não se aproxima para nenhum outro tipo de brincadeira que não seja essa.

Assim o que aparentemente poderia ser tratado como uma piora no quadro de M., pois agora ela não só tinha “crises” em casa, mas também em seu local de tratamento, aponta para uma possibilidade de abertura para seu tratamento, permite a entrada de M. em um trabalho analítico no CAPSi.

M. continua no tratamento, e a entrada de novas brincadeiras e objetos neste seu circuito, se por um lado não indica uma piora, também não indica uma melhora pois suas dificuldades continuam em casa, mas é inegável que há um ato de deslocamento, algo novo aparece e é possível para M. na sua permanência no CAPSi.

1.10 Desejo como remédio para a angústia

Esta é uma forma de convocar os demônios e não rechaçá-los de volta. Mas isto não se dá sem dificuldades, não se dá por uma purificação analítica, ou por um ato heróico. O desejo neste momento funciona como o único remédio para a angústia. Lacan cirurgicamente afere: “... a angústia de vocês não deve entrar em jogo. A análise deve ser asséptica no que concerne a angústia de vocês”⁵⁶.

Foi preciso neste momento de uma certa abstinência de qualquer posicionamento que visasse cuidar, sanar, ou ajudar M. a não se bater, no sentido de tentar fazer um bem a ela. Isso não se dá sem esforço e sem uma abstinência do desejo subjetivo da pessoa que trata, só se dá quando o que está em jogo é a transferência.

A repetição do que ocorre em sua casa em sua análise abre espaço para que a palavra incida sobre seu gozo e que possa de algum modo fazer furo nele, delimitando um espaço onde a palavra possa incidir sobre o corpo. Para o analista “convém sempre ter ao alcance um pequeno desejo bem provido, para não estar exposto a colocar em jogo na análise um quantum de angústia que não seria oportuno nem bem vindo”⁵⁷.

O espaço de entrada da palavra é a única via que concerne ao analista, a única arma que ele tem na direção da cura. A posição do analista diante das questões da clínica lhe permite somente que seu desejo esteja em jogo, mais nada pode estar no seu horizonte. Os ideais do analista e da reforma devem estar em um plano conseqüente de sua atuação amoral. Este posicionamento faz com que o analista tenha que sentir na pele os efeitos da transferência, para que algo do tratamento possa surtir efeitos não idealizados em séculos de tentativas de tratamento da loucura. Nas sábias palavras de Roterdã: “Como poderiam estes sábios sustentar o ferro e o fogo da guerra, se morressem de medo toda vez que não se trata de combater apenas com a língua⁵⁸”? Enfim, a única arma que temos é o significante.

⁵⁶ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 8: A transferência* (1961). op. cit., p. 354.

⁵⁷ Idem. *Ibidem*. p. 358.

⁵⁸ ROTERDÃ, Erasmo de. *Elogio a loucura*. Versão Eletrônica Ebook. 2002.

O que ocorre no tratamento, e na transferência, é o aparecimento do analista como algo que pode se inserir na repetição, algo que possa de alguma forma fazer barreira à invasão do Outro avassalador nas psicoses. A repetição de M. no tratamento não é uma mera repetição mas uma repetição que insere o analista nas suas “séries psíquicas”. Freud nos diz: “o analista será incluso em uma das séries psíquicas do paciente no seu modo de amar”⁵⁹.

Ao estar inserido nas séries psíquicas do paciente o analista faz acontecer a psicanálise e a experiência do inconsciente. O que faz Lacan poder dizer que os “psicanalistas fazem parte do conceito de inconsciente”⁶⁰. O analista enquanto aquele que faz com que a experiência psicanalítica aconteça passa então a integrar o conceito de inconsciente por justamente sustentar sua manifestação e apostar nela como via do aparecimento do sujeito. Há um endereçamento do sujeito, e o destinatário é o analista.

No caso de M. esta presença não poderia idealizar uma cura, o que permite um espaço para a transferência e a emergência do sujeito do inconsciente. O inconsciente emerge desta falta provocada pelo analista que permite ao sujeito se expressar e vir a tona. O analista é causa da psicanálise ao mesmo tempo em que é um efeito dela.

O espaço analítico, entretanto, só se abre com uma condição: a de que o analista, como sujeito, ocupe o lugar do Outro. Nada indica que seu gozo possa tirar proveito desse lugar, pois tem que desaparecer como ego. Para além do narcisismo, portanto, e ao contrário de qualquer posição de mestria, o desejo do psicanalista é uma função que opera, e não uma modalidade da pulsão⁶¹.

No conceito de transferência em Freud além da resistência, aparece o conceito de repetição. A crise de M. que acontece em casa, e é falada pela mãe, só é atualizada no CAPSi porque algo da transferência já pode estar situado ali.

O sujeito como não pode “rememorar” repete, e cabe ao analista operar ali, fazer com que a palavra entre no ato, tendo um efeito de construção que na verdade tenta desconstruir a própria repetição na qual o sujeito se vê atravessado e dirigido pelo gozo do Outro. Algo resiste a significação, aparece como um bloco de sentido, ou algo sem sentido algum, o que leva ao mesmo, a palavra do analista deve vir no sentido de fragmentar esta solidez.

É por isso que, por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente. (...) É o desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do analista⁶².

⁵⁹ FREUD, Sigmund. *A dinâmica da transferência* (1912), Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁶⁰ LACAN, Jacques. *Posição do inconsciente* (1966). In: Escritos, op. cit., p. 848.

⁶¹ COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). op. cit., p.183

⁶² LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p. 240.

No encontro do paciente com o analista se dá transferência, e a psicose nos levará a sentir na pele o Outro que avassala e invade o sujeito. É somente por podermos sustentar um desejo é que não exorcizaremos os demônios, mas sentaremos a mesa com eles e pediremos que ele fale conosco.

Na pista de Lacan quando ele diz que um “desejo não se nomeia”⁶³, apenas o cerco, tento então dizer um pouco desta posição do analista. Assim, não se pode dizer o que é o desejo do analista, por simplesmente ser uma postura que remete ao que é único de cada analista, mas ao mesmo tempo se generaliza quando este desejo faz com a psicanálise exista, se faça presente, seja na clínica da neurose ou da psicose, em uma instituição ou em consultório particular.

Muita coisa foi “dita” e com certeza a maioria deixou de ser dita, nesta difícil tentativa de poder dizer um pouco daquilo que permite que um trabalho com a transferência possa buscar o sujeito, e que aí haja e se faça psicanálise.

É por este viés que antes de dizer das imensas dificuldades do trabalho com a transferência nas psicoses, e finalmente com o sujeito psicótico que se tornou necessário dizer da posição do analista, pois não há manejo da transferência que permita a expressão do sujeito, se aquele que maneja não estiver atravessado por esse desejo.

É disso que se trata em psicanálise, sabendo que neste percurso ainda restará uma pergunta que poderá ser o sêmen de um trabalho posterior: qual será a especificidade deste desejo na clínica das psicoses? Mas sustento até então que tudo que foi dito a respeito da presença do analista e de seu desejo se aplica a psicanálise independente da estrutura clínica que se trate. Não recuar diante da psicose é o que Lacan nos indica, e não recuar diante da psicanálise é o que o tratamento das psicoses nos convoca a partir do desejo do analista, nas instituições públicas de saúde mental.

⁶³ Idem. *ibidem*. p. 240.

2 A ESTRUTURA DE UM TRATAMENTO POSSÍVEL

2.1 Uma questão preliminar: uma digressão necessária

Algo precisa ser dito antes que possamos dar qualquer passo em direção ao tratamento possível da psicose, uma questão preliminar – para usarmos aqui a expressão que Lacan emprega na nomenclatura mesma do seu mais importante escrito sobre o tratamento psicanalítico da psicose⁶⁴ - se impõe. Freud, como foi dito no capítulo anterior, nos apontava a direção de um desejo que presentifica a psicanálise no mundo, nomeado por Lacan de desejo do analista. Ao mesmo tempo, apontava claramente para as dificuldades do tratamento psicanalítico com as psicoses, chegando a certos momentos a afirmar a inoperância da psicanálise com tais pacientes.

Assim, se há um desejo que faz com que a psicanálise opere sobre um sujeito, que especificidade da estrutura psicótica faz com que Freud não se anime quanto a um tratamento possível para esta estrutura clínica? Uma questão preliminar deve pois ser levantada para que busquemos em Freud como ele concebia a estrutura psicótica, pois sem esta concepção não poderemos avançar.

É preciso retornar a Freud a partir da releitura que Lacan faz do próprio Freud, para então podermos seguir os passos que o próprio Lacan fez para poder afirmar que o “psicanalista não deve recuar diante da psicose”, e não apenas ficarmos repetindo como papagaios os ditos lacanianos, como se estes ditos portassem algo de religioso em que psicanalistas deveriam crer e seguir sem buscar seus fundamentos.

Nesta trilha então procuraremos o que da formulação de estrutura em Freud relida por Lacan, dificultava o tratamento psicanalítico da psicose e onde Lacan, em certo momento de sua obra, partindo de uma questão preliminar freudiana, pôde apresentar fundamentos para um tratamento possível.

Assim, torna-se inevitável pensar o conceito de estrutura aos moldes de Freud, pois através dele poderemos chegar ao que produz entraves ao tratamento psicanalítico das psicoses para depois ver as pistas que Lacan nos dá para seu tratamento possível pela psicanálise.

Ao sabermos como Freud concebe a estrutura psicótica, poderemos então ver os impasses e dificuldades da transferência na psicose e a começar a delimitar a direção de um

⁶⁴ LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1958). In: *Escritos*, op. cit.

tratamento. Assim poderemos entender os apontamentos de Freud para sua falta de empolgação para o tratamento das psicoses.

2.2 Freud era um estruturalista?

O parto de nascimento do estruturalismo é geralmente associado ao lançamento póstumo do “Curso de lingüística Geral (1916)” de Ferdinand de Saussure. Neste trabalho ele tenta provar que qualquer língua é um sistema cujos elementos se definem por relações sincrônicas e diacrônicas, de equivalência e oposição entre os demais elementos. Assim a este conjunto de “relações” dá-se o nome de estrutura.

O estruturalismo que tem como ponto de partida a lingüística torna-se uma forte corrente de pensamento filosófico nos anos 60, com grandes nomes como Roland Barthes e Jacques Derrida que concentram seus estudos estruturalistas na Literatura, com Louis Althusser na análise social, com Levi-Strauss na antropologia, com Michel Foucault na epistemologia e finalmente Jacques Lacan na psicanálise.

Logo de início um problema se apresenta: podemos dizer que Freud era um estruturalista? Dizer que Freud era um estruturalista, antes mesmo de o movimento estruturalista existir é no mínimo um anacronismo científico. Mas se pensamos em um Freud relido por Lacan, estamos sim em uma posição de poder afirmar que Freud tinha, mesmo antes do estruturalismo ser formalizado nos anos 50 e 60, uma teoria estruturalista. Não levantar esta hipótese de que Freud antecipa algo do estruturalismo é o mesmo que dizer que o inconsciente não existia antes de Freud. Recorro as palavras de Lacan “... o fato de Freud antecipar Saussure não implica que algum rumor tenha feito que tomassem consciência um e outro”⁶⁵.

O estruturalismo de Lacan no início de seu ensino é pautado na lingüística, com bases na obra de Saussure. Na concepção lingüística de estrutura, Lacan aponta que a estrutura é instituída por um corte “que é a barra colocada entre significante e significado”⁶⁶. Esta concepção de um sujeito dividido e que aparece justamente nos “erros” lingüísticos em Freud, antecipa aos olhos de Lacan de alguma maneira Saussure e assim Freud é relido por ele como um estruturalista. Saussure por outro lado, na tentativa de estudar a infra-estrutura da língua, daquilo que era comum a todos os falantes, invocava então a existência do inconsciente.

⁶⁵ LACAN, Jacques. *Radiofonia*. (1970). In: *Outros Escritos*. Op. cit., p. 400.

⁶⁶ Idem. *Ibidem*. p. 400-1.

Freud em sua descoberta do inconsciente nos aponta algo na fala que está para além da comunicação, na qual o homem não é senhor nem em sua própria casa o que faz Lacan concluir que: “Portanto, ao enunciar que Freud antecipa-se à lingüística, estou dizendo menos do que o que se impõe, e que é a formulação que agora libero: o inconsciente é a condição da lingüística”⁶⁷. Portanto, o inconsciente estruturado como uma linguagem se torna a condição da lingüística. Enquanto que a linguagem é condição do inconsciente.

Lacan com base na divisão do sujeito e tendo o inconsciente como regente dos atos e da vida humana, subverte a lógica de Saussure de uma primazia do significado sobre o significante para uma primazia do significante sobre o significado. Lacan, em seu ensino, dando primazia ao sujeito e ao significante “como aquilo que estrutura a estrutura”⁶⁸, coloca o inconsciente freudiano como peça chave de seu “estruturalismo”.

O estudo do significante se torna a proa do barco no caminho de Lacan ao retorno a Freud, e a ponte para formalizar um estruturalismo freudiano. Lacan em seu seminário 3, afirma claramente do que se tratava de abordar naquele ano: “Trata-se, com efeito, do que Freud deixou com referência às estruturas das psicoses, e é por isso que a qualificamos de *freudianas*”⁶⁹.

Vamos então à busca do conceito de estrutura freudiana vigente no ensino de Lacan para podermos definir as diferenças de uma estrutura neurótica para uma estrutura psicótica.

2.3 A estrutura em Freud

O conceito de estrutura freudiana aos moldes de Lacan é estabelecido sempre na relação de algo que é *coerente* com algo diverso que lhe é *complementar*. Nestes moldes Lacan afirma: “a noção de estrutura já é por si só uma manifestação do significante”⁷⁰. A chave de um estruturalismo freudiano-lacaniano consiste e é pautada inicialmente em dois pontos: o de coerência e o de complementaridade.

Este algo complementar que é diverso do coerente, mas que ao mesmo tempo lhe dá o complemento necessário no estruturalismo lacaniano seria então a chave da concepção de estrutura em psicanálise. Assim, neste momento, para que possamos afirmar que a neurose ou

⁶⁷ Idem. Ibidem, p. 403.

⁶⁸ Miller, J.A. *A Sutura: Elementos da lógica do significante* (1966). In: *Estruturalismo: Antologia de textos teóricos*. Martins Fontes Editora. p. 224.

⁶⁹ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 209.

⁷⁰ Idem. Ibidem. p. 210.

a psicose são estruturas aos moldes lacanianos, devemos poder detectar o que estas “estruturas” possuem em si de coerente e de diverso.

Partindo destes pressupostos temos uma concepção de estrutura marcada por uma “castração”, ou seja, pela incidência de algo que surge como diverso ao já estabelecido, ao coerente, mas que ao mesmo tempo dá a estrutura sua consistência de estrutura e a complementa, funcionando como um ordenador dela.

Temos então o ponto de partida de Lacan, no qual ele nos afirma que um significante não se sustenta sozinho, ele está em relação a outro que lhe possa permitir alguma significação. Esta é uma concepção estrutural da linguagem na qual para Lacan: “Todo verdadeiro significante é, enquanto tal, um significante que não significa nada”⁷¹. Ainda mais, nestes moldes a linguagem é em si a própria estrutura, pois se faz marcada por um corte, uma divisão entre significante e significado.

O significante se torna então a peça principal do estruturalismo laciano, que sempre necessita de algo diverso que lhe dê certa complementaridade, e este complementar não poderia ser outra coisa senão outro significante que dê ao sujeito um “efeito” de sentido. O significante, deste modo é, portanto, algo totalmente diverso de uma língua e do significado, o que lhe dá o estatuto de fonte complementar e de agenciamento estrutural em busca de uma coerência que somente chega ao sujeito através de uma possibilidade mesmo que precária e ilusória de significação.

Este sistema estrutural significante precisaria de algo para sustentá-lo e para fazer a ordenação, ou seja, de algo que lhe permitisse constituir uma cadeia na qual um significante pudesse ser substituído por outro significante e assim dar coerência ao sistema, para que este “agrupamento” não se desse de forma “louca” ou desordenada.

Este sistema estrutural necessitaria então de algum ordenador, de algo que agenciasse e desse esteio à estrutura, enfim seria um significante que estruturaria a própria estrutura. Nesta direção percebemos que o significante é algo que necessita de certa articulação e que convoca o aparecimento de novos significantes em uma constante tentativa de encontrar alguma significação, “a estrutura do significante está, como se diz comumente da linguagem, em ele ser articulado”⁷².

Esta necessidade de articulação significante implica o aparecimento de uma cadeia, esta cadeia é chamada de simbólica, pois é constituída por significantes que se articulariam fazendo metonímia e metáfora, a primeira análoga ao termo deslocamento e a segunda ao

⁷¹ Idem. Ibidem. p. 212.

⁷² LACAN, Jacques. *A Instância da letra no inconsciente* (1957). In: Escritos, op cit., p. 504.

termo condensação cunhados como modos de funcionamento do inconsciente por Freud. Para ele o processo de funcionamento primário do inconsciente se dá:

Pelo processo de deslocamento uma idéia pode ceder a outra toda a sua quota de catexia; pelo processo de condensação pode apropriar-se de toda a catexia de várias outras idéias. Propus que esses dois processos fossem considerados como marcos distintivos do assim denominado processo psíquico primário.⁷³

O inconsciente é estruturado como uma linguagem e se mostra como uma cadeia na qual existem articulações e a forma com que os elementos se articulam poderão definir qual é a posição do sujeito diante da linguagem, o que nos permitirá afirmar se temos uma estrutura neurótica, psicótica ou perversa.

2.4 O Nome-do-Pai

Vimos então que o inconsciente é uma estrutura articulada, constituída por significantes que se articulam em busca de uma significação. Devemos agora poder definir que significante seria este, diverso e ao mesmo tempo complementar que daria consistência à cadeia simbólica no inconsciente. Lacan denomina este significante ordenador da cadeia simbólica de significante do Nome-do-Pai.

O significante do Nome-do-Pai surge como o agenciador do funcionamento da cadeia simbólica, é o significante diverso que permite a complementaridade estrutural e dá ao simbólico uma certa consistência em direção a uma possível significação, “ele é o significante que significa que, no interior desse significante, o significante existe”⁷⁴.

O que Lacan aponta neste momento é a possibilidade da constituição de uma realidade para o sujeito através de algo que amarre o constante deslizamento significante em busca de alguma significação, e a esta realidade Lacan dá o nome de fantasia. Mas sabemos desde Freud que a fantasia é tida como um recurso neurótico, uma “amarração” neurótica diante da castração, um ilusório recurso de significação diante do insuportável vazio próprio do significante.

Freud em 1924 constrói o artigo Perda da realidade na neurose e na psicose, cujo título já nos dá uma impressão de que o pensamento de uma perda da realidade que antes supunha-se apenas aos psicóticos agora também faz parte do mundo dos neuróticos, sendo o recurso da fantasia aquele ao qual o mundo do neurótico pode ter alguma consistência de realidade.

⁷³ FREUD, Sigmund. *O inconsciente* (1915), Vol. XIV. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁷⁴ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro V: As formações do inconsciente* (1958). op. cit., p. 153.

Aquilo a que se chega brilhantemente neste artigo é que há sempre fracasso do *recalque*, quer seja na psicose ou na neurose. O que nos faz pensar numa estrutura do inconsciente marcada por uma falha de significação, que necessita sempre de um complemento que lhe dê alguma coerência. A estrutura inconsciente concebida desta maneira é então uma estrutura feita de significantes, que como já sabemos por si sós não significam nada, o que levou Freud a ver que a perda de realidade se dava tanto na neurose quanto na psicose.

Freud, ao dividir o processo de neurose e psicose em duas etapas, afirma que na segunda etapa deste processo ambas servem “ao desejo de poder do ID”⁷⁵, que não se deixa ditar pela realidade. Assim na neurose a realidade insuportável é evitada: “a neurose não repudia a realidade apenas a ignora”⁷⁶, e isso somente acontece porque o neurótico pode lançar mão de um significante ordenador chamado de significante do Nome-do-Pai.

Lacan formaliza o Nome-do-Pai como o agenciador da fantasia na neurose, e não só isso, ele é o agenciador da cadeia significante no inconsciente. A estrutura neurótica fica então definida por uma operação chamada de *Verdrängung*, recalque, que é atualizado pela incidência do significante do Nome-do-Pai na estrutura, levando o sujeito ao recurso da fantasia.

O Nome-do-Pai vem então a funcionar como o que presentifica o significante como algo sempre passível de significação, permitindo a criação de metáforas que ratifiquem a mensagem vinda do inconsciente (Outro). È na dimensão da metáfora que se realiza a invocação feita ao Nome-do-Pai. O que faz com que Lacan nos diga que metáfora paterna presente na neurose.

2.5 As Metáforas

Na neurose temos o aparecimento de uma metáfora que de alguma maneira permite ao sujeito certo apaziguamento e define a fantasia como um recurso neurótico. Lacan define a metáfora como “um significante que surge no lugar de outro significante”⁷⁷, enquanto a metonímia é um processo no qual um significante convoca outro significante para sua própria validação em um eterno deslizamento, nas palavras de Lacan: “Ela concerne à substituição de alguma coisa que se trata de nomear – estamos, com efeito, ao nível do nome. Nomeia-se uma

⁷⁵ FREUD, Sigmund. *Perda da realidade na neurose e na psicose* (1924) Vol. XIX. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁷⁶ Idem. *Ibidem*.

⁷⁷ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1958). op. cit., p. 180.

coisa por outra que é seu continente, ou a parte, ou que está em conexão com”⁷⁸. O que temos então, como já foi dito anteriormente, são os mecanismos de funcionamento do inconsciente: a condensação e o deslocamento. Agora podemos notar que uma metáfora surge para fazer barreira ao constante deslizamento significante e dar coerência a uma estrutura que, se fosse marcada apenas pela metonímia, nenhum fragmento de realidade seria possível para o sujeito, “... na cadeia significante o sentido insiste, mas que nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação de que ele é capaz neste momento”⁷⁹.

A metáfora surge como sintoma e como uma barra no gozo mortífero de uma eterna falta de significação simbólica. Um fragmento de realidade aparece quando desta articulação significante pode surgir uma metáfora, algo que condense e cesse por um instante o deslocamento significante, dando ao sujeito um efeito de sentido. Lacan justifica uma exigência de coerência estrutural apontando a necessidade da estrutura possuir um complemento que lhe traga alguma significação: “O Outro quer isso, e ele quer sobretudo que se saiba disso, ele quer significar”⁸⁰.

O significante enquanto tal, não significando nada, somente desliza e precisa que neste encadeamento algo faça metáfora, e é por justamente existir este complemento que permita alguma condensação é que a cadeia continua a se desenrolar metonimicamente.

A centelha criadora da metáfora não brota da presentificação de duas imagens, isto é, de dois significantes igualmente atualizados. Ela brota entre dois significantes dos quais um substitui o outro, assumindo seu lugar na cadeia significante, enquanto o significante oculto permanece em sua conexão (metonímica) com o resto da cadeia⁸¹.

O Nome-do-Pai na neurose, diante do infinito deslizamento metonímico da cadeia significante, permite a criação de uma metáfora, chamada de “metáfora paterna”, dando ao sujeito um efeito de significação e de que a linguagem tem algo possível de comunicação.

Continuemos então a partir do seminário 3: “a psicose... se situa ao nível das relações do sujeito com o significante”⁸². Temos com esta afirmação que a psicose então faz parte do que é coerente mas falta-lhe o que é o complementar, o sujeito psicótico está na linguagem mas na sua relação com significante há um certo *déficit* organizador. O déficit neste momento é o que nos permite fazer uma diferenciação e organizar a psicose como uma estrutura, a psicose neste instante aparece como uma estrutura em que falta um elemento. A psicose é sim

⁷⁸ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 251.

⁷⁹ LACAN, Jacques. *A Instância da letra no inconsciente* (1957). In: *Escritos*, op. cit., p. 506.

⁸⁰ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 221.

⁸¹ LACAN, Jacques. *A Instância da letra no inconsciente* (1957). In: *Escritos*, op. cit., p. 510.

⁸² LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 227.

uma grafia, uma escrita de um corpo e da pulsão que deve ser lida de forma diferente da neurose, “a psicose consiste num buraco, uma falta ao nível do significante⁸³”.

O que acontece na psicose é que neste momento no qual um significante convoca outro para tentativa de significação – já que esta também não é suficiente na neurose apesar desta estrutura possuir um ordenador que faça com que a cadeia continue deslizando – esta não é conseguida de maneira alguma, o que torna vã a tentativa de significar. O sujeito, na busca de uma coerência, de um outro significante que sustente a cadeia estrutural, depara-se com a perplexidade diante da cristalização deste significante inicial. “Trata-se no fundo da psicose, de um impasse, de uma perplexidade concernente ao significante”⁸⁴. Enquanto o neurótico lança mão neste momento do significante ordenador que é o Nome-do-Pai, funcionando como uma metáfora, o psicótico se mantém na perplexidade diante do “buraco” que se abre no nível do significante, onde o significante do Nome-do-Pai não incide sobre o sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante⁸⁵.

A metáfora na psicose é feita de forma diferente do que na neurose, pois ela não se dá por uma incidência substitutiva que opere sobre o encadeamento metonímico como na neurose, mas de forma cristalizante, estagnante causando uma petrificação em um sentido único ou na total falta dele. Freud nos explica o processo que acontece na esquizofrenia:

Na esquizofrenia as palavras estão sujeitas a um processo igual ao que interpreta as imagens oníricas dos pensamentos oníricos latentes — que chamamos de processo psíquico primário. Passam por uma condensação, e por meio de deslocamento transferem integralmente suas catexias de umas para as outras. O processo pode ir tão longe, que uma única palavra, se for especialmente adequada devido a suas numerosas conexões, assume a representação de todo um encadeamento de pensamento⁸⁶.

O que Freud nos traz para o importante estudo desta estrutura é que, ao contrário da neurose, na qual um encadeamento de pensamento é formado justamente pela conexão destas palavras, sendo que é na intersecção destas palavras que algo do sentido pode vir a aparecer, na psicose o sentido aparece cristalizado em um significante que tenta fazer conexões que por si só representa toda esta conexão, ou seja, os significantes não fazem uma cadeia simbólica,

⁸³ Idem, *ibidem*. p. 229.

⁸⁴ Idem. *Ibidem*. p. 221.

⁸⁵ LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959), op. cit., p. 584.

⁸⁶ FREUD, Sigmund. *O inconsciente* (1915), Vol. XIV. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

este significante cristalizado em si mesmo apenas reafirma sua onipotência diante dos outros que vierem a surgir.

Esta cristalização do significante faz-me lembrar de uma passagem cômica do atendimento com muitos no CAPSi. Uma paciente esquizofrênica pede-me que eu lhe busque um copo de água, vou até a cozinha e preparo a água misturando água gelada e natural, acostumado a usar o significante “ver” para que o outro aprove ou não o que fora feito, pergunto a ela: “Veja se a água está boa?”, ela olha para dentro do copo, e diz: “Tá sim, obrigada” e sai com o copo de água na mão. Este exemplo cômico e até certo ponto inocente nos mostra que ver para a paciente não poderia ser a mesma coisa do que beber, ou experimentar a água, o significante “ver” é cristalizado e marcado como olhar para alguma coisa para esta paciente. No entanto esta fixidez não garante ao psicótico uma significação, justamente pela própria estrutura de funcionamento do significante que só terá efeitos de sentido na sua conexão com outros.

A busca de significação torna-se o motivo da perplexidade significante do psicótico porque o Outro quer significar onde não há recursos para tal significação. Ele se depara com uma perplexidade que lhe dá um sentido total e cristalizado ao significante ou uma total ausência de possibilidade de sentido.

Essas duas formas, a mais plena e a mais vazia, param a significação, é uma espécie de chumbo na malha, na rede do discurso do sujeito. Característica estrutural a que, já na abordagem clínica, reconhecemos a assinatura do delírio⁸⁷.

O recurso simbólico de uma tentativa de amarração a uma realidade se mostra extremamente precário para o psicótico, restando-lhe as amarras da produção de um delírio, o que Lacan denomina de metáfora delirante.

Assim, o neurótico fantasia, esta é sua realidade, enquanto o psicótico cria sua nova realidade que pode ser alcançada pelo delírio. O que temos então é a importância da metáfora como algo que permite aos sujeitos algum efeito de sentido, seja ela paterna ou delirante.

Na psicanálise trabalhamos uma concepção de estrutura inconsciente marcada pela primazia do significante enquanto algo que não significa nada e que estará sempre remetido a uma busca de significação. Na psicanálise o diagnóstico é marcado, não pelos fenômenos apresentados pelos sujeitos, mas na relação do sujeito com a linguagem, no encadeamento significante e nos recursos que o sujeito lançará mão na busca de uma significação. Para Lacan:

⁸⁷ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 44.

se o sintoma pode ser lido, é porque ele mesmo já está inscrito num processo de escrita. Enquanto formação particular do inconsciente, não é uma significação, mas sim sua relação com uma estrutura significante que o determina⁸⁸.

O que nos permite já desde o Seminário 3 ler a psicose em termos de estrutura é saber que é do significante que se trata, assim é dele que também se trata na psicose e não do significado ou do sentido.

Assim podemos ter o certo esquema:

A fantasia, agenciada por um significante ordenador da cadeia (Nome-do-Pai), fazendo assim uma metáfora paterna nos indica:	Uma estrutura neurótica
O delírio, na falta de tal significante ordenador da cadeia, fazendo assim uma metáfora delirante nos indica:	Uma estrutura psicótica

A fantasia surge como recurso agenciado pelo significante do Nome-do-Pai na neurose e o delírio surge na psicose agenciado justamente pela forclusão deste significante. O que temos no delírio é o efeito da forclusão de um significante, assim o delírio aos moldes como concebemos a estrutura lacaniana até agora nos dá indícios da existência de uma estrutura psicótica, assim como a fantasia nos dá indícios de uma estrutura neurótica, no entanto, na neurose temos o significante que estrutura a estrutura, o complementar necessário, que é o Nome-do-Pai, enquanto na psicose não se pode afirmar o que há, somente sabemos o que não há.

Com Lacan chegamos finalmente até a questão preliminar:

É num acidente desse registro (simbólico) e do que nele se realiza, a saber a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose⁸⁹.

2.6 A psicose é uma estrutura freudiana

No caminho de uma concepção freudiana de estrutura, podemos ver como o próprio Freud concebe suas estruturas clínicas, segundo ele:

Se atiramos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem

⁸⁸ LACAN, Jacques. *A psicanálise e seu ensino*. In: Escritos. op. cit., p. 445-446.

⁸⁹ LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959), In: Escritos, op. cit., p. 582.

invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo⁹⁰.

A partir de um Freud relido por Lacan, podemos ver a estrutura “lingueira” do inconsciente freudiano e podemos definir a função do significante como primordial assim como o papel da metáfora e da metonímia neste funcionamento.

Podemos perceber de que estrutura Lacan nos fala a partir de Freud, pois ele consegue de alguma maneira formalizar a psicose como uma estrutura, pois também na psicose é do significante *de* que se trata e não de qualquer outra coisa. Segundo Lacan: “ao se reconhecer o drama da loucura, põe-se a razão em pauta, sua *res agitur*, porque é na relação do homem com o significante que se situa este drama”⁹¹.

Na tentativa de concluir através destes elementos considerados até este momento e afirmar que a psicose é uma estrutura freudiana vemos que é o estatuto do significante que está em causa. O significante enquanto tal é algo que não suporta “sofrer de solidão” ele sempre convoca outro, ele necessita estruturalmente desta convocação em busca de uma coerência, na busca da “significância mesma do significante”⁹².

A falta de encadeamento significante na psicose leva necessariamente a termos que repensar e a reconsiderar o conjunto significante e afastá-lo de qualquer aproximação com algo análogo ao que acontece na neurose, ou seja, há um mecanismo operante diferente na psicose que a faz diferente da neurose.

Como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do começo ao fim, se deve a uma certa relação com essa linguagem (...) que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído, seu furor, bem como com sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem o psicótico é habitado, possuído pela linguagem⁹³.

Na estrutura da psicose surge então o impasse de se saber o que ocorre, já que o “algo complementar”, exigível para podermos denominá-la de uma estrutura, não pode ser o significante Nome-do-Pai, sendo este por excelência o complementar na estrutura neurótica. A psicanálise ao moldes de Freud era portanto uma teoria essencialmente voltada para o tratamento das neuroses.

Lacan encontra em Freud no trabalho sobre o *Homem do Lobos*, o mecanismo da *Verwerfung* (rejeição) que é o nome freudiano, originário, portanto, do mecanismo que

⁹⁰ FREUD, Sigmund. *A dissecação da personalidade psíquica*, Vol. XXII, Conf. XXXI: Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise (1933). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁹¹ LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959), In: Escritos, op. cit., p. 581.

⁹² LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 231.

⁹³ Idem, *ibidem*. p. 284.

justamente Lacan denominará de foraclusão do significante que daria ordenação a à tal cadeia que então se constituiria como neurótica, ou seja, a *Verwerfung* é a foraclusão do significante do Nome-do-Pai. Freud nos traz: “uma rejeição é algo diferente de um recalque”⁹⁴.

Lacan a partir do Seminário 3 coloca a *Verwerfung* (*rejeição*) como o mecanismo da psicose, permitindo-nos pensar nela como uma estrutura, marcando qual era o seu mecanismo.

A psicose se situa na falta de um ordenador “visível” como na neurose, fazendo que o sujeito psicótico tenha esta relação particular com o significante, nas palavras de Lacan: “Eis a chave fundamental do problema da entrada na psicose, a sucessão de etapas e de sua significação”⁹⁵.

No diagnóstico diferencial o que temos que perceber é a relação que o sujeito tem com o significante na cadeia metonímica, como estes significantes se articulam e principalmente a que estes significantes estão remetidos na tentativa de alguma amarração metafórica.

Schreber naquilo que Lacan denominou de sua metáfora delirante, e que ele nos revela no seu belíssimo livro, nos dá todas as indicações e nos direciona para a resolução do enigma da estrutura psicótica, quando ele encontra a saída de toda sua confusão alucinatória com o complemento “ser a mulher de Deus”.

Schreber nos mostra a construção, mesmo que precária, de uma metáfora, de algo que condensa toda a sua confusão de significantes que lhe aparecem em profusão. Lacan nos seus Escritos nos dá a chave da construção da estrutura psicótica em Schreber quando nos diz: “Sem dúvida a adivinhação do inconsciente adverte o sujeito, desde muito cedo, de que na impossibilidade de ser o falo que falta a mãe, resta-lhe a solução de ser a mulher que falta aos homens”⁹⁶.

Assim temos aqui a concepção de estrutura freudiana, marcada pela incidência ou não do recalque, e principalmente marcada pela relação do sujeito com a castração e com a linguagem, portanto para Freud o problema das estruturas não era a perda da realidade, “mas o expediente daquilo que vem substituí-la”⁹⁷.

⁹⁴ FREUD, Sigmund. *A História de uma neurose infantil* (1918). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁹⁵ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 231.

⁹⁶ LACAN, J. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959), In: Escritos, op. cit., p. 572.

⁹⁷ Idem. Ibidem, p. 549.

Uma pergunta inquietante se colocava a Freud: “Esses pacientes, paranóicos, melancólicos, sofredores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico. Qual seria a razão?”⁹⁸

Na direção de uma resposta podemos dizer que esta razão estaria na ausência do elemento complementar na estrutura freudiana, que é o Nome-do-Pai. Assim o motivo de Freud não seguir adiante no tratamento da psicose e por vezes dizer que isso não era possível se pauta justamente na concepção de estrutura que ele concebia.

O Freud que criara a psicanálise a partir das histéricas, não podia abrir mão de um elemento fundamental na estrutura como o “pai”, e ao perceber que na psicose era justamente este elemento estrutural que estava ausente ele percebe a impossibilidade do método psicanalítico diante desta estrutura. O pai como elemento fundamental na estrutura “parece-nos que foi Freud, mais uma vez, quem marcou seu lugar (...) sem esse lugar marcado, a teoria psicanalítica se reduziria àquilo que é para melhor e para pior – um delírio schreberiano”⁹⁹

Com isso podemos perceber e assim de certa maneira entender o motivo pelo qual Freud não pode ter ido além das neuroses quando se tratava de pensar a psicanálise enquanto “psicanálise aplicada”, ou seja, como forma de tratamento de pacientes. Ao ver que na psicose o elemento estrutural fundamental de toda uma teoria estava ausente Freud não pode ir além, mas mesmo assim não deixou de nos mostrar os motivos pelos quais não entrou em tal empreitada, ele não podia ir sem o “pai”.

2.7 Um desejo indestrutível, um desejo de analista e a realidade

Este estudo sobre o conceito de estrutura em Freud é necessário para que possamos conceber de que realidade se trata na psicose. Vimos que para o neurótico a realidade fica marcada pela fantasia e isso se dá pela intervenção de um significante ordenador, pela possibilidade de metaforização da cadeia simbólica, e que na psicose a realidade é reconstituída essencialmente pelo delírio.

Este estudo das estruturas freudianas então me parece necessário, justamente porque ele nos permite pensar que no tratamento em psicanálise e colocando aí também os pacientes psicóticos, não podemos nos portar como desejantes marcados por um desejo indestrutível. Mas o que viria a ser este desejo indestrutível?

⁹⁸ FREUD, Sigmund. *A Transferência Vol. XVI, Conf. XXVII: Conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1917). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

⁹⁹ LACAN, Jacques. *Engano do sujeito suposto saber*. In: *Outros Escritos*. p. 338.

Este desejo indestrutível a que Lacan se refere, e que Freud¹⁰⁰ já nos traz na última frase da *Interpretação dos Sonhos*, é um desejo marcado pela incidência da metáfora paterna na vida dos neuróticos, é um desejo que marca e define a realidade como algo passível de ser compartilhada.

A incidência do significante do Nome-do-Pai na estrutura nos traz a possibilidade de construir uma realidade “fantasiosamente” compartilhável. Se pudessemos falar de uma normalidade, o significante do Nome-do-Pai seria o significante normatizador, a centelha que nos daria a possibilidade de construir grupos e vivermos em sociedade.

A incidência do Nome-do-Pai na estrutura é também a incidência do falo como mediador da realidade, o falo como falta, que nos permitiria um deslizamento favorável à constituição de grupos, de regras normatizadoras, de ideais sociais e principalmente de culturas.

Mas onde queremos chegar ao dizermos tudo isso? Queremos justamente chegar ao que já havia sido dito no primeiro capítulo: para não recuarmos da psicose precisamos estar marcados por um outro desejo, ou seja, o desejo do analista.

O desejo do analista se justifica ainda mais depois de conhecermos o mecanismo da estrutura psicótica, como a principal via e direção de um tratamento. Pois como operar um tratamento de um sujeito psicótico tendo como marca a incidência de um significante “normatizador” que é o Nome-do-Pai, significante este que justamente lhe falta?

Sabemos da necessidade de ir além do pai no tratamento de qualquer estrutura clínica na psicanálise, mas este estudo pelos caminhos da estrutura psicótica nos aponta a necessidade da psicanálise *stricto sensu* em um tratamento com psicóticos, pois como vimos em alguns casos citados qualquer tentativa de idealização, de normatização de prover os sujeitos de “bens” neuróticos, de curá-los ou prover-lhes uma terapia que lhes restituiria a realidade que perderam, são avassaladores e causadores de impasses no tratamento. Assim é preciso destruir este desejo marcado pela normalidade, para assim podermos falar do desejo do analista.

Por que desejo? Porque nada além de um desejo pode sustentar um ato. Se o que sustenta o ato analítico não for um desejo, e sim uma técnica ou qualquer outra coisa, já estamos fora do campo da experiência que responde pelo nome de psicanálise. Por que desejo do analista? Porque não é o desejo de curar, o desejo terapêutico, e nem mesmo o desejo de um sujeito, como tal sustentado pela fantasia

¹⁰⁰ “Não obstante, a antiga crença de que os sonhos prevêm o futuro não é inteiramente desprovida de verdade. Afinal, ao retratarem nossos desejos como realizados, os sonhos decerto nos transportam para o futuro. Mas esse futuro, que o sonhador representa como presente, foi moldado por seu desejo indestrutível à imagem e semelhança do passado”. Citado em: FREUD, Sigmund. *A Interpretação dos Sonhos*. Vol. V (1900). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

inconsciente, articulado no sintoma, que visa, com todo o direito, um gozo. É um desejo que se fabrica em uma análise¹⁰¹.

Assim, para realmente podermos entrar na questão do tratamento possível para além da questão preliminar, era preciso “entender” a dificuldade de Freud no tratamento da psicose e principalmente na transferência com estes pacientes.

Sabemos então de antemão que o manejo da transferência marcado por um desejo indestrutível, ou seja, marcado pela incidência do Nome-do-Pai e do falo como operador, é algo nocivo, pois remeterá ao sujeito à perplexidade significante. O desejo do analista como aquele que opera a destrutibilidade de um desejo indestrutível deverá ser a marca do tratamento em psicanálise quando tratamos de neuróticos ou psicóticos.

È necessário também estarmos atentos a isso na clínica das psicoses, o desejo do analista deve estar sempre presente no tratamento de tais pacientes. Ouso dizer que ele pode ser até mais fundamental na clínica da psicose, pois como vimos em alguns exemplos citados de casos de psicose, qualquer desejo que não esteja na direção do desejo daquele que é tratado é recebido com muitas dificuldades e somos imediatamente convocados a tomar outra posição diante do paciente, até mais do que quando isso ocorre no tratamento de neuróticos. Assim é essencial sustentarmos o tratamento atravessados pelo desejo do analista, para que possamos afirmar que há um tratamento psicanalítico possível para a psicose.

Enquanto o significante do Nome-do-Pai instaura a indestrutibilidade do desejo, um desejo puro, o desejo do analista como aquele que opera sobre a castração para além da fantasia seria aquele que poderia destruir tal desejo. Não podemos operar um tratamento da psicose sem estarmos advertidos quanto a isso, ou melhor, não podemos operar nenhum tratamento psicanalítico sem estarmos advertidos disso.

Concluimos contudo que a própria estrutura do significante é que exerce a castração e que os destinos em direção a *Verwerfung* (rejeição) ou a *Verdrangung* (recalque) são os que permitirão e nos dirão a relação do sujeito com o significante. Além disso, tais destinos também nos indicarão a posição do sujeito na transferência, pois somente sabendo como o sujeito se encontra em relação à linguagem, aos significantes vindos do Outro, é que poderemos entender melhor os fenômenos que ocorrem na transferência.

No entanto, sabemos que o psicótico não pode construir um mundo totalmente diverso no mundo simbólico no qual ele convive, mas o que temos é que verificar como ele utiliza estes símbolos para a constituição de seu mundo.

¹⁰¹ ELIA, Luciano. *Kelly e o desejo do analista*. Inédito, 2008.

A questão preliminar é uma questão avançada se a tomamos como definidora de uma estrutura, mas sabemos que isso não nos garante a possibilidade de um tratamento possível, enfim acho que nos garante pelo menos como não devemos operar no tratamento de tais casos e nos remete a uma constante reinvenção do tratamento psicanalítico, sempre marcado pela interrogação de como tratar estes casos.

O que podemos ver é que nos casos de psicoses não deflagradas, em psicoses infantis e no autismo, o sujeito faz amarrações que nem sempre estão ligadas ao delírio, e que a metáfora construída não pode ser chamada de delirante como nos casos clássicos da psicanálise. O que se torna avançado é saber como estes sujeitos fazem suas particulares amarrações, como constroem maneiras que lhes permitam o mínimo de possibilidade de estar na vida, enfim, ter uma questão preliminar nos abre espaço para pensarmos um tratamento possível. Podemos então nos questionar se no tratamento de pacientes psicóticos estamos realmente advertidos quanto a esta questão preliminar. Se respondemos que sim, talvez possamos chegar ao que é avançado, ou seja, o estatuto de um tratamento possível para estes casos.

2.8 Um estruturalismo essencialmente lacaniano

Como vimos anteriormente o significante do Nome-do-Pai é o articulador simbólico da cadeia significante na neurose. A psicose se situa como algo que necessita de um significante articulador. Através dessa leitura a psicose pode ser lida como uma estrutura que apresenta um *deficit* no simbólico. Assim era a estrutura psicótica no início do ensino de Lacan, ou seja, era uma estrutura relida a partir de Freud.

Mas na trilha de Lacan, desde o início de seu ensino podemos ver que a estrutura se configura a partir de uma “falta” ocasionada pelo encontro “traumático” com a linguagem. É justamente por haver esta falta que há necessidade de um trabalho complementar para a consolidação de uma estrutura. Deste modo é que podemos chamar a neurose, a psicose e a perversão de estruturas. Se a estrutura, seja ela qual for, sempre é marcada por uma falha, não é algo sólido, sempre necessita de um complemento, o significante do Nome-do-Pai não mais se sustentaria como o único complementar, o sujeito sempre necessitaria de um trabalho a mais. Com isso Lacan nos afirma em 1963: “... se toda a teoria e práxis da psicanálise nos

parece atualmente em pane, é por não terem ousado, nessa questão, ir mais longe de Freud¹⁰²”.

Ir mais longe de Freud para Lacan era pluralizar o Nome-do-Pai como o elemento fundamental da estrutura. Começava-se assim a conceber uma estrutura essencialmente lacaniana onde o Nome-do-Pai não perderia sua importância, mas não seria mais o elemento principal como era no estruturalismo freudiano (ainda que, em Freud, ele não tivesse esta denominação). A partir disso pode-se pensar em uma “forclusão generalizada”, ou seja, algo do encontro com a linguagem não se inscrevia completamente, abrindo espaço para que houvesse um trabalho do sujeito. Para Miller¹⁰³:

Se, em relação à castração freudiana, para qualquer sujeito falta um significante último que nomeie o sexual (S de A barrado), se para todos há sempre um significante que não se inscreve na cadeia a partir do encontro com o traumático, a forclusão poderia ser pensada como pertinente a todas as estruturas, e não apenas como referida a uma falta em relação ao Nome-do-Pai nas psicoses.

Lacan então, com o seminário que apenas ficou em uma lição, “Nomes do Pai”, pluraliza o Nome-do-Pai e logo percebe que os três registros Real, Simbólico e Imaginário precisam de uma amarração. O significante Nome-do-Pai não poderia mais ser o único responsável por tal amarração, Lacan afirma que seria necessário também uma certa construção do sujeito para que acontecesse tal amarração e isso não se reduziria apenas a ausência ou presença deste significante.

Quando Lacan começa a pluralizar o Nome-do-Pai, ao mesmo tempo começa a retirar da psicose seu estatuto de um a menos em relação a estrutura da neurose, pois o significante do Nome-do-Pai não tem mais o status de único responsável pela amarração da cadeia simbólica.

Lacan com o estudo de James Joyce nomeia essa construção necessária de amarração que o sujeito faz, nos aponta que na falta do Nome-do-Pai na psicose se pode criar uma outra nomeação, para ele: “Mas há um outro modo de chamá-lo. É nisso que o que diz respeito ao Nome-do-Pai, no grau em que Joyce testemunha isso, eu o revisto hoje com o que é conveniente chamar de sintoma¹⁰⁴¹⁰⁵”. Assim o Nome-do-Pai se igualaria com a pluralidade de *sinthomas* que o sujeito poderia fazer para realizar tal enodamento dos registros.

¹⁰² LACAN, Jacques. *Nomes-Do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005, p. 72.

¹⁰³ MILLER, J-A. *Forclusión generalizada*. In: Los signos del goce. (pp. 367-381). Buenos Aires: Paidós (1998).

¹⁰⁴ Neste momento Lacan não usa o *sinthoma* com th, pois esta citação é anterior a sua invenção do Seminário 23 do *sinthoma* com th, esta citação é Joyce, o sintoma de 1975, anexa ao seminário citado.

¹⁰⁵ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 23: O sinthoma*, (1975). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (2007). p.163.

Nesta nova faceta do estruturalismo na psicanálise o elemento complementar seria agora o *sinthoma*, assim o que era tido como um *deficit* na psicose passa a ser um acréscimo necessário na neurose. A subversão se dá através da passagem de um estatuto de falta e *deficit* na psicose para um estatuto de furo em todas as estruturas, sendo o Nome-do-Pai também um acréscimo necessário. Lacan então passa a situar a estrutura marcada essencialmente por um furo e não mais por uma falta, e a suplência passa ser vista como função necessária para o atamento dos registros R, S, I.

A estrutura concebida desta forma traz a necessidade de algo da invenção própria de cada sujeito para que ela tenha alguma sustentação, com isso as estruturas clínicas se apresentam de formas equivalentes e a estrutura neurótica não mais é tomada como referência.

Trata-se do fato de que uma amarração sistemática pode prender-se sem o apoio do Nome-do-Pai, valorizando a equivalência entre o *sinthoma* e o Nome-do-Pai: $S = NP$. Esta fórmula é um princípio cardeal da clínica borromeana. Um *sinthoma* pode assumir a função de Nome-do-Pai. Assim é que se obtém este esquema bem simples, segundo o qual o ponto de capitonné, tem duas formas principais, o Nome-do-Pai e o *sinthoma*, ficando entendido que o Nome-do-Pai, o próprio, não vale mais do que um *sinthoma* e é um caso distinto do *sinthoma*¹⁰⁶.

Ouso pensar que aí já estaríamos entrando em um estruturalismo essencialmente lacaniano, pois a estrutura composta de algo coerente como os três registros (R, S, I) necessitaria de um complemento que lhe desse certa “estabilidade”, de um nó que não permitissem que os registros se desenlaçassem e este elemento seria o *sinthoma*. Para Bastos¹⁰⁷: “Este *sinthoma*, que não é símbolo, não constitui uma formação do inconsciente, mas uma suplência, pai que nomeia”.

Lacan então nos dá a possibilidade de criarmos um nó preliminar, retira a negatividade estrutural da psicose e a coloca como um modo do sujeito estar no mundo e criar, assim passa a ser exigível tanto aos psicóticos como aos neuróticos, possibilidades de estar no mundo.

Pensar a estrutura clínica da psicose com o avanço lacaniano da pluralização dos Nomes-do-Pai é de uma vez por todas pensar em um tratamento possível, agora com uma teoria que pode ajudar a formalizar nossas intervenções. Se antes Lacan nos advertia que não deveríamos recuar diante da psicose, agora isso se torna imperativo, pois recuar diante da psicose seria recuar diante do próprio estruturalismo ao qual repousa a teoria e a prática psicanalítica lacaniana. Seria literalmente recuar diante da psicanálise.

¹⁰⁶ MILLER, J-A. *Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*. São Paulo: Biblioteca Freudiana (1999).

¹⁰⁷ BASTOS, Angélica. *Sinthoma: uma questão de escrita*. In: *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* (Rio J.) vol.11 n.º 2. Rio de Janeiro Julho/Dez. 2008.

Mas algo ainda é necessário de ser dito sobre este “ir mais adiante de Lacan”: é que um momento inicial do ensino não é superado por um momento posterior no ensino de Lacan, mas constitui passo necessário para a elaboração do posterior. O momento inicial nos traz que o “nó” estrutural não estaria em um significante específico que seria o Nome-do-Pai, isso era provado pelas psicoses, e se isso se dava era somente para um tipo específico de estrutura. O momento inicial do ensino então abriu as portas para a busca do algo complementar no próprio estruturalismo psicanalítico, e não sem muito trabalho Lacan chegou ao *sinthoma*.

Esta não é apenas uma revolução teórica, mas clínica, pois nos permite formalizar as intervenções sabendo que os pacientes psicóticos que chegam para o tratamento sempre chegam em trabalho, e é a partir do trabalho feito pelo próprio sujeito com seu modo de assegurar sua existência é que devemos começar a intervir. Vamos tentar ilustrar com fragmentos de um caso clínico.

2.9 É dando “cabeçadas” que se encontra um caminho: Caso Y.

Y. tem 13 anos, tem o diagnóstico de autismo e é uma criança que sofre de importante redução em sua função visual em decorrência de uma catarata que o acometeu na infância. Ele chega ao CAPSi com 12 anos de idade repetindo um ritual que faz em casa que é ficar acendendo e apagando as lâmpadas e nos intervalos entre acender e apagar ele bate a cabeça na parede ou nas portas próximas ao interruptor.

Logo localiza seu circuito, que consiste em repetir o ritual que acontece em casa também no CAPSi, no espaço localizado entre as portas e os interruptores dos três consultórios, e aquele pequeno corredor passa a ser seu espaço de circulação no CAPSi.

Inicialmente, na tentativa de entrarmos de alguma maneira neste espaço de repetição - pois ele passava toda a permanência (assim denominamos no Pequeno Hans o tempo que cada criança ou adolescente permanece em trabalho no CAPSi – são os turnos) neste curto espaço e buscamos localizar o que seria para ele aquele ritual, se o prazer, ou o ponto de maior valor psíquico para ele, estaria no ver acender e apagar das lâmpadas ou se seria o som do toque dos seus dedos no interruptor, por exemplo. Tentávamos nomear seus atos com “acende e apaga” ou até com “trec e tac” do toque dos seus dedos no interruptor. Assim tínhamos a esperança de poder de alguma maneira ser incluídos naquele circuito. Mas essas tentativas não tiveram sucesso. Na verdade, estávamos muito preocupados com sua cabeça, que já possui um pequeno caroço de tanto que ele a bate contra a parede.

Em entrevista com a mãe pudemos detectar que este ritual acontecia em casa justamente no local onde havia uma porta que ficava fechada a ele, pois dentro deste quarto a que ele não tem acesso estão todos os objetos de valor da casa, como computador, DVD, TV, entre outros, e ele não poderia estar lá, pois joga os objetos que vê à sua frente no chão.

Também pudemos colher da mãe a história de que Y., quando tinha 4 anos e já apresentava o quadro autista deflagrado, costumava ficar à espera do pai na porta da casa e ao avistá-lo ficava muito feliz soltando gritos e gargalhadas. Até que um dia o pai não mais apareceu, o pai sofrera um acidente e falecera, a partir de então Y., que já conseguia pedir para ir ao banheiro, passou a novamente urinar e defecar nas calças, tendo que usar fraldas, o que acontece até hoje. Com estes elementos tentamos de alguma maneira utilizar os significantes que havíamos obtido da mãe na tentativa de nomear e de ver a importância daquela repetição e o que se passava com Y., o que também se revelou infrutífero.

Assim, com o passar do tempo, pudemos localizar que a introdução de significantes em seus atos não bastava, era preciso de alguma maneira estar também com “o corpo” na situação, assim passei a entrar no jogo com ele e, em vez de apenas nomear seus atos, passei também a desligar e ligar os interruptores na sua frente e a bater com a mão nas portas e na parede emitindo um som parecido com o que era emitido por sua cabeça. Para nossa surpresa a reação de Y. foi de extremo prazer, ele sorria e gargalhava com estes atos e por vezes até chegava a me convocar para que continuasse a brincadeira, assim por um momento suas cabeçadas passaram a ser uma forma de solicitar minha presença junto a ele, pois acredito que de alguma maneira ele percebera certa preocupação de minha parte quanto à sua integridade física.

Aquilo que poderia ser um motivo de “comemoração”, pois de alguma maneira havia a possibilidade de um outro entrar neste circuito, passara a ser mais uma dificuldade no tratamento. Esta fora uma fase muito difícil, pois Y. que até então não necessitava e até rechaça a minha presença por vezes me empurrando, agora necessitava de minha presença a todo momento, pois qualquer olhar que não estivesse em sua direção ele batia a cabeça com muita força nas paredes e nas portas. De uma total ausência de contato ele passara a necessitar de uma total presença de contato, nos mostrando-nos uma radicalidade em sua posição e que esta não podia ser mediada tão facilmente, pois também a minha entrada não fazia com que ele mudasse de posição quanto à sua “rotina” de bater a cabeça.

Com o passar do tempo pude me descolar minha posição de cuidado com relação a Y. e percebemos que era necessário correr o risco de deixá-lo bater a cabeça, mas de modo calculado, dosado, é claro. A entrada de um outro técnico no nosso trabalho com Y “entre

muitos” foi fundamental, pois ele introduziu um jogo com o corpo de Y. em que fundamentalmente ficavam empurrando um ao outro e assim Y. podia por um momento não empurrar sua própria cabeça para as portas e a parede. Esse trabalho de certa maneira fazia com que Y. pudesse se deslocar daquela posição de bater a cabeça e até da total necessidade de minha pessoa, era o primeiro passo de Y. em direção a algo diferente. Em uma feliz intervenção junto à mãe, este técnico pediu a ela que trouxesse uma sunga para Y., pois no encontro seguinte tentaria levá-lo a um ducha próxima à piscina do CAPSi. Assim se deu, o técnico levava Y. até a ducha não sem alguma resistência do paciente, mas ao chegar na água pudemos notar sua expressão de prazer rindo muito e gritando, agora era a água que batia na sua cabeça, havia de certa maneira também uma pequena mudança quanto à posição de Y. e seu corpo, mas mesmo assim ele continuava a procurar algo sólido para encostar sua cabeça, tentando batê-la em uma mureta onde estava a ducha.

Em outro momento Y. pôde ir à piscina e aí percebemos a função fundamental da parede para Y., pois na falta de algo que lhe permitisse bater a cabeça, ele procura o corpo de outras crianças na piscina para se agarrar. A parede até então carregada de significados trazidos pela mãe e interpretados por nós passara a ganhar um novo estatuto de sentido, Y. pôde nos mostrar que a parede em que se batia talvez tivesse para ele a função de lhe dar uma certa sustentação corporal, pois ele ficava bem na água, mas seu corpo deveria sempre estar encostado em algo, não havendo distinção entre parede ou crianças que estavam na água, ou até mesmo entre as paredes e ele. Isso se comprova em um outro momento no qual decido ir com Y. até o gramado onde não haveria nenhuma sustentação à sua volta, Y. chora e grita buscando se agarrar ao meu corpo de forma desesperada e a cada momento que isso não ocorria seu desespero aumentava.

Y. então havia de alguma maneira nos ensinado a importância de seu trabalho no CAPSi. Podíamos afirmar que naquele ato, a princípio sem sentido para nós, havia algo que permitia a Y. ter uma certa sustentação diante daquilo que ele não podia colocar em palavras. A intervenção então passa a ser de não impedir pura, simples e diretamente este ritual por cuidados com a integridade física de Y., mas de poder mediar com ele as possibilidades de circular no espaço do CAPSi, estar diante das portas e dos interruptores, ir à ducha, ir à piscina e enfim dar cabeçadas. Não se trata de não considerar as cabeçadas, de ignorá-las ou ficar indiferentes a ela e suas conseqüências físicas. Mas a intervenção clínica não pode e não deve reduzir-se a esta preocupação de cuidado, nem mesmo ter nela seu principal fundamento. Não pode visar prevalentemente este cuidado.

A oferta de muitos técnicos na permanência de Y. foi fundamental pois foi a partir dela que Y. pôde recorrer a outros técnicos, como no caso em que procurou uma outra técnica que estava sentada no sofá, puxando-a pelas mãos para acender e apagar as lâmpadas com ele, o que acabara por constituir-se um trabalho com ela, bem como o jogo de me puxar para a água junto com ele e de brincarmos de roda. Y. passara a necessitar de que alguém estivesse no seu campo de visão (“não era possível tira o olho dele” como dizia a mãe), e imediatamente depois pudemos perceber que Y. levantava as pessoas que estavam sentadas para que elas pudessem ficar no campo de sua pouca visão. Em um atendimento ele tenta tirar os óculos de uma das técnicas e colocar a mão no olho de outra de forma violenta, como se tentasse “tirar o olho destas”. Digo então que aquela era uma situação muito difícil para ele, pois não podiam tirar o olho dele e nem ele destas pessoas, mas que ele poderia tirar o olho delas de uma outra maneira, se separando delas ou saindo de seu campo de visão. Assim levei-o para um local sozinho, no que ele pudera se apaziguar e ficar bem.

Portanto, a partir do deslocamento de uma preocupação com o “orgânico” de Y. pôde-se criar uma infinidade de jogos com ele, e o mais importante, pôde-se ver a partir dele qual a importância deste seu circuito e de seus atos. Assim o que Y. me ensinara é que quem na verdade estava dando cabeçadas no início do tratamento era eu, pois a tentativa de entender e dar sentido a seu circuito não permitia que ele me mostrasse a verdadeira importância disto.

Esta verificação justifica a importante asserção de Lacan sobre o tratamento dos autistas: “Eles não conseguem escutar o que o Sr. tem para dizer-lhes enquanto se ocupa deles¹⁰⁸”. E eu me ocupara no início do trabalho excessivamente de Y. preocupado com que ele não machucasse a cabeça.

Enfim, para além de poder ressituar minha posição no tratamento de Y., o que se revelou fundamental para o tratamento, a pluralidade de técnicos no tratamento e a possibilidade de um deslocamento da “transferência” para outros técnicos nos mostram que às vezes a situação a dois com autistas se torna demasiadamente insuportável para eles e até certo ponto para quem trata, e a possibilidade de circular entre os muitos técnicos tem sido uma boa alternativa de tratamento para Y.

Com isso pudemos aprender que a preocupação inicial no tratamento pode se deslocar e a partir daí algo clínico pôde ser feito no caso Y., mas de nenhuma maneira o cuidado com Y. se perdera, pois estar intervindo clinicamente não era estar destituindo o cuidado com a

¹⁰⁸ LACAN, Jacques. Conferência de Genebra sobre o sintoma (1975). In: Opção Lacaniana, n.º 23, dezembro de 1998.

saúde de Y, muito pelo contrário, pois fora a partir daí que suas cabeçadas começaram a diminuir.

Apesar de não podermos denominar o comportamento de Y. como um “*sinthoma*” encontrado pelo sujeito para viver - sendo o *sinthoma* aquilo que garantiria ao sujeito um saber fazer com seu gozo, e se colocando como algo de certa maneira necessário à estrutura - podemos perceber que o sujeito busca de alguma maneira uma forma para sustentar-se no mundo e de criar uma realidade possível que lhe permita a vida, e cabe a nós a humildade de poder perceber que sempre será o paciente que nos dará a direção do tratamento.

Mas o que mais esta experiência pode nos ensinar? O que ela revela quanto a à posição do sujeito na linguagem se partimos da afirmação de que o autista não está fora da linguagem, isto é, o autismo faz parte de uma estrutura? O que parece óbvio é que o sujeito citado no caso clínico não constitui uma metáfora delirante e muito menos uma metáfora paterna na direção de um saber fazer com seu gozo. É necessário então que vejamos o que de mais inovador para o tratamento Lacan nos traz com a clínica dos nós borromeanos.

2.10 O *sinthoma* na estrutura

O impacto de um estruturalismo lacaniano não se reduz apenas a uma nova concepção das estruturas clínicas e de seus modos de amarração, mas também nos obriga a entender como funcionam estas estruturas para que algo de um tratamento possível se dê.

No que concerne às psicoses o lacaniano “não recuar diante da psicose” ganha agora um estatuto de que não apenas não se deve recuar diante dela, mas que podemos pensar em uma via de tratamento possível para além de uma estrutura que tenha seu funcionamento pautado no Nome-do-Pai como elemento fundamental e no Édipo como complexo fundamental.

A chamada clínica dos nós borromeanos nos permite ir além do Édipo como base fundamental de toda estruturação dos sujeitos. A introdução do conceito de *sinthoma* através da pluralização dos nomes do pai e finalmente o estudo de James Joyce por Lacan dá à clínica psicanalítica um aparato teórico que nos possibilita abordar estes casos como o de Y. e poder “bem dizer essa experiência”.

A partir do estudo de James Joyce, Lacan pôde nos trazer a concepção de *sinthoma* como algo que o sujeito pode fazer com o real de seu gozo, o que, na prática

clínica, nos leva a apostar que é através do próprio trabalho do sujeito **é** que algo pode vir a marcar uma nova posição dele diante do gozo, e a isso Lacan denomina de um saber fazer com o real.

Joyce é neste momento *sinthoma*, não faz sintoma como formação do inconsciente, o que poderia nos abrir campo para trabalhar as questões da clínica do autismo, pois o que vemos na maioria das vezes é uma ausência total de um sintoma. “Se eu digo Joyce o Sintoma, é que o sintoma, o símbolo, ele o aboliu, se eu posso continuar nessa veia. Não é somente Joyce o Sintoma, é Joyce enquanto que, se eu posso dizer, desabonado do inconsciente”¹⁰⁹.

Dizer que Joyce é um desabonado não quer dizer que não há inconsciente nele, mas sim que Joyce é um objeto de trabalho do próprio inconsciente e pôde fazer com isso um ego como *sinthoma* que lhe permitisse fazer a amarração necessária para sua estrutura, é assim que Lacan diz que Joyce é o *sinthoma*.

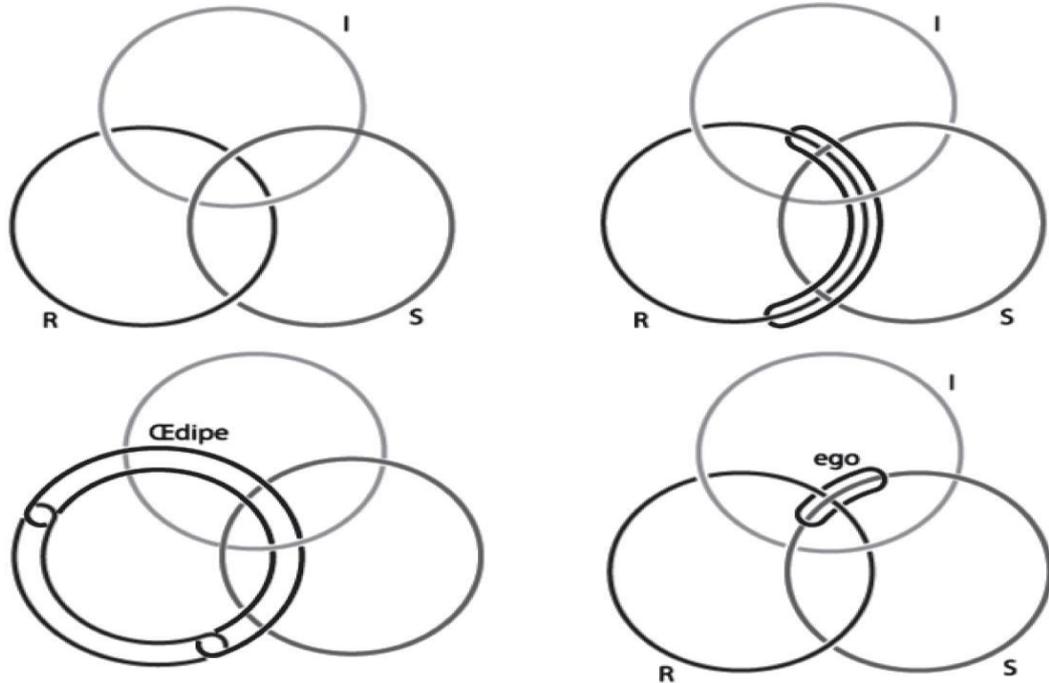
Pensar então em uma clínica a partir do *sinthoma* e dos diferentes “nós” dados pelo sujeito para a constituição de uma realidade através de uma amarração inventada, dá a psicose a possibilidade de um tratamento possível. Tratamento esse pautado essencialmente na direção de valorizar a invenção, permitir a expressão do sujeito e essencialmente dirigido por um desejo não marcado pela indestrutibilidade de um desejo neurótico, mas pelo desejo do analista. Vimos no início do ensino de Lacan e agora ele nos reafirma a dificuldade destes sujeitos em ter um “aparato semântico” o que não os impossibilita de tentar encontrar o algo complementar que lhes garanta estar na linguagem.

2.11 A direção do tratamento sem o “pai”

Essa topologia dos nós borromeanos pode nos indicar uma direção de tratamento para as psicoses buscando no estruturalismo que agora chamo de lacaniano elementos que nos possam ajudar. Assim podemos finalmente entender a necessidade de fazer tal percurso neste trabalho, no qual vemos uma nova concepção de estrutura, pois sem ele não poderíamos pensar em um tratamento possível, seria tratar sem conhecer os elementos estruturais fundamentais que dão sustentação ao sujeito que nos propomos a tratar.

¹⁰⁹ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 23: O sinthoma* (1975). op. cit., p. 160.

O desenho a seguir nos mostra dois caminhos de direção do tratamento, um essencialmente marcado pela incidência do significante do Nome-do-Pai na estrutura e outro marcado pela invenção de um *sinthoma* como no caso de Joyce.



A coluna da esquerda denota a amarração determinada pelo Édipo onde se instaurou a função do Nome-do-Pai e este se articula como metáfora, já na coluna da direita temos o enodamento feito por Joyce¹¹⁰.

Poderíamos dizer a título de hipótese que em uma se trata de uma estrutura pautada pela presença do significante do Nome-do-Pai, ou seja, uma estrutura freudiana, e na outra marcada pela invenção, pelo *sinthoma*, uma estrutura lacaniana?

Este é em um ponto essencial e até histórico no ensino de Lacan, pois finalmente podemos ver onde o próprio Lacan definitivamente nos aponta a direção de tratamento da psicose. Do “não recuar” inicial agora ele nos dá a chave do “tratar” as psicoses, formaliza topologicamente o funcionamento da estrutura e retira definitivamente o *déficit* da estrutura da psicose. Com isso também nos dá uma direção de tratamento que não pode em nenhum momento ser a de “restituir um pai” ao “desprovido” psicótico.

Vemos que na clínica dos autistas e no caso de Y. citado acima que a direção do tratamento não podia ser outra a não ser pensando em uma estrutura que não possui o pai e o Édipo como elementos fundamentais. Devemos pensar em um tratamento atentos a uma estrutura como concebida na figura da coluna da direita o que atualiza a questão preliminar de

¹¹⁰ SKRIABINE, P. *La clinique différentielle du sinthome*. Quarto-*Revue de psychanalyse*, n. 86, 2006. p. 60.

Lacan como algo fundamental a se pensar na clínica, pois conduzir um tratamento em direção a uma suplência do tipo da primeira coluna seria algo impossível.

Vemos, portanto, que na coluna da direita podemos pensar em um outro tipo de suplência assim como Joyce conseguiu fazê-la que não esteja ligada ao Nome-do-Pai, mas sim como uma possibilidade de nomear o gozo, com a constituição de um *sinthoma*. O que se torna óbvio neste momento é que se por um lado não podemos afirmar que Y. conseguirá tal solução, por outro a direção do tratamento deve ser a de permitir que ele nos mostre seus caminhos e que possamos de alguma maneira valorizar suas invenções em uma possibilidade mesmo que mínima dele se deslocar da posição de um batedor de cabeças até a morte.

Assim pensar em uma clínica a partir da invenção do próprio sujeito através da topologia dos nós nos permite trabalhar com o autismo e a psicose totalmente desvinculados de um ideal de normalidade ligado a uma amarração neurótica, pois sabemos que se esta for a direção isso seria “tão estúpido quanto esfalfar-se nos remos quando o barco está encalhado na areia¹¹¹”.

2.12 Diga-me como andas que te direi como trato

Com a concepção da estrutura da psicose apresentada por Lacan, agora podemos caminhar em um terreno sem o medo de não saber por onde estávamos andando. Não podíamos dizer como nossos pacientes lidam com a transferência e se apresentam no tratamento sem antes entender que algo na estruturação destes sujeitos não se dá nos moldes de uma normalidade pactuada pela maioria. É preciso dizer que o modo como estes adolescentes e crianças se apresentam não tem nada a ver com uma questão de falta de educação ou até mesmo de uma falta de adaptação ao meio, ou que são sujeitos que questionam o *status quo* de normalidade pré-concebido. Para muitos que trabalham há tempos com estas crianças isso não passa realmente de obviedade, mas as obviedades sempre devem ser ditas novamente porque elas podem ser esquecidas e assim caminharíamos regidos por nossos ímpetos adaptativos.

Com isso em vista, podemos então repensar o estatuto de cura, do que é tratamento, de como se trata e essencialmente do que é a transferência nestes casos. Assim a novidade quanto à estrutura das psicoses introduzida por Lacan é algo que deve ser avaliado para além de uma mera alteração no estatuto do sujeito e da estrutura, mas aponta-nos até mesmo uma

¹¹¹ LACAN, Jacques. *Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, Op. cit., p. 590.

mudança na postura de um tratamento e reafirma ainda mais conceitos como o desejo do analista como peça fundamental na condução do tratamento.

Com uma nova concepção de estrutura também mudam as possibilidades tanto práticas quanto teóricas do tratamento das psicoses e se no estruturalismo freudiano isso parecia ser dificultado, o que agora se revela possível pelo fato de Lacan situar a psicose em termos de positividade.

Assim vemos a importância do estruturalismo em psicanálise, pois sendo a linguagem aquilo que possibilita a existência de um inconsciente e ela mesma sendo a própria estrutura sobre a qual operamos, não podíamos conceber a direção de um tratamento sem passarmos pelo conceito de estrutura em Lacan, e principalmente o conceito de estrutura das psicoses que é o que mais nos interessa neste momento.

Começaremos então a tratar das particularidades da transferência na psicose já com a advertência de não pensar que a forma de amar “normatizada” marcada pela incidência do Nome-do-Pai nas neuroses se aplicará para as psicoses. Com esta “carta na manga” podemos ainda mais reafirmar que a psicose é passível de tratamento na psicanálise, salvo nas impossibilidades que sempre existirão em qualquer tratamento, e ainda poderíamos colocar algumas perguntas antes de entrarmos no tema da transferência nas psicoses: Seria possível tratar ou aplicar uma terapêutica que não vá além do Nome-do-Pai como mediador da relação de transferência com pacientes psicóticos? Seria possível conduzir um tratamento pautado em um significante que é o significante que justamente o psicótico rejeita?

Com estas perguntas podemos finalmente concluir a importância e a necessidade de tão nova concepção de estrutura “sem o pai” como elemento fundamental que Lacan nos traz, pois essa nova concepção é justamente a que nos permite pensar em um tratamento possível para as psicoses. Por outro lado, e é preciso dizer neste momento, que a contribuição dos nós borromeanos e do *sinthoma* que Lacan nos apresenta pode nos permitir “ir mais além” na clínica com crianças e jovens autistas e psicóticos, mas todos esses elementos novos e tão importantes ainda necessitam ser investigados com maior rigor e profundidade para que não caiamos na banalização de tais conceitos. Portanto trazer estes elementos na dissertação é necessário, porque nos indicam uma possibilidade futura de abordarmos o tratamento do autismo com a introdução de tais conceitos. Assim ao abordar tais conceitos fazemos isso a mérito de hipóteses que necessitarão de um trabalho futuro mais aprofundado.

3 A TRANSFERÊNCIA NA PSICANÁLISE COM MUITOS

O diabo! uma boa fortuna! Há dez anos que eu ando para encontrar esse patife! Desta vez agarrei-o pela cauda! A maior desgraça deste mundo é ser Fausto sem Mefistófeles Olá, Satan!

Álvares de Azevedo

3.1 O manejo é a diferença

Chegamos a transferência, a mola mestra da psicanálise. Não podíamos entrar neste tema fundamental do tratamento sem antes abordar o essencial posicionamento do analista frente ao tratamento e também do que nos propomos a tratar, tínhamos que dizer, com alguma propriedade, o que era a estrutura da psicose.

A transferência é a mola do tratamento analítico, mas ela não é uma particularidade do tratamento analítico, estamos diante de situações transferenciais em vários momentos da vida, assim o que a faz ser a mola do trabalho analítico é justamente o manejo que o analista faz dela. É do manejo da transferência e na posição do analista no tratamento que podemos ver no *a posteriori* se o que aconteceu naquela relação fora psicanálise ou não. Para Maurano: “Espera-se que um analista intervenha, não a partir do sujeito que ele é, mas da função que ele sustenta¹¹²”.

Então começamos com Freud a situar um manejo e um local privilegiado da transferência na psicanálise, pois ele advertia a todos aqueles que pretendessem ter a psicanálise como método de tratamento sobre as particularidades do manejo da transferência, pois seria este mesmo manejo que definiria a direção de um tratamento e até mesmo de que psicanálise se tratava. A psicanálise estritamente freudiana e conseqüentemente lacaniana deve conceber a transferência nestes moldes a que Freud nos advertia, pautados pelos desejo do analista. Diante de várias advertências quanto a posição do analista escolho uma delas para ilustrar o que Freud nos indicava:

Por maior que seja a inclinação do analista a se converter em educador, em modelo e em ideal para os outros, a criar homens à sua imagem, nunca deve esquecer que essa não é a sua tarefa na relação analítica, e que não cumpriria seu dever caso se deixasse levar por tais inclinações¹¹³.

¹¹² MAURANO, Denise. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006. p. 46.

¹¹³ FREUD, Sigmund. *Esboço de Psicanálise* (1938). Vol. XXIII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

A partir desta citação de Freud, que traz uma clareza impressionante sobre como devemos conduzir o tratamento e a transferência, seguiremos na direção de esclarecer como concebemos um tratamento em um CAPSi pautado na transferência e na psicanálise como direção. Antes disso podemos levantar alguns pontos interessantes que nos farão ter um caminho em vista.

Freud já nos apontava que a transferência era um fenômeno elementar que surgia durante o tratamento e que graças e apesar dela algo do inconsciente poderia ser revelado. Assim a transferência é um conceito fundamental na psicanálise e seu manejo é algo tão fundamental que, em uma dissertação que pretende abordar a questão do trabalho com autistas e psicóticos em uma instituição pautada pela direção da psicanálise este conceito se torna a própria mola da empreitada.

Alguns pontos levantados já podem nos indicar a particularidade da transferência no autismo e na psicose em uma instituição. Conceitos introduzidos por Freud como articulados com a transferência, que designam fenômenos que se manifestam no campo transferencial, tais como a repetição, resistência e sugestão, bem como outros, trazidos por Lacan, como sujeito suposto saber devem ser revistos quando se trata da psicose. Vimos que não devemos tomar a estrutura da neurose e seu funcionamento como parâmetro ou paradigma do tratamento, isso não deve nos levar a abandonar a questão estrutural quando se trata da psicose, mas sim reconhecer a psicose como uma estrutura, e definir o modo como este conceito opera neste modo de funcionamento do sujeito. Assim conhecer a estrutura a que nos propomos tratar é algo fundamental para definirmos por que caminhos e que manejo devemos ter no tratamento.

É primeiramente este caminho que devemos percorrer para podermos de alguma forma sustentar que o trabalho com muitos em uma instituição com crianças autistas e psicóticas se mostra eficaz e na maioria das vezes o mais recomendável para tais casos.

O caso de Y. nos mostra peculiarmente a forma como estes pacientes se apresentam, fazem contato, se relacionam e até poderia dizer que entram em transferência com aqueles que se propõem a tratá-los. O que é importante notar é que no caso descrito não vemos e não temos indícios de algo relacionado a uma suposição de saber naquele que trata, os conceitos de repetição, resistência e sugestão como fenômenos que ocorrem durante a transferência não parecem acontecer nestes casos. Assim estamos diante de um impasse, e de algo muito novo, que ensina a própria psicanálise e aos analistas que se propõem a estar diante destes casos.

Cada caso é literalmente um novo caso, e isso ocorre devido à particularidade de uma estrutura marcada por operadores fundamentais não tão facilmente verificáveis como na

neurose e em um estruturalismo inicialmente proposto por Freud e sustentado por Lacan. Como vimos no capítulo anterior estamos diante de uma estrutura e de um estruturalismo lacaniano marcado por suplências como ordenadoras da estrutura.

Em muitos casos podemos ver que os sujeitos necessitam daquelas invenções que na maioria das vezes se dão através de um corpo não erotizado, ou seja, um corpo objeto e ao mesmo tempo alheio ao próprio sujeito.

Jogar-se, bater a cabeça, comer seus excrementos, enfiar o dedo em todos os buracos do corpo, colocar-se em posições corporais inusitadas, manter relações com os outros onde se tenta arranhar, arrancar pedaços do outro, bater no outro, ficar abraçado, beijar o tempo todo, entrar dentro do outro, enfim são situações que não tem nada a ver como uma repetição ou uma rotina monótona, são maneiras pelas quais estes pacientes nos convocam a estar junto com eles, e a partir daí estabelecer uma relação que ousa dizer que é transferencial.

Tomar esta relação tão estranha como transferência é apostar também em uma psicanálise possível nestes casos, através da particularidade de um manejo que não visa a cura e muito menos se pauta em um ideal científico ou social. Mas então o que propomos? Se não queremos desejar algo para o paciente, estamos tratando? Com Lacan elucidamos a ilusão desta aporia psicanalítica: “Toda experiência analítica – que não faz mais aqui do que dar forma ao que está para cada um na raiz mesma de sua experiência – nos testemunha que não querer desejar, e desejar, são a mesma coisa¹¹⁴”. Assim a posição do analista no tratamento e diante da transferência é sim de desejante, mas o analista é marcado por um desejo desbastado de qualquer ideal, um desejo como Freud o propõe na citação acima. Para Quinet¹¹⁵ a posição do analista diante da psicose é de “manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose”.

É enfatizando e apostando na possibilidade da transferência nestes casos e tentando mostrar a particularidade do manejo na psicanálise que nos esforçaremos em desenvolver e dizer que uma psicanálise com muitos favorece o manejo e facilita o tratamento. Pois assim como recomenda Freud, seria insensato convocar os demônios e mandá-los embora sem fazê-los ao menos uma pergunta, mas também devemos estar atentos a que demônios convocamos pois talvez não saibamos falar a sua língua. É nestes casos que mostraremos que a psicanálise com muitos nos permite um dialogo mais próximo da língua que estes pacientes falam.

¹¹⁴ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). op. cit., p. 222.

¹¹⁵ QUINET, Antonio. *Teoria e Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. p. 130.

3.2 Caso W., “não sou surdo aos significantes”

Para começarmos a abordar a transferência nas psicoses, começo com fragmentos de um caso clínico de um menino atualmente com 10 anos, que tem o diagnóstico de autismo e frequenta o CAPSi Pequeno Hans desde os seus 6 anos. Prefiro trazer o momento atual do tratamento e só depois considerar o seu início para tentar entender um pouco melhor a história desta criança, uma história que parece marcada por repetições tanto nos seus cuidados em casa como no tratamento. Começar pelo momento atual nos permite, assim, não repetir novamente a história e nem findá-la.

W. hoje tem 10 anos continua frequentando o CAPSi Pequeno Hans, como vem fazendo nos últimos 4 anos. Atualmente vem sempre vestido com uma sunga e abre um sorriso quando o portão do CAPSi se abre. O ritual se repete todas as semanas, ele entra junto com seu avô que tira sua roupa, deixando-o com a sunga e uma fralda por debaixo, até o momento em que decide entrar na água quando o abordo e tiramos a fralda e ele brinca na água. Por vezes ele me convoca a pegá-lo e me provoca para que eu olhe para ele e quando ele se vê olhado foge abrindo um sorriso e pedindo que eu vá atrás dele. W. ultimamente tem procurado pequenos objetos aos quais passa seu horário no CAPSi com eles na mão. Recentemente foi como uma boa surpresa que sua avó me liga dizendo de forma feliz que W. está muito bem e que faz questão de ajudá-la a por a mesa para o almoço e para o jantar e que ajuda a servir os pratos de seus irmãos. Enfim, W. é um paciente que a cada dia vai conseguindo pequenas grandes conquistas, como conseguir dormir, comer, não se machucar, participar de atividades propostas na escola, vir ao CAPSi entre outras.

Mas nem sempre foi assim, sua história de vida possui repetidos “abandonos”, desde quando nasceu W. tem repetidas vezes trocado de cuidadores. W. nasceu de uma mãe que trabalha como prostituta para manter os filhos repetidos que tem, cada um com um pai diferente, assim ela consegue ficar cuidando de W. por um pequeno período de sua vida, W. muito pequeno antes de completar 2 anos passa a ser cuidado por sua avó, é ela que descobre que W. é uma criança diferente, que não responde aos estímulos e “finge” não escutar quando é chamado. Ela busca tratamento médico e descobre através do exame BERA¹¹⁶ que seu neto não escuta nada, nascera surdo, mas mesmo surdo W. parecia ainda muito indiferente a

¹¹⁶ **Bera** - exame que avalia como o cérebro reage aos sons, o paciente fica deitado, com vários fiozinhos ligados e não depende de sua colaboração. O aparelho mostra as reações do cérebro, independente da colaboração do paciente. Usado para detectar níveis de audição em autistas. (fonte: <http://www.autistas.org/glossario.html>)

qualquer tipo de contato, ela começa então a busca de um tratamento e chega ao diagnóstico de autismo.

W. chega ao CAPSi com muitas dificuldades e sempre muito agitado, corre, se bate, bate as portas, joga objetos, se joga na parede e no chão. Inicialmente W. é atendido por uma técnica de referência e fica com ela por alguns anos, neste período W. apresenta também muitas dificuldades de frequentar a escola especial e as trocas de medicação são constantes, pois nenhum remédio parece ajudar a W. apaziguar-se. Neste momento sua técnica de referência também necessita se ausentar do trabalho e sai do CAPSi, W. passa a ser atendido por uma outra técnica de referência, as questões na escola parecem melhorar e se encontra uma medicação que se mostra mais eficaz no que lhe permite alguns momentos de apaziguamento o que antes não parecia possível para ele. A entrada de uma nova técnica em conjunto com a nova medicação parecem apaziguar um pouco o estado de agitação de W.

Assim segue seu tratamento com grandes dificuldades de contato e sempre permanecendo sozinho evitando qualquer contato com técnicos e pacientes, agora sobe em cima das mesas e de muretas que lhe permitam ficar mais alto, às vezes pula e bate a mesa na parede fazendo grande barulho.

Sua avó então em um determinado momento passa a ter problemas de saúde e não mais pode cuidar de W., seu ex-marido e avô de W. reaparece, ele está em liberdade condicional e o cuidado do menino poderia ajudá-lo na diminuição da pena, o que constitui, portanto, um *benefício* para o avô, que passa assim a cuidar do menino, levá-lo ao tratamento, levá-lo a escola, entre outras atividades fora de casa. W. mais uma vez passa a ser cuidado por uma outra pessoa. Esta é uma época muito difícil que W. passa a se bater novamente e se jogar nas paredes e no chão, ele bate a mesa e por vezes retira um pé dela e a encosta na parede para que fique cambaleando, sobe nas mesas colocando seu corpo em risco de cair, no que precisamos estar a todo momento junto com ele para que ele não se machuque.

Seu avô parece muito irritado e desconfortável com a posição de cuidador de W., sempre hostil com o serviço e com a equipe principalmente com a técnica de referência de W., pois segundo ele, ela não quer dar um laudo que permita ao garoto receber determinado benefício do governo. São momentos difíceis, pois havia uma preocupação da equipe técnica quanto ao destino deste dinheiro, já que a posição de “cuidador” assumida pelo avô revelara-se puramente interesseira (esta posição, como dito acima, já era um primeiro nível de “benefício”). Esta rede de conflitos cada vez mais piorava o estado clínico de W., que cada vez mais se batia e parecia perceber a relação conflituosa de seu avô com ele, com o serviço e principalmente com sua técnica de referência.

É neste momento que começo a tentar me aproximar dele, sempre de uma forma muito sutil e delicada não mostrando a ele uma intensa preocupação com seu estado de conflito apenas me aproximando e por vezes colocando objetos e brinquedos próximos a ele, não lhe oferecendo nada diretamente, por algumas vezes sua “loucura” de bater-se, bater as portas se jogar, arrastar a mesa retirar o pé dela e querer cair com ela era substituída por um destes brinquedos, às vezes não, assim eu só me mantinha por perto.

Como algo que parecia ser do destino de W. sua técnica de referência engravida e também pede demissão do CAPSi e mais uma vez W. passaria a ser tratado por uma outra pessoa. É neste dia de despedida que algo pode W. começar a mudar com relação a mim.

Esta profissional, técnica de referência de W., começa então a se despedir dos pacientes e ficaria a meu encargo ser o técnico de referência de todos os seus pacientes. Ela se dirige a um paciente e diz que iria embora e que eu passaria a ser o profissional que iria acompanhá-lo e W., que está no mesmo espaço, “escuta” mais uma despedida, é tomado de fúria, joga-se na parede violentamente, bate-se, chora muito, bate as portas, no que precisamos contê-lo para que não se machuque. Ele grita e 4 técnicos precisam segurar aquele menino franzino, tamanha a sua inquietação e desespero. Sua técnica diz que realmente parecia ser difícil para ele as constantes trocas de pessoas que cuidam dele, e neste momento W., que se batia e se jogava, começa a bater apenas em mim, e endereçava-se somente a mim apesar de todos da equipe estarem ali. Assim vimos que naquele momento havia algo dirigido àquele que seria seu técnico de referência. Contrariamente ao que costumamos fazer, ou seja, retirar aquele ao qual está sendo endereçado todo o desespero do paciente, saem todos e ficamos somente eu e ele, ele tenta me bater e recomeça a se bater, digo a ele que sua dor parecia ser muito grande por mais uma vez perder quem estava com o encargo de seus cuidados, mas que poderíamos tentar não incluir todo seu corpo nisso e que seu corpo todo não precisava doer, pois aquilo não era mais um abandono e que eu estaria ali justamente para representar-lhe que ele não estava sendo abandonado e que sabia que isso era difícil para ele mas que a partir daquele momento deveríamos fazer outra coisa com isso que não fosse que ele se arrepentasse todo. A fala surte algum efeito no “surdo” W., ele sobe na mesa e fica chorando. Começo então a levar um a um todos os brinquedos e bonecos da caixa de brinquedos para cima da mesa onde ele estava, ele arrasta-a e começa a jogá-los em um canto desfazendo-se um a um de cada objeto que eu lhe dava. Quando acabaram-se os objetos da caixa, W. parecia estar mais calmo e juntos podemos recolocá-los novamente na caixa.

Como por um passe de mágica, passado quase um ano depois daquele episódio, verificamos que aquela fora a última vez que W. se batera ou batera em alguém no CAPSi.

Houvera um período que ele se apegara a grandes objetos, retirando um suporte de plástico de uma cesta de basquete que havia no CAPSi, passando a batê-lo no chão, e no mesmo movimento continuo me aproximando sutilmente e aos poucos vou entrando no seu trabalho.

Começo a acolher ao avô e suas constantes crises de fúria e hostilidade contra o serviço, percebemos que não podíamos controlar o que ele faria com o dinheiro do benefício a que W. tinha direito, mas que podíamos verificar e cuidar para que ele continuasse o tratamento, e que a posição inicial quanto a dar ou não o laudo não podia ser pautada no histórico de estelionato deste avô. Tomada esta decisão na equipe logo lhe damos o laudo para que ele possa obter o benefício para o neto. Mais uma vez percebemos que qualquer *a priori* era extremamente nocivo ao trabalho clínico.

O avô sempre muito hostil começa a partir de seus atendimentos traz as dificuldades de estar com o neto e por outro lado começa a descobrir um prazer em verificar que poderia cuidar dele e até certo ponto começa a se orgulhar de entender o que W. queria e começa a fazer um jogo interessante com W. de conversas e trocas diante das demandas de W. Agora ambos parecem fazer um par muito entrosado e de tranqüila convivência, diferentemente da violência e da falta de paciência com ele tratava W. e com que W. se dirigia a ele.

Enfim este fragmento de caso ilustra e traz particularidades da transferência com estes pacientes que devem ser levadas em conta e que necessitam ser desdobrados, pois a total indiferença a pessoas e a realidade como paradigmas de um comportamento autista se mostra equivocada neste caso, pois W. nos mostra apesar de sua surdez biológica uma escuta muito apurada a tudo a sua volta e a realidade que o cerca e principalmente as pessoas que o tomam em cuidado. Sabemos que W. não pode escutar as palavras mas também sabemos que W. é extremamente sagaz quanto aos significantes que lhe são dirigidos, ele não é surdo a eles, e nos mostra isso a cada reação de aceitação ou negação. A equipe nunca tomara W. como surdo, sempre falamos com ele como falamos com outros pacientes, e no momento que talvez pudéssemos ter tomado ele como um surdo, ele nos mostrou que escutava tudo a sua volta.

Para finalizar, W., como já foi dito no início e como é muito comum nestas crianças, não permite um contato fácil. A aproximação dele se dá sempre como um jogo, uma conquista que a cada dia de tratamento deve se renovar. A sutileza e principalmente o desejo de poder estar junto, não no intuito de curá-lo, mas no intuito de poder ir junto com ele construindo possibilidades de uma existência menos “louca” até o momento, permitiu entender neste caso de autismo que ele não rechaça a aproximação ou está indiferente a ela, mas que esta aproximação deve ser sutil e tranqüila de modo que também haja espaço para ele nos mostrar

como ele pode se aproximar e o que é possível para ele suportar na relação com outras pessoas.

3.3 A transferência na psicanálise

Com a ilustração do caso acima, poderíamos agora entrar nas particularidades da transferência na psicanálise. Antes de qualquer coisa estamos advertidos quando se trata de um trabalho no campo público de saúde mental, que a transferência não é uma particularidade da psicanálise.

Para Freud: “O tratamento psicanalítico não cria a transferência, mas simplesmente a revela, como a tantas outras coisas ocultas na vida anímica¹¹⁷”. Para a psicanálise a transferência se coloca como algo fundamental ao tratamento. A transferência não se revela pela cordialidade do paciente e a aceitação do tratamento, pois como vimos com Freud os momentos de maior dificuldade e que os “demônios” aparecem são justamente os momentos mais fecundos da transferência, além disso, vimos nos casos citados que a transferência não pode ser definida somente em termos de cordialidade do paciente. A importância de estarmos atentos a transferência nestes casos é que ela revela toda uma relação particular do sujeito com o saber.

Freud diz que a diferença da psicanálise é que ela leva em conta sentimentos hostis e amorosos – no sentido de libidinais, coisa que não acontece em outros métodos de tratamento, e esses sentimentos, que são motivo de interrupção do tratamento nesses outros métodos, constitui material de trabalho para a psicanálise: “A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente¹¹⁸”.

Temos relações transferenciais a todo momento, sendo portanto essencialmente relações onde alguém se endereça a um outro ao qual supõe um saber sobre o seu sintoma, seu sofrimento ou sua dor. Partindo deste pressuposto a transferência é essencialmente pautada na relação do sujeito com o saber. Ama-se aquele a quem se supõe o saber.

A transferência então porta em si a possibilidade de produzir uma suscetibilidade aos efeitos da sugestão naquele que busca o tratamento, ou seja, na relação com o analista, reproduz-se, como uma dimensão importante do movimento de quem o procura, a mesma

¹¹⁷ FREUD, Sigmund. *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria* (1905). Vol. VII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

¹¹⁸ Idem, *Ibidem*.

posição que marca o sujeito em sua relação com o médico por exemplo: o sujeito está aberto de alguma forma à sugestão e a receber o saber daquele que o tem. Isso se dá praticamente com todas as especialidades que atuam na saúde, onde sujeitos vão buscar aqueles que saibam sobre eles.

A psicanálise, por sua vez, subverte esta relação com o saber, operação que só pode ser agenciada do lado do analista, visto que do lado do sujeito a sugestibilidade está presente como elemento da transferência. Por estarmos advertidos de que a transferência não é apenas um fenômeno que apareceria para favorecer o tratamento, pois permitiria ao paciente aceitar as indicações médicas, é que devemos estar muito mais atentos ainda ao manejo deste “fenômeno elementar¹¹⁹” que surge no tratamento. Para Miller: “Pensou-se que o analisante começa supondo que o analista está de posse do saber que lhe concerne, e progressivamente descobre que não é assim, mas que a análise se estabelece sobre a base dessa suposição¹²⁰”.

Assim vemos que a transferência, desde o início do tratamento, é algo necessário para que o sujeito se dirija ao analista e busque de alguma forma o tratamento. A transferência é essencialmente o motor da análise, para Freud: “À primeira vista, parece ser uma imensa desvantagem, para a psicanálise como método, que aquilo que alhures constitui o fator mais forte no sentido do sucesso nela se transforme no mais poderoso meio de resistência¹²¹”.

O manejo como fundamental neste momento é o que definirá o sucesso ou o fracasso de um tratamento. A particularidade da psicanálise é que ela convoca ao paciente a reviver na relação com o analista seu sintoma, momento mais importante e de maior dificuldade do tratamento.

Pensando, portanto nos pacientes que nos dispomos a tratar, vemos que aquilo que da estrutura da psicose apresenta-se de maneira diferente da neurose, nos é essencialmente revelado através da relação transferencial com estes pacientes. Assim o diagnóstico em psicanálise se faz somente sob transferência, “é também a partir do estabelecimento da transferência que o analista pode levantar a hipótese diagnóstica que o orientará no manejo clínico¹²²”. A transferência é o que evidencia com que estrutura estamos tratando, para além dos fenômenos apresentados pelo sujeito, o que nos permite verificar a relação do sujeito com a linguagem.

¹¹⁹ FREUD, Sigmund. *A Dinâmica da transferência* (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

¹²⁰ MILLER, J. A. *O Percurso de Lacan*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987. p. 57.

¹²¹ FREUD, Sigmund. *A Dinâmica da transferência* (1912). op. cit.

¹²² MAURANO, Denise. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. op. cit., p. 24.

O caso de W. é exemplar neste momento pois ele nos demonstra uma relação do sujeito com o corpo e com a linguagem onde não há mediação entre a palavra e seu corpo, a linguagem o habita e suas reações são de tentar extraí-la arrancando pedaços do corpo ou jogando-o contra a parede e no chão. Para Lacan: “Se o neurótico habita a linguagem o psicótico é habitado, possuído pela linguagem¹²³”. A voz afônica que fala na cabeça do neurótico grita na cabeça do psicótico. A palavra que serve de algum modo para apaziguar a relação do sujeito com o corpo, erotizando esse corpo, não funciona desta maneira no caso de W.

Talvez seja por isso que Freud nos diz que é na transferência que eles se detém. A questão da suposição de um saber ao analista e até mesmo a busca de um tratamento como indício de que uma transferência estaria começando a se estabelecer não se aplica nos casos que atendemos. É evidente que se algo da transferência se situa na relação do sujeito com o saber, para o psicótico esta relação com o saber se apresenta de forma muito particular.

É comum na nossa clínica dizermos que o sujeito está invadido pelo Outro, que a relação com o Outro é persecutória. Mas em que isso, que não deixa de ter relação com alguma verdade, poderia nos ajudar clinicamente no tratamento de tais pacientes? Em todos os casos que apresentamos nesta dissertação, por mais diferente que sejam, há um ponto estrutural comum: a relação com o saber do psicótico.

Para Quinet: “Falar de uma clínica da psicose implicar falar na transferência, e se existe transferência na psicose é porque existe relação com o saber¹²⁴”. Na transferência com pacientes psicóticos, esta relação de suposição de saber no analista deve ser revista. Disse em algumas passagens que o psicótico exige a psicanálise *stricto sensu*, e dizer isso é verificar que qualquer atitude no tratamento que repita ou lhes demonstre uma relação com o saber no qual aquele que trata tenta possuir um saber sobre aquele que é tratado é rechaçada e em alguns momentos pode levar ao fracasso total de um tratamento. A subversão psicanalítica quanto ao saber estar no paciente deve ser levada ao pé da letra na psicose, até mesmo radicalizada, o que nos faz afirmar que a psicanálise é um método que pode tratar das psicoses.

A particularidade da psicose pode ser expressa da seguinte maneira: enquanto o neurótico viveria a ilusão do analista poder lhe dar o que lhe falta, ou seja, ele seria um crente de que aquele que dele trata e teria um saber sobre o seu sintoma, o psicótico seria um descrente e qualquer intervenção na direção fornecer um saber ao psicótico que não seja convergente com a sua verdade é rapidamente recebida com rechaço.

¹²³ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses*, (1956). Op. cit., p. 284.

¹²⁴ QUINET, Antônio. *Teoria e Clínica da psicose*. op. cit., p.127.

Isso de dá porque “a suposição de saber que o neurótico atribui ao analista é substituída no psicótico por uma certeza¹²⁵”. Aí esta a dificuldade do tratamento das psicoses, a relação com o significante é colocada de forma que ele significa sim alguma coisa e não há possibilidade de mobilidade deste significante por meio de sugestão ou imposição de saber. O que vemos no tratamento de W. é que é necessário sempre uma certa dose de sutileza e diria até que de uma certa conquista do paciente por parte do analista.

Se não é o sujeito suposto saber que vincula o autista ao analista, então que tipo de laço o autista estabelece? Pois como vemos no caso de W. há um laço estabelecido, mas que não se configura na crença de que o Outro possui um saber sobre ele. Qual seria então a especificidade do laço que une o psicótico autista ao analista?

Podemos pensar que o laço que vincula o psicótico ao analista é da ordem do amor, desarticulado à suposição de saber, mas precisamos então saber qual é o estatuto do amor que vincula analista e paciente nestes casos, e até mesmo nos perguntarmos se poderíamos chamar a transferência de amor nestes casos.

Para isso devemos levantar a questão repensando os casos citados para averiguarmos como os sujeitos desses casos se relacionam com o aquele que deles trata, para além do próprio manejo que já dissemos ser fundamental para o sucesso do tratamento. Para isso tentaremos responder à questão de saber de que amor se trata nesses casos.

3.4 Que amor é este?

Através destes casos citados repletos de fenômenos que na maioria das vezes nos são mostrados através da relação do paciente com seu corpo, tentaremos delimitar a especificidade da transferência nas psicoses infantis e no autismo, enfim definir quando somos incluídos nesta relação e poder dizer que tipo de amor é este, ou se até mesmo podemos dizer que é amor.

No Seminário III, Lacan nos diz que é um amor morto: “para o psicótico uma relação amorosa é possível abolindo-o como sujeito, enquanto ela admite uma heterogeneidade radical do Outro. Mas esse amor é também um amor morto¹²⁶”. Esta heterogeneidade radical do Outro não permite ao psicótico tomar o amor como uma metáfora, como algo da ordem de uma substituição.

¹²⁵ Idem, Ibidem. p. 128.

¹²⁶ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). Op. cit., p. 287.

A posição do analista deve se colocar o mais sutil possível para que o sujeito na psicose não seja abolido. Deve-se colocar de modo que sirva realmente de um secretário para o paciente, mas um secretário que ajude o paciente a encontrar melhores caminhos em busca de uma relação com o gozo menos imperativa, como vimos em todos os casos citados.

Trata-se de secretariar, constituindo-se o analista como testemunho da relação do sujeito com o Outro. Entretanto, entre a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distância muito grande¹²⁷.

Tem-se o inconsciente a céu aberto, o gozo em sua forma maciça, em que o objeto *a*, não se desvincula do Outro e não há discurso do semblante. Para Lacan: “Nada comunica menos de si de que um sujeito que não esconde nada”¹²⁸, a linguagem não entra no engano da comunicação se torna meio de gozo, fica presa em seu estatuto original que é gozar. É neste sentido que digo que a transferência se dá no corpo a corpo, assim devemos junto com ele “criar uma forma, por invenção, que faça suplência ao semblante que não há”¹²⁹, não podemos vir querer ocupar um lugar de semblante de objeto para o paciente como se propõe nas neuroses, pois o psicótico na maioria dos casos citados ocupa um lugar de objeto para o Outro. O que podemos é sermos sutis com ele marcados pelo desejo do analista e acompanhá-lo a cada momento em que ele nos permita entrar na relação. É nestes momentos precisos que temos que estar atentos, pois são eles que nos dirão que posição devemos tomar diante do tratamento.

Para Ciaccia o Outro da fala é o Outro do reconhecimento, ligado a Eros, o Outro da linguagem submete o ser humano ao reino da morte está ligado a Tanatos, ligado ao excesso de gozo. É neste momento que o analista tem que tomar cuidado com a transferência e se apresentar como um parceiro ao sujeito, ajudando-o a impor uma certa barreira ao gozo.

Pensar que a entrada da transferência no campo das psicoses é uma via facilitadora seria um equívoco. No entanto, como a transferência é, desde Freud, a mola de nosso trabalho, este caminho se torna-se incontornável. A entrada do psicótico em transferência nos coloca talvez diante das maiores dificuldades no tratamento.

É interessante observar que a maioria dos momentos em que o analista pode ser inserido na relação com o psicótico, e enfim algo da transferência possa ser ali estabelecido

¹²⁷ QUINET, Antônio. *Teoria e Clínica da psicose*. op. cit., p. 132.

¹²⁸ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1956). op. cit., p. 25.

¹²⁹ ELIA, Luciano. Comunicação oral, encontro de orientação de dissertação no dia 1.º de julho de 2009.

são momentos de muita confusão e desestabilização do sujeito. “O amor na psicose, ao requisitar o sexual, carrega o risco de desestabilização¹³⁰”.

Para Freud “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora¹³¹”. Enfim o que fora abolido que é o significante organizador da cadeia e que traz em si a possibilidade do amor funcionar como suplência a esta falta sexual, ou seja, a impossibilidade da relação sexual e da ilusão de completude entre dois seres, retorna de fora, como algo intrusivo ao sujeito. O amor ao retornar desde fora traz um caráter externo ao sujeito, é como se algo desconhecido viesse a lhe causar um novo posicionamento, o que na maioria das vezes faz com o sujeito se confunda com aquele onde o amor tente a se alocar.

O amor na psicose, na medida em que não está referido ao significante do Nome-do-Pai e conseqüentemente ao falo, não tem uma referência faltosa que uma suposição de saber àquele que trata, o saber surge para o psicótico como certeza, não há dialetização com o Outro. O psicótico nos revela a verdade da impossibilidade da intersubjetividade, coisa ilusória da neurose. “Se o psicótico não se posiciona na partilha dos sexos, o amor poderá ser tido como complementar, ao invés de resultar de uma suplência criada a partir de uma ausência (a relação sexual)¹³²”.

A forclusão do Nome-do-Pai que define a estrutura psicótica, nos revela os perigos em tentar a ocupar uma posição fálica ilusória diante do tratamento e nos adverte quanto a eles. Assim para Munoz: “o desejo do analista é assim posto por Lacan em continuidade com o amor que, paradoxalmente, renuncia a seu objeto. Essa nos parece ser a condição e a marca singular do dispositivo analítico com relação a transferência¹³³”.

No momento da entrada em transferência, como já foi dito, que na maioria das vezes é um momento de descompensação do sujeito, é importante que a posição daquele que está diante do sujeito e que é destinatário de tal transferência possa ocupar uma posição que não rechace o recebimento da mensagem e que a partir disso possa dar ao sujeito uma nova posição frente ao Outro a partir da própria posição que o destinatário venha a ocupar.

Esta posição que o analista vem ocupar de aquele que não possui um saber sobre o sujeito e que acima de tudo propõe ao psicótico uma posição pautada no desejo do analista permite acolher os delírios e atos como construções do sujeito. Ela inaugura uma nova

¹³⁰ MUNOZ, Nuria Malojovich. *Inventar o amor: um desafio na clínica das psicoses*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado, Programa de Pós graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. p. 167.

¹³¹ FREUD, Sigmund. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)* (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

¹³² MUNOZ, Nuria Malojovich. *Inventar o amor: um desafio na clínica das psicoses*. op. cit., p. 171.

¹³³ Idem, *ibidem*. p. 113.

posição para o psicótico, pois permite-lhe tomar o Outro menos intrusivo e aos poucos construir uma parceria com ele. No caso W. o que me parece que faz com que ele possa se aliar e estar junto, e por vezes convocar minha presença é esta sutileza em relação a transferência.

Para Malajovich: “Se o amor e o saber estão indissociavelmente ligados ao gozo na psicose, seu apaziguamento pode trazer novos remanejamentos da relação do amor com o saber e é aí que a tarefa do analista encontra na psicose, toda sua função¹³⁴”.

A psicanálise, ao levar em conta o amor, é seja uma abordagem que trata a psicose não em termos de doença mas como uma posição estrutural e subjetiva do sujeito diante do Outro, pois somente diante das manifestações amorosas destes sujeito é que podemos definir nossa estratégia de trabalho.

Não há fenômenos prévios e fórmulas de como tratar destes fenômenos pré-definidos por um saber universitário ou de mestre, aprendemos com os casos trabalhados que é o paciente psicótico que nos dá o caminho a ser seguido, e que ao tentar ocupar diante dele um posição de saber na maioria das vezes nos tornamos persecutórios e nos rivalizamos com ele, aumentando os riscos de uma transferência erotomaníaca e corroboramos uma posição de rechaço aos demônios da transferência, enfim, o convocamos e o mandamos de volta “sem sequer lhes fazer nenhuma pergunta”, nas palavras de Freud, pois não lhe perguntamos nada se já sabemos tudo sobre ele.

3.5 O amor sem metáfora?

Pensando então no caminho do amor como metáfora e como substituição assim como Lacan nos propõe: “O amor como significante – pois, para nós, ele é um, e não mais que isso – o amor é uma metáfora – na medida em que aprendemos a articular a metáfora como substituição¹³⁵”, este amor nos parece não se aplicar a estes casos.

O amor não aparece metaforizado, é um amor que não contém a barreira da castração como medida protetora para o sujeito, não há a substituição do amado pelo amante, o que torna a relação para o sujeito uma “com-fusão”, ou seja, para o paciente o analista passa a estar fundido a ele. O analista pode estar na posição de vigiar seus pensamentos como na paranóia, estar lhe causando todas as dificuldades de abandono como no caso W., ou até mesmo estar fundido ao seu próprio corpo como no caso Y.

¹³⁴ Idem, ibidem. p. 166.

¹³⁵ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 8: A transferência*, (1961). op. cit., p. 47.

Mas se já sabemos que o amor na psicose não funciona como uma metáfora, a que ele serve? Pois sabemos de sua importância para a entrada dos pacientes em relação de tratamento e de endereçamento a determinados técnicos.

De antemão já respondemos que um dos pontos que favorece o tratamento é que a posição frente ao próprio desejo é algo importante para o analista no tratamento de tais pacientes na transferência. Não estar advertido sobre tudo o que foi dito no primeiro capítulo já se torna uma impossibilidade de tratar o autista, a estrutura do psicótico não admite um outro parceiro de trabalho, carregado de fantasias neuróticas quanto ao tratamento e a cura.

Mas se não podemos articular o amor como metáfora na psicose podemos afirmar que há uma certa substituição nestes casos. A essencial posição diante do saber do analista de alguma maneira esvazia de saber o próprio sujeito que se trata, pois desloca-o de uma posição previamente estabelecida diante do Outro, para uma posição que inicialmente se torna vazia, ou seja, é neste tempo vazio que surge o amor de transferência, um tempo que convocará algo para vir no lugar do que antes já existia, fazer uma substituição, amor é uma mola que faz funcionar a engrenagem da estrutura.

O caso W. é emblemático nisso, pois aquele que jogava seu corpo contra a parede passa a jogar objetos contra o chão em vez de jogar seu corpo contra ela e agora convoca o analista para pegar seu corpo numa situação de pique-pegar.

A destituição subjetiva do psicanalista permite destituir o sujeito de sua posição de objeto. No caso W., desde o momento em que seu avô passa a reivindicar o benefício financeiro para ele, W. passara a ficar encostado e encostando objetos na parede, pois estava preso em uma fala de que seu avô queria utilizar W. para “encostar-se nele”. Ao resignificar esta posição através de todos os efeitos de trabalho e de tratamento também de seu avô, W. passa a tirar seu corpo e os objetos da posição de encostados e novas formas de estar no CAPSi surgem.

Verificamos nos casos trabalhados que a relação do analista com estes pacientes não pode ser análoga aos moldes de uma metáfora amorosa citada por Lacan, mas por outro lado não podemos refutar que algo de uma substituição é convocada quando a posição de saber diante deles é esvaziada.

O vazio do analista desloca o sujeito de uma posição demasiadamente significada, assim ousa dizer que o analista permite que no local de uma certa petrificação do significante, apareçam ali outros significantes, nunca muito diferentes do primeiro, mas essenciais ao surgimento do amor de transferência.

A situação descrita no caso W. também é emblemática pois parece que só poderia ser verificável no trabalho com muitos. W. elege aquele ao qual endereça sua dor, aquele ao qual terá que agredir e poder dizer à sua maneira que nada está bem e que é assim que ele faz quando nada está bem. Para a psicanálise isso é transferência, quando se elege um entre muitos para poder falar de sua dor.

Vimos com W. que esta não é uma escolha aleatória, é uma escolha dirigida àquele que viria a ocupar um lugar de quem iria faltar, aquele que de alguma maneira iria substituir o que ele tinha como referência, aquele que também tinha escolhido W.

Vimos que não sem resistência isso se deu, e por outro lado também vimos que é por permitir tal substituição que W. poderá se permitir ocupar um outro lugar na relação com o Outro e que algo inevitavelmente muda.

3.6 O significante e o corpo

Sabemos que por si só o dispositivo analítico convoca a transferência, justamente o ponto de maiores dificuldades para o psicótico, é neste momento que o analista enfreta as maiores dificuldades do tratamento pois é o momento fundamental que nos deparamos com as manifestações do sujeito diante da linguagem. É na transferência que podemos ter indícios de uma posição subjetiva do psicótico e verificar as maneiras que ele tenta encontrar e realizar uma possível suplência para forclusão do significante do Nome-do-Pai.

As condições da estrutura psicótica e do método de tratamento nos colocam até certo ponto em uma posição análoga a de Freud em seu momento histórico de “criarmos e inventarmos” indicações, assim como ele, para uma dinâmica da transferência e observações sobre o amor transferencial nesta estrutura. Devemos assim como Freud nos indica nestes textos descobrir formas e manejos que permitam o tratamento, é neste momento que estamos na clínica das psicoses. Precisamos criar manejos possíveis e dispositivos possíveis para o tratamento de tais pacientes.

Para isso devemos aprofundar-nos mais um pouco na relação do sujeito psicótico com o significante e com a transferência. Sabemos que o manejo psicanalítico no tratamento desses sujeitos deve produzir efeitos no corpo. E aqui a psicanálise do autista, por exemplo, não se diferencia em nada de qualquer psicanálise, pois toda análise seja ela de neuróticos ou psicóticos traz efeitos no corpo e na vida do analisando.

Muitas vezes o que temos neste trabalho inicialmente é uma relação “muito estranha” destes sujeitos com seus corpos, o que não deixa de ser uma relação do sujeito com a

linguagem e o significante, mas percebemos uma grande e particular dificuldade em lidar com suas excitações, com suas dores, e essencialmente com um corpo que tenha uma configuração concisa e coesa. Percebemos que diferentemente dos neuróticos não há uma erotização do corpo que delimite de alguma maneira o gozo, uma erotização do corpo que faz com que não percebamos mais nossos órgãos, nossas partes do corpo unificadas como um conjunto atravessado pela linguagem. O significante nos permite recalcar o órgão. O que vemos nestes casos é um corpo demasiado presente e insistente e que assola o sujeito, obrigando-o a fazer algo com ele. Bater a cabeça, pendurar-se, arrancar partes do corpo, morder-se, estes atos nos mostram o quanto este corpo convoca o sujeito a fazer um trabalho com ele e cabe a nós tentar incluímo-nos neste trabalho.

Esta posição nos mostra uma relação particular de crianças e jovens psicóticos e autistas com o significante, há um curto circuito que não lhes permite configurar um corpo coeso, um corpo silencioso. O corpo da criança psicótica grita, esbraveja e a impele a todo o momento de fazer algo com ele. Para Lacan “a palavra é a morte da coisa”, poder representar um órgão com um nome é poder fazer com que se tenha um corpo. Matar o órgão através do simbólico é o que nos permite estarmos ocupados de outra coisa que não nós mesmos, estarmos ocupados com as palavras.

O significante localiza o gozo fora do corpo, ele é feito para gozar, mas como se goza de qualquer maneira onde o significante não entra o que sobra é o corpo, um corpo de gozo. Se não há esta erotização do corpo pelo significante o gozo se aloja no corpo. O significante seria então o que erotiza o corpo, cria bordas e buracos, o significante faz do corpo um corpo simbólico.

Para Miller: “A simbolização do corpo tem como resultado, muito preciso, aliás, sua mortificação, a de separar o gozo que se concentra nos dejetos do corpo”¹³⁶. O que temos no autismo não é uma mortificação do corpo, o corpo é demasiado real, os dejetos (partes do corpo) a que Miller se refere parecem ter vida própria, como a cabeça de Y., são partes do corpo que impelem o sujeito a fazer algo com elas. No caso de Y. “arrebetando” a cabeça na parede e de M. jogando seu corpo contra o chão, vemos como às vezes esta mortificação é tentada no real, com a falta de aparato significante que dê conta disso.

É na direção de secretariá-los na tentativa de uma escrita corporal que conduzimos nosso trabalho. Nossa “melhor arma” neste tratamento são os significantes, que permitem nomear atos e configurar de certa maneira a relação do sujeito com o corpo. Tentamos fazer

¹³⁶ MILLER, J.A. *O significante*. In: Lacan Elucidado, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.1997. p. 92.

incidir o significante no corpo de tais pacientes no intuito de apaziguar esta relação mortífera com a linguagem.

Segundo Quinet: “É bem isso que faz o problema de fundo da psicose, o psicótico tem sobre nós a vantagem que o significante está fora¹³⁷”. Ao ponto em que na neurose tem-se a ilusão de uma relação com o significante como algo de “ordem interna” a psicose revelaria que o significante é alteritário ao sujeito, externo. É uma vantagem que lhe causa demasiados danos na sua relação com o sexo e com o corpo, poderia até afirmar que ela é nada vantajosa quando se trata da relação do sujeito com o corpo. O significante estando fora de seu próprio corpo, fala na sua cabeça como algo que vem de fora, isso se dá no autismo também onde os efeitos destes significantes são tomados como de ordem externa.

O problema do autista é com o externo, pois o significante também está fora, o que lhe é estranho e que o amedronta. “Concordo com o paciente quando considera que só tem problemas externos, porque, com efeito, o significante está fora, somos nós a imaginarmos que está em nossas cabeças, onde, no limite, tentamos colocar esse real¹³⁸”.

A estrutura é sempre constituída pela relação dos significantes, para Lacan: “A estrutura é apanhada a partir daí... do ponto que o simbólico toma corpo¹³⁹”, assim podemos afirmar que a criança psicótica que está na linguagem faz algo com o simbólico, pois faz parte da estrutura de linguagem. Lacan ao afirmar que o simbólico toma corpo não o faz como um metáfora, coloca-nos a importância do simbólico no corpo, incidindo sobre ele, fazendo marcas e determinando a estrutura.

Volto primeiro ao corpo do simbólico, que convém entender como nenhuma metáfora. Prova disso é que nada senão ele isola o corpo, a ser tomando no sentido ingênuo, isto é, aquele sobre o qual o ser que nele se apóia não sabe que é a linguagem que lho confere, a tal ponto que ele não existiria, se não pudesse falar¹⁴⁰.

Vemos cotidianamente a incidência da linguagem nestes corpos e os efeitos que causa em cada um dos pacientes. A linguagem fala nos corpos destes pacientes, o que coloca as psicoses infantis em termos de estrutura e lhe confere um certo manejo ainda pouco configurado e elaborado por nós, analistas. Lacan afirma a presença destes pacientes na linguagem: “Mas o que pergunto... é se sim, sim ou não, uma criança que tapa os ouvidos – dizem-nos para quê? Para alguma coisa que está sendo falada – já não está no pós-verbal, visto que se protege do verbo¹⁴¹”. O que nos autoriza a poder apostar em um tratamento

¹³⁷ MILLER, J.A. *A psicose. In: Lacan Elucidado*. op. cit., p. 61.

¹³⁸ Idem, *Ibidem*. p. 68.

¹³⁹ LACAN, Jacques. *Radiofonia. In: Outros Escritos*. op. cit., p. 405.

¹⁴⁰ Idem, *ibidem*. p. 406.

¹⁴¹ LACAN, Jacques. Alocação sobre as psicoses da criança. *In: Outros Escritos*. op. cit., p. 365.

possível para estes casos é saber que estes sujeitos não estão fora da linguagem e que podemos abordá-los através dos significantes.

É por este caminho que apostamos em uma possibilidade de transferência e de que podemos ser incluídos neste trabalho que a criança autista e psicótica nos traz. Advertidos sempre da relação peculiar e problemática destes sujeitos com a linguagem é que acreditamos necessária uma abordagem que lhes permita ter uma relação mais amena com “isso que vem de fora”.

Levamos o corpo e os atos da criança autista e psicótica a sério como Lacan nos adverte a fazer em toda a psicanálise, independente da estrutura com a qual lidamos, pois sabemos que a linguagem é o que dá corpo ao sujeito.

O corpo, a levá-lo a sério, é, para começar, aquilo que pode portar a marca adequada para situá-lo numa sequência de significantes. A partir dessa marca, ele é suporte da relação não eventual, mas necessária, pois subtrair-se dela continua a ser sustentá-la¹⁴².

Nesta direção o que propomos é essencialmente uma abordagem significativa dos atos e da relação do sujeito com o corpo. Apostamos no significante como via de acesso e de mudança do sujeito frente a uma relação muitas das vezes mortífera com seu corpo. Tentamos “banhar” cada ato destes sujeitos com os significantes, na aposta de que a linguagem mesmo vinda de fora possa de alguma maneira ser compartilhada e que não seja apenas destrutiva para o sujeito, mas que o ajude a lidar com seu corpo.

Aqui está a posição essencial do analista nestes casos, pois é a partir de uma posição vazia de significação que ele poderá ajudar tais pacientes a ter uma melhor relação com seu corpo, com os outros e com a vida. O “banho de significantes” é uma aposta nesta direção.

3.7 Um banho de significantes

O que chamo de banho de significantes é a forma como abordamos nossos pacientes no trabalho cotidiano do CAPSi Pequeno Hans. Estamos a todo o momento junto com os pacientes atentos a uma convocação de nossa inclusão no trabalho que eles próprios fazem com seus corpos para a partir daí podermos incluir também significantes em atos até então aparentemente sem sentido e carregados de gozo.

Denominar de banho de significantes o trabalho é de alguma maneira tentar fazer com que algum significante possa incidir sobre o gozo repetitivo e os “rituais” que cada paciente

¹⁴² LACAN, Jacques. *Radiofonia*. In: *Outros Escritos*. op. cit., p. 407.

nos traz, e que por vezes os coloca presos a apenas uma significação: o menino que bate a cabeça, o menino que cospe, a menina que não sai da água, o menino que agride, a menina que se masturba, enfim, nosso trabalho através desta aposta de poder dar palavras num lugar onde aparentemente só há gozo as vezes permite ao paciente um certo deslocamento e uma busca de novas formas de lidar com o corpo e até mesmo incluir, de alguma maneira, parceiros neste trabalho. Nossos exemplos mostraram isso ao longo do trabalho.

Veremos no caso J. citado no último capítulo que o significante pode às vezes permitir ao paciente este deslocamento necessário para que ele ocupe novos lugares na vida. Assim denominar nosso “método” de trabalho de banho de significantes talvez seja uma aposta em permitir à criança, através da relação transferencial com o analista, uma nova posição diante do gozo e do significante, na qual possa de alguma maneira introduzir elementos simbólicos que a ajudem a delimitar seu corpo, seus atos e sua relação com o real.

Para Ciaccia o trabalho psicanalítico com estas crianças depende de uma condição: “A condição para que ela seja aplicada é que a criança autista troque seu lugar de sujeito de gozo pelo lugar de sujeito do significante¹⁴³”. Não devemos descartar esta afirmação de Ciaccia, mas devemos compreendê-la de um modo que não caiamos na ilusão de que mesmo no significante não haveria um certo gozo, pois poderíamos entendê-la de modo que o significante é algo disjunto do gozo, o que seria um grosseiro engano teórico, o que nossa experiência clínica confirma.

Partindo da tomada do significante como aquilo que poderia ajudar tais pacientes a delimitar seus atos e de alguma maneira fazer borda a um desenfreamento pulsional, compreendendo que o significante poderá estar a serviço do princípio do prazer ser freio de gozo para estes pacientes, como nos afirma Lacan: “Toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo... o princípio do prazer é o freio do gozo¹⁴⁴”.

“No que diz respeito à criança como induzi-la a passar da vertente do gozo para a vertente do significante? Esta é toda a aposta de uma instituição para estes sujeitos¹⁴⁵”. Sabemos que ter uma instituição para o tratamento e até mesmo ter um lugar a que o autista possa ir como sendo seu lugar de trabalho é uma maneira de introduzir algo do simbólico em sua vida. Delimitar um novo lugar que ele passará a frequentar, pode por si só trazer efeitos, mas devemos estar advertidos também que não é por apenas existir uma instituição que acolha

¹⁴³ CIACCIA, Antônio di. *Inventar a psicanálise na instituição*. In: *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007. p.70.

¹⁴⁴ LACAN, Jacques. *Alocução sobre as psicoses da criança*. In: *Outros Escritos*. op. cit., p. 362.

¹⁴⁵ CIACCIA, Antônio di. *Inventar a psicanálise na instituição*. In: *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. Op. cit., p. 71.

esses pacientes que bons resultados poderão ser alcançados, a necessidade de se ter uma direção de trabalho se torna fundamental para que possamos não nos iludir com pequenas melhoras no início do tratamento que podem advir com a chegada do paciente na instituição.

Na direção da passagem da vertente do gozo para vertente significante nossa aposta é que no banho de significantes, possamos delimitar cada ato do paciente introduzindo palavras e verificando com ele as possibilidades de nomear o que era apenas real. Assim apostamos numa possibilidade de tratamento essencialmente psicanalítica, isto é, numa possibilidade de tratamento a partir da relação do sujeito com o significante, verificando assim sua relação com o objeto *a*, o desejo, o gozo, etc. Esta é a nossa forma de tratar, diferentemente de outras técnicas terapêuticas que visam a imposição de diagnósticos, de conceitos pré-estabelecidos que não levam em conta a posição subjetiva e a linguagem que incide sobre o corpo da criança.

O banho de significantes tem o intuito de elevar o trabalho que a criança faz com o corpo e com os objetos à dignidade de significantes, em vez de interpretar as manipulações corporais, a relação com o outro e seus atos, como se por si só já trouxessem um sentido único. Criar uma modalidade que eleve essas manipulações, relações e atos à dignidade de metáfora e que lhe confira de certo modo posição subjetiva diante da linguagem.

Para Amaral e Elia¹⁴⁶:

Os atos do sujeito, sob transferência e diante de alguém que deseje ocupar o lugar de analista assumem o valor significante equivalente ao da palavra. E a intervenção do analista sobre este ato tem efeitos análogos à incidência sobre a palavra do falante.

Ao ofertar o simbólico como lugar, a psicanálise com muitos¹⁴⁷ permite um certo apaziguamento, pois a criança autista, como todas que estão na linguagem, necessitam e recorrem ao simbólico como lugar. Para Quinet: “Para que o corpo seja um deserto de gozo, é preciso que este gozo seja extraído – efeito da incorporação do próprio corpo no simbólico”¹⁴⁸.

O “banho de significantes” é uma aposta e uma forma de nomear o gozo mortífero impellido por este Outro que toma o corpo como objeto de gozo. Dar um lugar simbólico aos atos repetitivos e permitir um certo deslocamento deste gozo corporal e uma certa metaforização do real.

¹⁴⁶ AMARAL, Nympha, ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o que fazemos na instituição pública de saúde mental?* Comunicação Oral apresentada na VIII Jornada Brasileira de Convergência, Varginha-MG, 2008.

¹⁴⁷ Forma como denominamos o trabalho no CAPSI Pequeno Hans, desenvolveremos esta questão logo abaixo.

¹⁴⁸ QUINET, Antônio. *Teoria e Clínica da psicose*. op. cit., p. 179.

A aposta de dar um lugar no simbólico para esta criança como forma de apaziguamento, de certa maneira permite algum tipo de amarração que a própria criança utilizará para se defender deste gozo.

É pelo banho de significantes distribuídos pelos analistas do CAPSi que este “corpo de buracos” poderá reconhecer-se como um corpo ultrapassado pela linguagem, ser corporificado pelos significantes. Assim é a partir de Lacan que a psicanálise poderá em sua prática fazer valer a reivindicação de Freud de que tratamento e investigação coincidam também no campo do autismo e das psicoses.

O analista sempre deve apostar que “há sujeito”, a psicanálise com muitos é uma aposta de que há tratamento possível para o autismo. O autismo demonstra a linguagem em inteiramente ligada ao gozo. Quando se dá nome aos “atos” tenta-se dar à criança algum tipo de consistência simbólica, de transformar a linguagem enquanto gozo, feita para gozar, em uma linguagem feita para comunicar.

Assim não acreditamos em uma desconexão total do paciente, mas que a sua própria forma de lidar com o corpo, seus atos e sua forma de lidar com o outro já consistem em si em algum trabalho com a linguagem.

O que tentamos humildemente fazer não é algo grandioso, mas apenas seguir os passos dados por eles e aos poucos podermos ser incluídos em tal trabalho e ajudá-los na busca de um certo deslocamento.

Para Amaral e Elia¹⁴⁹:

...a fala dos analistas, a partir dos atos das próprias crianças, resulta em efeitos importantes na alteração da economia psíquica destas crianças. Estas intervenções, todavia, só são eficazes após o estabelecimento de um laço transferencial entre as crianças e as pessoas que as atendem.

É através da transferência que podemos estar juntos e sermos incluídos neste trabalho que consiste essencialmente em sermos pacientes sempre marcados e advertidos pelo desejo do analista. Com isso chegamos à conclusão de que não pode ser apenas uma palavra, mas precisa que seja uma palavra trazida por quem realmente faz diferença para aquela criança ou jovem. Algo de um trabalho árduo de conquista e sutileza devem estar estabelecido anteriormente para que os significantes possam de fato ter efeito simbólico no corpo da criança.

A transferência então nos aparece como algo fundamental para que as intervenções tenham algum efeito, o trabalho não se dá sem ela. Assim veremos então como

¹⁴⁹ AMARAL, Nympha, ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o que fazemos em uma instituição pública de saúde mental*. Op. cit.

desenvolvemos este trabalho em uma instituição, as vantagens e desvantagens que ela pode nos oferecer diante de pacientes autistas e psicóticos.

3.8 O tratamento em uma instituição

Freud já nos alertava das dificuldades do trabalho de transferência com pacientes psicóticos, para ele era justamente na transferência que algo ficava insuportável para o tratamento dos psicóticos. Isso se justifica e nos faz pensar a precisão com que Freud determinava seus conceitos, pois atento a isso ele não denominava a transferência pura e simplesmente de transferência, mas a definia como *neurose de transferência*. Dizer da transferência como algo neurótico não era apenas um acrescentar teórico, mas sim precisar que tipo de relação estrutural se dava para que a transferência se mostrasse naqueles moldes que ele definia.

Para Freud, justamente por ter um modelo de estrutura pautado no Édipo e ter o pai como o operador estrutural principal, a transferência deveria ser definida como neurose de transferência. Sendo esta a estrutura que definia o campo clínico ao qual era possível toda a aplicação metodológica da psicanálise freudiana. Esta sutileza teórica, mas de grande pujança clínica, definia as possibilidades de um tratamento em psicanálise para Freud.

Mas longe de não querer saber da estrutura psicótica, Freud nos trazia particularidades da transferência nesta estrutura e principalmente transmitia-nos como se dava a transferência nas instituições que se colocavam a disposição dos chamados “doentes dos nervos”. Uma citação de Freud sobre a transferência em instituições se torna fundamental no nosso trabalho, pois ela funda as possibilidades e impossibilidades de conduzir um tratamento, é preciso ficarmos atentos a ela pois ela será o ponto norteador de qualquer intervenção que se diga psicanalítica em um instituição. Para Freud:

Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico¹⁵⁰.

Esta citação nos revela dois pontos fundamentais da direção de um tratamento em uma instituição, o primeiro ponto fundamental, já bastante discutido neste trabalho, revela a posição da psicanálise como um tratamento não pautado em moldes de cura que daria acesso à normalidade, promoveria o bem ou concederia a cidadania àqueles que foram privados dela,

¹⁵⁰ FREUD, Sigmund. *A Dinâmica da transferência*, (1912). Vol. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (grifos nossos)

pois esta é uma forma “não analítica” de conduzir o tratamento. A clareza da citação deixa explícita a particularidade da técnica psicanalítica em relação aos outros tratamentos que buscariam atingir os ideais de normalidade, bem estar ou direitos de cidade. O segundo ponto fundamental, que nos parece menos explícito, concerne à posição que devemos tomar diante do saber no tratamento em instituições para “os doentes dos nervos”, pois sabemos que, se tomarmos a instituição como um local de tratamento onde poderemos restabelecer uma vida normal para um paciente ou adaptá-lo ao *status quo* vigente, ou seja, um local no qual o paciente irá beber da água da sabedoria daqueles que dele o tratam e que deteriam um saber ao qual o paciente em tratamento deveria se submeter, estaremos indo na direção de tal servidão mental mencionada por Freud. Este é um ponto fundamental, pois ele nos revela não apenas como não poderia ser um tratamento diante das particularidades da estrutura destes pacientes, mas revela principalmente uma relação com o saber na psicanálise que nos permitirá ver os impasses e as possibilidades na relação transferencial no tratamento destes pacientes.

A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição — pelo contrário, retém-no aí — mas por mantê-lo a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real¹⁵¹.

Assim vemos que o trabalho em uma instituição traz muitas particularidades com relação ao tratamento psicanalítico em um consultório, mas será que isso inviabilizaria dizer que o trabalho que fazemos em uma instituição poderia ser chamado de psicanálise?

Diante do que Freud nos trouxe sobre as particularidades não só da estrutura dos pacientes que nos propomos a tratar mas também das particularidades próprias de um tratamento em instituição, temos como referência o que não devemos fazer, e a partir daí podemos articular um trabalho que possa ser psicanalítico em uma instituição pautados na direção legada por Freud.

Para não sermos ingênuos a partir de tudo que foi dito, também devemos admitir que alguma alteração na técnica de tratamento com estes pacientes em instituição deverá ser feita, não podemos acreditar que se utilizarão os mesmos recursos que se tem em um consultório particular. Por outro lado, sabemos que o *setting* de um consultório não define se o que se faz

¹⁵¹ Idem, ibidem.

nele é um tratamento psicanalítico, assim com Freud sabemos que a postura do analista, pautado por seu desejo é o que definirá as trilhas de um tratamento. Para Maurano¹⁵²:

O que garante a existência de um analista é a maneira como, em sua clínica, na direção dos tratamentos que conduz, ele consegue abster-se de seus apelos fantasísticos narcísicos e sustentar sua função, modo pelo qual ele também sustenta sua própria transmissão da psicanálise.

Retomando o que já fora dito por Freud no início deste trabalho podemos então apostar em um trabalho psicanalítico possível em instituições, segundo ele:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições (...). No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.

È partindo deste pressuposto que tentaremos mostrar que o que denominamos de psicanálise com muitos no CAPSi Pequeno Hans, pode ser realmente chamado de psicanálise e não somente um prática de orientação psicanalítica.

Apostamos em algo através das vias abertas deixadas por Freud, e mais tarde lapidadas por Lacan, e é a partir destas vias que tentaremos mostrar porque preferimos dizer uma psicanálise com muitos em vez de uma “*pratique à plusieurs*”.

De antemão é necessário dizer que são dois pontos que nos levam a “alteração do *setting*”, o primeiro é o principal: a particularidade da estrutura destes pacientes e o segundo que é imposto pelo primeiro é a particularidade de estar entre muitos técnicos e pacientes em uma instituição.

3.9 Psicanálise pura e aplicada, psicanálise em *intensão* e *extensão*

Tomaremos dois textos de Lacan como referência para tentar desenvolver o que nos propomos, um de 1964 que Lacan chamado Ato de Fundação¹⁵³, no qual Lacan faz a distinção do que seria uma Psicanálise Pura e uma Psicanálise Aplicada, e outro de 1967 a Proposição de 9 de outubro¹⁵⁴ que traz a distinção do que seria uma Psicanálise em Intensão e um Psicanálise em Extensão.

Para podermos definir o que fazemos no CAPSi Pequeno Hans não poderíamos deixar de ver tanto em Freud quanto em Lacan as referências para podermos afirmar que o que

¹⁵² MAURANO, Denise. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. op. cit., p. 65.

¹⁵³ LACAN, Jacques. *Ato de Fundação* (1964). In: *Outros Escritos*, p. 235.

¹⁵⁴ Idem. *Proposição de 9 de outubro de 1967*, In: *Outros Escritos*. op. cit., p. 248.

fazemos ali é a psicanálise *stricto sensu*. Esta discussão não se dá por mera “provocação” teórica, mas define toda uma direção de trabalho, ao mesmo tempo em que a direção de trabalho define como tratamos nossos pacientes. Assim ter o cuidado de afirmar que o que fazemos é a psicanálise *stricto sensu* e poder dar as justificativas desta afirmação nos permitirá esclarecer também por que preferimos denominar nosso trabalho de psicanálise com muitos em vez de uma “*pratique à plusieurs*”.

Para Lacan a Psicanálise Pura é definida pela “práxis e doutrina da psicanálise propriamente dita¹⁵⁵”. Ela estaria, portanto na direção da formação de analistas, sendo mais uma função da Escola de Psicanálise, incluindo aí a prática de supervisão, o que se chamaria em outros tempos de psicanálise didática. A Psicanálise Aplicada estaria direcionada para “a terapêutica e a clínica médica”, ou seja, seria a psicanálise como forma de intervenção e tratamento de pacientes.

A partir daí começaremos a verificar praticamente o que fazemos no CAPSi. Iniciamos com a pergunta: “Será que o que visamos no CAPSi é uma terapêutica?” Se pensamos em uma terapêutica no sentido de curar o paciente ou permitir-lhe adaptações a um meio que ele vive, isso é de longe o que não tentamos fazer, mas se pensamos em uma terapêutica no sentido de permitir ao paciente uma mudança frente ao seu gozo, definida pelas indicações que ele mesmo nos dá sobre as possibilidades que ele tem disso acontecer, assim podemos afirmar que o que fazemos é sim, uma psicanálise aplicada à terapêutica, portanto uma psicanálise aplicada. Freud em uma belíssima citação, muitas vezes esquecida por nos, define cristalinamente o que é a psicanálise aplicada ao tratamento dos neuróticos:

O (analisante)¹⁵⁶ realmente curado tornou-se outro homem, embora, no fundo, naturalmente permaneceu o mesmo; ou seja, tornou-se o que se teria tornado na melhor das hipóteses, sob as condições mais favoráveis. Isso, porém, já é muita coisa. Se os senhores passarem a ouvir atentamente tudo que deve ser feito e que esforços são necessários para levar a cabo essa mudança aparentemente banal na vida mental de um homem, sem dúvida começarão a perceber a importância dessa diferença em níveis psíquicos¹⁵⁷.

Como Freud se ocupava somente do tratamento de neuróticos pela psicanálise aplicada, que considerava o único possível, esta sua citação referia-se apenas aos neuróticos, mas como verificamos, ao longo da história da psicanálise, desde Melanie Klein e

¹⁵⁵ Idem. *Ato de Fundação* (1964). In: Outros Escritos. op. cit., p. 236.

¹⁵⁶ Na citação original de Freud em vez de analisante está a palavra neurótico, esta mudança longe de desdizer o que Freud pretendia foi colocada apenas para poder ilustrar a abrangência de tal citação no sentido de definir o que é uma psicanálise aplicada a terapêutica, incluindo também as psicoses como passíveis de tratamento pela psicanálise.

¹⁵⁷ FREUD, Sigmund. *Conferências Introdutórias sobre a psicanálise, Conf. XXVII – Transferência* (1917). Vol. XVI. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

prossequindo com a orientação lacaniana, que podemos sim também tratar de psicóticos, esta citação freudiana se aplica não apenas à neurose e usaremos dela o que ela traz de mais fundamental. O ponto fundamental de tal afirmação é mostrar o que “pretende” a psicanálise como aplicação terapêutica, assim onde está *neurótico* na citação original preferimos trocar por *analisante*.

Em tempos de bordões como: barrar o gozo, permitir uma nova posição frente ao gozo, saber fazer com o real, nada melhor do que buscar em Freud o sentido de tais afirmações e enfim de alguma maneira tentar definir o que realmente podemos oferecer aos pacientes. A clareza de Freud neste instante até certo ponto nos apazigua e nos devolve essencialmente o que é um tratamento pautado pelo desejo do analista.

Quando Freud diz “tornou-se o que teria tornado na melhor das hipóteses” ele nos aponta o essencial posicionamento do analista frente ao analisante no sentido de permitir a ele que possa se manifestar como sujeito desejante, instaurando assim o que o próprio Freud nos aponta mais abaixo na citação “a diferença em níveis psíquicos”, ou seja, ao permitir que o sujeito se manifeste como desejante o próprio posicionamento do analista se torna causa de desejo e via de acesso ao pontual e evanescente surgimento das manifestações do sujeito.

Podemos então afirmar neste momento que o que fazemos no CAPSi é sim Psicanálise Aplicada, pois não visamos a formação de analistas, o que não nos permite afirmar que fazemos uma Psicanálise Pura, pois mesmo que no final de uma análise se obtenha a passagem de um analisante a analista, não é isso que visa ou propõe o analista em uma Psicanálise Aplicada. Por outro lado o que possibilita e justifica afirmarmos que fazemos Psicanálise Aplicada é o fato de que, em nenhum momento, não nos opomos em nada ao que faz um psicanalista no consultório, e essencialmente não alteramos o método, mas sim o dispositivo para aplicá-lo, pois, como já dissemos, a estrutura psicótica, nela incluindo os casos de autismo, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes, nos permite e nos convoca a proceder a mudanças no dispositivo.

Agora então poderemos entrar em outros conceitos o de Psicanálise em Intensão e Psicanálise em Extensão. A Psicanálise em Extensão é: “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo¹⁵⁸” que tem também funções de transmissão e é tarefa da Escola de psicanálise. Já a psicanálise em intensão é:

¹⁵⁸ LACAN, Jacques. *Proposição de 9 de outubro de 1967*, In: Outros Escritos. op. cit., p. 251.

... a experiência que se desenrola entre psicanalista e psicanalisante (...). É uma das dimensões da psicanálise pura, mas não coincide com esta, já que a psicanálise pura inclui as questões da doutrina psicanalítica¹⁵⁹.

A psicanálise em intensão como citado acima não se confunde com a psicanálise pura, ela possui dimensões da pura, o que faz Lacan colocá-la até certo ponto como “a didática¹⁶⁰”, mas também é o que se dá entre psicanalista e psicanalisante.

Assim se o conceito a psicanálise em intensão em 1967 não é uma repetição do que é a psicanálise pura em 1964, apostamos então que o que fazemos no CAPSi é sim psicanálise em Intensão. Tentaremos dar as justificativas de tal afirmação.

Muitas experiências com pacientes tem nos revelado que há encontros entre analista e analisante neste dispositivo com muitos, e mesmo sabendo que de nossos pacientes não sairão analistas do tratamento analítico que porventura venham a fazer neste dispositivo, podemos dizer, nesses casos, que houve psicanálise. Não é por não ser didática que uma experiência psicanalítica não possa ser tomada como psicanálise em intensão, pois como vimos na citação de Elia, Costa e Pinto a psicanálise em intensão não se confunde com a psicanálise pura, mas é o que ocorre entre analista e analisante, o que se dá pontualmente em determinados encontros.

De antemão não podemos dizer que nossa prática é psicanalítica *stricto sensu* mas que a conduzimos na *intensão* de que seja¹⁶¹. Para dizer que existiu psicanálise em um tratamento é preciso o caso a caso, neste sentido a instituição não pode ser de antemão chamada de psicanalítica, pois a psicanálise em intensão e aplicada só se faz no *a posteriori*. Miller define bem este engodo:

A ação do analista, sua intervenção, tem assim alguma chance de ser elevada à altura de um ato, do qual se pode julgar a eficácia graças a seus efeitos sobre o real. Se, por um lado, apenas sua formação e sua orientação abrem as condições de possibilidade, por outro, elas não lhe dão nenhuma garantia antecipadamente¹⁶².

Por outro lado o método é pautado na psicanálise *stricto sensu*, levando em conta todas as indicações técnicas e metodológicas trazidas por Freud e Lacan e principalmente norteadas pelo desejo do analista.

Como vimos em alguns casos citados, não há espaço para outra coisa, pois os pacientes nos remetem a todo o momento à aplicação de uma psicanálise *stricto sensu*, salvo

¹⁵⁹ ELIA, Luciano, et. al. *Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental*. In: Psicanálise, Clínica e Instituição. Márcia Mello de Lima e Sonia Altoé (orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.. p.131.

¹⁶⁰ LACAN, Jacques. *Proposição de 9 de outubro de 1967*, In: Outros Escritos. op. cit., p. 251.

¹⁶¹ Como há aqui um jogo de palavras – intenção e intensão – o indicamos nesta nota para justificar ter escrito no corpo do texto *intensão* com “s”, ainda que no sentido de “intenção”.

¹⁶² MILLER, Judith. *Apresentação*. In: *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. op. cit., p.05.

que para percebermos isso devemos estar minimamente na direção da psicanálise. Esta verificação se tornou importante fator em nosso trabalho, pois ela até certo ponto funciona como fator diagnóstico, pois um psicótico não pode ser conduzido por aquilo que nele está foracluído. Assim não podemos dirigir o tratamento da psicose a partir da neurose, qualquer intervenção que apresente o significante Nome-do-Pai como estabelecedor de uma ordem é inteiramente rechaçada.

Da pontualidade e do *a posteriori* da psicanálise em uma instituição, devemos estar sempre advertidos que uma direção deve já estar proposta de início, como aponta Miller na citação acima, pois a psicanálise não surgirá se não propusermos a entrada de seu discurso no trabalho, o que, por outro lado, não garantirá que ali existirá psicanálise. Não poderíamos afirmar que uma instituição é estritamente psicanalítica e o que há na instituição é exclusivamente a psicanálise, se assim o fosse estaríamos instituindo a psicanálise como um discurso mestre regente da instituição.

O que temos, portanto é a possibilidade da existência de que todos os discursos se apresentem nesta instituição e é por justamente estes discursos poderem girar, é que podemos dizer que o rege o trabalho é o discurso psicanalítico. É neste paradoxo que deve se configurar o trabalho em uma instituição que se pretende regida pela psicanálise. Ciaccia nos aponta a importância de tal verificação:

O que a psicanálise nos ensina... é, antes de tudo, como localizar com justeza os diferentes discursos e como por em prática o giro de um a outro. Se uma instituição deseja fazer referência a psicanálise, é para permitir a circulação desses discursos, e não para impor o significante psicanalítico ou um saber do inconsciente, supostamente divinatório, a quem não o solicitou¹⁶³.

Ao tentar a todo custo impor o discurso analítico, criamos um *furor operandi* e o *ouro puro da psicanálise* corre o risco de se *fundir ao chumbo* de uma técnica sugestiva. É a partir disso que é possível também a circulação de diferentes tipos de profissionais, onde a desespecialização é a direção, uma desespecialização profissional que ao mesmo tempo não retira do profissional sua especialidade, mas coloca-a a serviço de uma direção de trabalho onde não há uma mestria como regência das intervenções e nem primazia de um profissional a outro. “A direção institucional não deve velar pela conformidade dos que trabalham mas de harmonizar em um conjunto o estilo próprio de cada um¹⁶⁴”. Isso abre espaço para um não-tudo, essencial ao funcionamento da instituição segundo a própria estrutura do inconsciente.

¹⁶³ CIACCIA, Antonio di. *In: A criança e a instituição*. Psicanálise, Clínica e Instituição. Márcia Mello de Lima e Sonia Altoé (orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 24.

¹⁶⁴ Idem, *ibidem*. p.24.

Desta forma não é a instituição e sim aqueles que estão na instituição que determinam o que fazer. Assim cada ato, cada resposta obtida no trabalho consolidará ou não uma experiência psicanalítica na instituição.

No entanto, algumas advertências devem ser levadas em conta: não devemos nos enganar de que se possa fazer uma prática dita psicanalítica sem um analista, o “ao menos um”, deverá existir na instituição, sendo este “ao menos um” aquele ao qual caberá a transmissão de trabalho e sob o qual deverá se alocar a relação de transferência de seus companheiros de trabalho. O sujeito suposto saber deve ser encarnado por alguém, pois somente assim o trabalho não se perderá numa “panacéia” de aplicações “desorientadas” pela psicanálise.

A partir de nossa afirmação de que o que fazemos no CAPSi Pequeno Hans segue a direção de uma psicanálise *stricto sensu* podemos também conferir à Psicanálise em Intensão e à Psicanálise Aplicada o estatuto de aplicações estritas da psicanálise, pois acreditamos que se nos limitar-nos a dizer que só há psicanálise quanto dali resulta um analista, não estaremos permitindo à psicanálise ocupar sua posição política e social, e a estaríamos restringindo a psicanálise à psicanálise Pura, o que não faz jus ao esforço de Lacan para diferenciar Pura e Aplicada, Intensão e Extensão.

Assim advertidos de que se verifica a existência ou não de psicanálise pontualmente em cada caso como em qualquer psicanálise *stricto sensu*, agora desenvolveremos como se dá o trabalho, para assim podermos verificar, na prática, o que nos permite dizê-lo ou não.

3.10 A psicanálise com muitos

Começamos a tentar dar as razões da psicanálise com muitos tomando, para essa demonstração, o vigor do verbo de Freud:

as psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica eu poderia dizer) por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses¹⁶⁵.

Como de praxe neste trabalho, sempre começamos com Freud para desenvolver o que pretendemos. Nesse ponto específico do trabalho, voltar a Freud torna-se importante porque, mesmo argumentando desfavoravelmente ao tratamento das psicoses pela Psicanálise naquele

¹⁶⁵ FREUD, Sigmund. *Sobre a psicoterapia* (1905). Vol. VII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

momento, ele apontava a chave fundamental para que se possa aplicá-la nestes casos, ou seja, indicava-nos *uma modificação apropriada do método*.

Assim, o recurso que recebeu a denominação de *psicanálise com muitos* tem seu mais importante fundamento na estrutura psicótica e seu funcionamento, e a modificação no dispositivo de trabalho é necessária e exigível para a manutenção da própria *psicanálise stricto sensu*. Freud sagazmente já percebia isso em seus tempos e por isso não só nesta citação, mas em algumas outras passagens fazia indicações deste tipo quanto à possibilidade de tratamento de pacientes psicóticos. Assim a mudança no dispositivo para um trabalho com muitos em vez de um consultório “a dois” se impõe pela estrutura dos pacientes que temos que tratar, salvo em algumas exceções em que o trabalho também requer o dispositivo tradicional em que analista e analisante encontram-se a sós, em uma sala, como no consultório.

A instituição deve funcionar de acordo com as possibilidades que a estrutura clínica dos sujeitos – ou estrutura subjetiva – a serem tratados determinam. “No domínio de uma política de inserção do sujeito em seu mundo, o problema não é decidir entre um sim e um não para a instituição, mas antes examinar como uma instituição pode responder, de maneira apropriada, à estrutura do inconsciente¹⁶⁶”.

Configurar um atendimento nestes moldes é justificar as afirmações de Freud e Lacan quanto às dificuldades destes sujeitos diante de uma posição analítica de sujeito suposto saber e diante da transferência no um a um do dispositivo clássico psicanalítico, é também poder verificar na prática a veracidade da estrutura psicótica e sua relação com o saber. “Trata-se de uma modalidade de enfrentar os impasses clínicos encontrados, por exemplo, na abordagem da criança autista¹⁶⁷”.

No dispositivo com muitos, o efeito do muitos dissolve o Um e lhe dá um *status* menos avassalador na relação, permitindo ao psicótico apreender que este Um não é completo e que também está em relação a outros e que estes outros também estão em trabalho com o paciente atendido.

Este tipo de dispositivo é favorecedor também no sentido de levar os diferentes membros da equipe a uma posição de destituição subjetiva necessária para o trabalho com psicóticos, produzindo uma flutuação do saber entre os membros e principalmente a possibilidade do paciente se dirigir a um Outro menos invasivo em face do qual ele poderá

¹⁶⁶ CIACCIA, Antonio di. *In: A criança e a instituição. In: Psicanálise, Clínica e Instituição.* op. cit., p. 23.

¹⁶⁷ Idem. *In: A prática entre vários. In: Psicanálise, Clínica e Instituição.* op. cit., p.53.

escolher dentre dos mais variados estilos de técnicos que estarão à sua disposição, o que permitirá esta fragmentação do Outro tão necessária à estrutura da psicose.

“No dispositivo ampliado, a pluralidade de “outros” permite a fragmentação do Outro, e a transferência tende a se alocar em um desses fragmentos, ou seja, em um analista entre outros¹⁶⁸”. Esse é um fator importantíssimo quando se trata de abordar a questão da transferência com tais pacientes, pois é justamente neste encontro com o Outro que o autista ou o psicótico encontra suas maiores dificuldades, esta pluralidade permitindo-lhe fazer seu trabalho e aos poucos também incluir o outro como seu parceiro em busca de uma posição diferente frente ao seu gozo, como vimos no caso W., o que equivale a permitir ao paciente obter o que teria obtido se estivesse sob condições favoráveis como nos aponta Freud

Para a criança autista ou psicótica talvez seja a única forma possível de poder estar com outro, de poder “relacionar-se” e compartilhar olhares, brincadeiras, e até mesmo carinhos e agressões. “Ela sabe que ao produzir essa rasura e ao destituir, conseqüentemente, aquele que estaria no lugar de sujeito suposto saber, ela pluraliza a transferência e tempera os efeitos de perseguição e erotomania relativos à instauração do sujeito suposto saber para um sujeito psicótico¹⁶⁹”.

A partir dessa verificação estrutural vemos que o trabalho entre muitos não é uma configuração burocrática de atendimento, mas é uma tentativa de configuração pautada na estrutura daqueles pacientes que serão atendidos, ou seja, a psicanálise com muitos não é um mero recurso teórico, mas peça fundamental para o sucesso de um atendimento com crianças psicóticas e autistas. Para Baio: “...ao nos substituirmos fazendo-nos parceiros do processo de elaboração de cada criança, sustentamos o efeito surpreendente de levá-la a encontrar seu lugar como sujeito¹⁷⁰”.

Assim podemos, como Freud nos indicava, tratar de pacientes com estrutura psicótica a partir da psicanálise, pois adaptamos, sem modificá-lo em suas linhas de determinação estrutural, o dispositivo clínico à estrutura subjetiva de tais pacientes, abrindo espaço para manifestações singulares e essencialmente as manifestações episódicas de um sujeito.

Para Amaral e Elia:

O fundamento da efetivação desta possibilidade (polarização analista/analisante) é o fato de que o entre muitos não é o grupo, não faz coesão ou unidade, mas mantém o

¹⁶⁸ ELIA, Luciano e SANTOS, Kátia Wainstock. *In: Bem dizer uma experiência. In: Psicanálise, Clínica e Instituição.* op. cit., p.120.

¹⁶⁹ KUSNIEREK, Monique. *Pertinências e limites da prática entre vários. In: Pertinências da Psicanálise Aplicada.* op. cit., p.165

¹⁷⁰ BAILO, Virginio. *Invenções do sujeito e de um parceiro na prática entre vários. In: Pertinências da Psicanálise* op. cit. p.168.

estilhaçamento necessário a que, um por um, cada um ocupe posições subjetivamente singulares¹⁷¹.

3.11 Porque “psicanálise com muitos” ao invés de “*pratique à plusieurs*”¹⁷²?

Esta é uma discussão que não é apenas de termos, mas implica essencialmente uma direção de trabalho e até mesmo a concepção de qual psicanálise fazemos. De antemão acreditamos que um termo define não só um modo de intervenção com tais pacientes, mas também define a política de inserção e abrangência de uma prática em determinado espaço social.

Se a discussão entre *prática e psicanálise* e entre *muitos e vários* estivesse apenas fundamentada no fato de que são termos definidos por Escolas de Psicanálise que possuem posições políticas diferentes e que enfim pontuasse nada mais nada menos do que disputas políticas até certo ponto egóicas ou narcísicas, tal discussão seria desnecessária e nociva à própria psicanálise, e não encontraria lugar aqui.

No entanto, tal discussão implica essencialmente o que é a psicanálise, qual sua abrangência social e política, quais suas possibilidades de estar no campo público, e essencialmente quais os limites de sua atuação.

Através de um longo estudo de nossos colegas franceses e belgas, podemos perceber que essencialmente temos a mesma direção: verificamos uma preocupação com rigor, essencial e advertida desde os primórdios por Freud, o que nos permite dizer que não temos posições divergentes sobre como tratar os pacientes. Tentaremos expor então porque preferimos definir o nosso trabalho como psicanálise com muitos em vez de “*pratique à plusieurs*”.

Pensamos que o termo “vários” pode nos levar ao equívoco de pensar em uma interdisciplinaridade existente no trabalho e que a psicanálise esteja norteadando o aplicar de tais saberes. Não é isso que se faz no CAPSi, onde, na verdade, o que é menos evidente é a formação acadêmica daquele que trata, e mais evidenciada a direção do tratamento. Não há portanto uma variedade de técnicos e sim muitos técnicos, estes não são marcados pelo que

¹⁷¹ AMARAL, Nympha, ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o fazemos em uma instituição pública de saúde mental*. Op. cit.

¹⁷² “A prática entre vários é o nome dado por Jacques-Alain Miller a uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, desenvolvido por diversas pessoas em contexto institucional preciso. Essa modalidade de trabalho faz referência à psicanálise de Sigmund Freud, segundo o ensinamento de Jacques Lacan, mas não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito”. CIACCIA, Antônio di. *In: A prática entre vários*. Psicanálise, Clínica e Instituição. Márcia Mello de Lima e Sonia Altoé (orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 34.

varia entre eles, isto é, sua formação acadêmica, mas sim no que os permite fazerem “o muitos” que é a direção clínica de trabalho. Por outro lado, a direção clínica de trabalho pautada pela psicanálise não pode dissolver o essencial, que é o estilo de cada um.

A opção de afirmar muitos em vez de vários se pauta em poder contar o muitos através do um a um que se tem para a construção deste muitos, a concepção de vários poderia nos levar a confundir um trabalho pautado na variedade de técnicos, marcados também por uma variedade de saberes sendo estes preponderantes em suas intervenções. Quando preferimos o muitos em vez de vários dizemos que o que pauta as intervenções é um discurso (o psicanalítico) mas que este discurso não apaga o um mas valoriza o estilo de cada um, é um discurso que não varia, mas que ao mesmo tempo abre possibilidades para diferentes estilos de intervenção.

Segundo Amaral e Elia:

...de nossa parte, sustentamos que o que importa no dispositivo que propomos, e que denominamos de dispositivo psicanalítico ampliado, é o muitos, o número – que assim define o numeroso, que se conta um a um, unariamente, na unicidade e não na unidade do grupo¹⁷³.

Ao dizermos muitos em vez de vários também eliminamos a questão do grupo, pois de vários elementos se pode fazer um grupo coisa que não se aplica em nosso trabalho principalmente pela estrutura dos pacientes a que nos propomos atender.

Para Lacan com o “Um-a-menos faz-se a cama para a intrusão que avança a partir da extrusão: é o próprio significante¹⁷⁴”. Assim acreditamos que no um a um podemos ter o Um-a-menos, ou seja, uma possibilidade de esvaziamento deste Outro para o paciente, para que neste momento ele abra espaço para convocar entre estes uns um parceiro em seu trabalho, onde o significante possa incidir sobre o corpo do psicótico.

Mas de antemão, ao nos tornarmos parceiros de determinado paciente, sempre teremos que estar pautados no desejo do analista, num desejo sem qualidades, desvinculados de um Outro possuidor de saberes sobre a criança, um Outro esvaziado que a criança possa ocupar uma outra posição, a partir de que, quem está como seu parceiro esteja em outra posição, por isso:

Tampouco nos interessa a variedade ou a variação, pois tais categorias implicam a qualidade e nós estamos interessados na quantidade de uma função sem qualidades,

¹⁷³ AMARAL, Nympha, ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o que fazemos na instituição pública de saúde mental*. op. cit.

¹⁷⁴ LACAN, Jacques. *Radiofonia* (1970). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 407.

ou que se especifica por uma única qualidade – aquela que o desejo do analista pode especificar¹⁷⁵.

É desta maneira que preferimos sustentar a opção pelo “muitos” em vez de “vários”, no que a “simples” mudança no termo trará inúmeras diferenças na definição de uma direção de trabalho e na maneira de conceber a própria experiência psicanalítica em seu rigor.

Outro ponto que achamos importante é utilizar o termo psicanálise em vez de prática. O termo prática traria em si já a questão de saber se praticamos a psicanálise, se a psicanálise é algo praticável?

A psicanálise aplicada e em intensão que nos propomos a fazer no CAPSi orienta nossa direção clínica e não é uma prática que tem orientação psicanalítica, isso faz grande diferença, pois afirma na que o discurso da proa do trabalho é a psicanálise.

Isso também se sustenta no fato de podermos afirmar que em alguns momentos há analistas e analisantes em nosso trabalho, talvez este seja o fator fundamental em poder falar de psicanálise em vez de prática, pois não acreditamos que haja analista todo o tempo mesmo em um consultório, pois a posição de analista não é uma posição verificável e atestável *a priori*.

Certos de que o analista não é uma função onipresente daquele que se autoriza analista, acreditamos na contingência de sua função em um tratamento, se assim não fosse nunca poderíamos chamar nada de psicanálise, tudo seria sempre uma prática psicanalítica. Denominar de psicanálise o que fazemos não é nada mais do que apostar na possibilidade de tratar psicanaliticamente pacientes com estrutura psicótica e em uma instituição.

Com esta discussão percebemos a preocupação de Lacan quando cria os conceitos de psicanálise pura e aplicada, psicanálise em intensão e extensão. Vemos que neste momento de seu ensino, para além de uma tentativa de devolver o rigor à Psicanálise que naquela época histórica se perdia em identificações egóicas e superegóicas, há em Lacan a verificação da posição, de colocar o analista como uma função contingente e não como alguém que por conseguir um título ou se autorizar de uma vez por todas garantiria *a priori* o exercício de sua função.

Ao afirmarmos que o que fazemos está pautado nos conceitos de psicanálise aplicada e psicanálise em intensão, já não mais poderíamos dizer que praticamos psicanálise, pois a psicanálise aplicada já é em si uma psicanálise, o que não a faz diferente de uma psicanálise *stricto sensu*, ela é em si a própria psicanálise *stricto sensu*.

¹⁷⁵ AMARAL, Nympha, ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o que fazemos na instituição pública de saúde mental*. op. cit.

Constituiria obviamente desmedido equívoco e presunção afirmar que só há discurso psicanalítico a todo o momento em nosso trabalho – e podemos mesmo dizer que isso seria bastante indesejável. Não acreditamos tampouco que, em um consultório, só vigore o discurso psicanalítico.

O que podemos dizer então é que a psicanálise é uma prática discursiva, o que torna inaceitável dizer que o que se faz em qualquer psicanálise, e portanto também no caso particular do que se faz no CAPSi, seria uma prática da prática.

Talvez possamos supor que a opção dos proponentes da “*pratique à plusieurs*” hesitar em afirmar que o que fazem é psicanálise, seja motivada pela busca de um pretensão rigor segundo o qual só se poderia afirmar que há psicanálise quando, do encontro de analista e analisante pudesse resultar um novo analista, uma passagem de analisante para analista. Para Stevens, da instituição belga *Le Courtil* parece que a preocupação está realmente neste âmbito, para ele: “como passar da psicanálise pura para a aplicada sem que isso comprometa a psicanálise¹⁷⁶”.

Stevens denomina ainda os três pontos principais que definem o trabalho no *Courtil*, o que ele determina “*la pratique à plusieurs*”. As três bases fundamentais para o funcionamento do *Courtil* são:

...uma prática na instituição onde todos, em posição de analistas, estão implicados, o que foi chamado, em seguida: “*pratique à plusieurs*”, a ausência do tratamento analítico como tal na instituição, portanto, a não atribuição do título de psicanalista¹⁷⁷.

Para, Antonio di Ciaccia da instituição *Antenne 110*, a mesma questão se coloca. Para ele:

construímos uma instituição fundada sobre os elementos estruturais oferecidos pela psicanálise, mas nela não praticamos nenhum tratamento terapêutico ou psicanalítico. O único tratamento existente consiste em um espaço de vida físico e psíquico para crianças autistas¹⁷⁸.

Ao nosso ver temos que tomar cuidado com um rigor que pode se tornar uma rigidez excessiva e um pudor quase religioso com o cuidado de afirmar o que é psicanálise, posição que traz incidências importantes na cultura e principalmente reflexos nas respostas que obtemos com relação a presentificação da psicanálise no mundo.

Ao definirmos nosso trabalho com o nome “psicanálise com muitos” acreditamos na psicanálise também em sua função política e social além de todos os outros elementos

¹⁷⁶ STEVENS, Alexandre. *A instituição: prática do ato*. In: *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. op. cit., p.76.

¹⁷⁷ Idem, ibidem. p. 77.

¹⁷⁸ CIACCIA, Antonio di. In: *A prática entre vários*. Psicanálise, Clínica e Instituição. op. cit., p. 41.

teóricos e práticos que levantamos para poder fazer tal afirmação. Mas para não esquecermos a essencial questão política que sempre marcou ao longo dos anos a psicanálise, não devemos ser ingênuos quanto a dizer que a “escolha” do termo psicanálise com muitos não traz em si o estilo de uma determinada instituição e, entre vários outros fatores, a Escola à qual pertencem os analistas presentes na instituição que são marcados decisivamente por um estilo de transmissão. Assim também podemos pensar que ao adotar o conceito de “*pratique à plusieurs*”, em vez da “psicanálise com muitos”, isto não é disjuncto de uma lógica de transmissão de uma determinada Escola.

Assim o que realmente se torna relevante não é uma disputa meramente teórica, política ou até mesmo um jogo de poder entre Escolas de psicanálise, mas sim as incidências desse discurso na cultura e até mesmo a incidências políticas de tal prática. Neste ponto de vista, se há a presentificação de um discurso psicanalítico na cultura, por que não chamá-lo de psicanálise? Esta é a nossa posição, e ela como mostramos acima é pautada essencialmente em preceitos psicanalíticos.

3.12 Dizer psicanálise com muitos é ser político

Comecemos com a belíssima citação de Lacan:

Qualquer retorno a Freud que dê ensejo a um ensino digno que dê ensejo digno desse nome só se produzirá pela via mediante a qual a verdade mais oculta manifesta-se nas revoluções da cultura. Essa via é a única formação que podemos pretender transmitir àqueles que nos seguem. Ela se chama: estilo 179.

Pautados portanto não só em um termo mas essencialmente em um estilo como bem nos afirma Lacan, apostar na psicanálise como possível em uma instituição e principalmente no campo público é fazer da psicanálise como tratamento e clínica instrumento também de transformações políticas.

No momento histórico que vivemos em nosso país, onde a recente Reforma Psiquiátrica vem sendo combatida e ainda caminha a passos lentos para a consolidação de uma política pública, não reclusiva, de pacientes portadores de sofrimento mental grave, e a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, ter a psicanálise como forma de tratamento para tais casos no que ela traz um discurso convergente com a política pública que valoriza o particular de cada caso é reafirmar um estilo e poder retirar o analista de sua restrita atuação em um consultório particular.

¹⁷⁹ LACAN, Jacques. *A psicanálise e seu ensino*, In: *Escritos*, op. cit., p. 460.

Vieira em seu livro *Restos*¹⁸⁰, nos mostra que a psicanálise não é uma elocubração teórica, nos dá através de exemplos cotidianos os elementos que dão vida à psicanálise ali inseridos na cultura. Se assim tomamos o discurso psicanalítico, como algo advindo da própria cultura, a psicanálise não pode ser tomada, como uma prática, o que a levaria a ter um *status* transcendental, mas como algo produzido pela cultura, ainda que sustentado por uma forma particular de articular estes elementos da cultura, enfim sustentados por um desejo e marcado por um discurso.

São as incidências do discurso psicanalítico na cultura que poderão nos dizer da própria psicanálise. Estas incidências nos permitiram verificar a incidência e a presença de ao menos um analista, que faz com que, operando em sua função, transmita algo de uma lógica de tratamento.

Ao afirmar que o que se faz no CAPSi é psicanálise com muitos e não prática entre vários¹⁸¹, o que está em jogo é realmente a presença deste Um que encarna a função de analista (no que Lacan diz que temos que segui-lo). Assim podemos dizer que há psicanálise e se faz psicanálise mesmo que aquele que esteja a cargo do tratamento de um paciente não seja analista, pois as incidências de um discurso sobre este e as respostas do paciente é que poderão nos informar da presença de uma psicanálise na instituição.

Assim preferimos não afirmar que nosso trabalho é uma prática entre vários orientada pela psicanálise, pois a extensão (ensino e transmissão) e intensão estão funcionando como uma banda de Moebius – figura topológica que, em sua extensão, tem apenas um lado, é unilátera, passando-se de um a outro “lados” sem transpor nenhuma borda – ou seja, não há disjunção de uma à outra.

Para Laurent, o analista não pode ser mais apenas um crítico da sociedade e um ser totalmente desidentificado, o analista deve ter posições e tomar posições diante da transformações políticas e sociais de seu tempo. Para ele: “o analista crítico é o analista que não tem qualquer ideal, que se apaga, que é tão somente um vazio ambulante que não crê em nada¹⁸²”.

Ao acreditarmos na possibilidade de um tratamento clínico psicanalítico pautado no sujeito e direcionado por uma política pública, fazemos política e saímos da ilusão de uma posição atópica que seria necessária a um analista, pois não se posicionar diante de nada é se

¹⁸⁰ VIEIRA, Marcus André. *Restos: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise*. Editora Contra capa, 2008.

¹⁸¹ Tradução em português de “pratique a plusieurs” adotada pela escola de psicanálise a qual Jacques Alain-Miller fundador do termo é diretor.

¹⁸² LAURENT, Éric. *O analista Cidadão*. In: *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa. 2007. p. 142.

posicionar numa posição de não querer tomar posição alguma. Sabemos que não é isso que define um analista ou até mesmo a possibilidade de haver psicanálise em um tratamento. “Os analistas têm de passar da posição de especialistas da desidentificação para a de analista cidadão¹⁸³”.

No momento político em que estamos o psicanalista não pode ser atópico, por exemplo as formas de segregações, especificamente em nosso caso, ao trancafiamento de pessoas com sofrimento mental grave em hospitais psiquiátricos para o resto da vida. O psicanalista deve se posicionar a favor de uma reforma que dê condições a esses pacientes de viver de alguma maneira na sociedade, fazer valer o direito deste a um tratamento público de qualidade. Assim, o afazer clínico do analista poderá corroborar com uma política pública pautada na singularidade como a reforma psiquiátrica nos propõe. “Os analistas precisam entender que há comunhão de interesses entre o discurso analítico e a democracia¹⁸⁴”.

Através de seu dizer silencioso, ou seja, se posicionando diante das questões políticas principalmente através de seu fazer clínico, o analista pode ajudar nas transformações sociais. Afirmar que há uma instituição pública de tratamento para crianças e jovens com sofrimento mental grave regida pela discurso da reforma e pela psicanálise é atualizar a posição do analista na sociedade, é retirá-lo do seu castelo protegido do consultório particular e permitir-lhe ter abrangência e efetividade nas mudanças sociais.

Sempre pautado pelo desejo do analista, o analista pode ser cidadão, seu posicionamento poderá trazer transformações sociais. No nosso trabalho alguns efeitos já puderam ser notados quanto à visão social essencialmente no tange ao lidar com a loucura.

Em uma reunião de pais no CAPSi, um dos pais diz que não entende o menino e que seria melhor interná-lo, prendê-lo, diante da série de dificuldades por ele apresentadas diante deste filho. Logo outros familiares começam a se posicionar diante desta fala dizendo coisas como que a lógica de tratamento não poderia ser prendê-lo e que talvez esta seria uma manifestação do próprio menino diante da posição do pai. Efeitos de grupo começam a aparecer nos pais, como identificações de um pai com outro, e um movimento de crítica ao pai que propunha a internação, e o analista deve intervir neste momento não no intuito de reiterar a crítica a este pai e apoiar o grupo de familiares, mas de mostrar os efeitos da discussão, eventualmente no sentido de revelar as motivações das posições em jogo e em cena, de modo a modificar as posições subjetivas ali presentes. Mas o fato é que o analista não pode se abster desta discussão.

¹⁸³ Idem, *ibidem*. p. 143.

¹⁸⁴ Idem, *ibidem*. p. 143.

Para Laurent: “os analistas não devem apenas escutar, eles precisam saber transmitir à humanidade o interesse que a particularidade de cada um tem para todos¹⁸⁵”. Este posicionamento acarreta uma mudança na lógica discursiva social, pois, se não valoriza ideais, tampouco se abstém de uma posição diante das questões da reforma e da política.

Neste caso específico pode se apreender, ao escutar mais este pai, uma forte questão com a indicação medicamentosa do menino na qual ele não seguia a prescrição dada pela neurologista o que acabou por revelar uma relação transferencial carregada de amor e ódio com ela. Ao escutar a demanda e poder através disso interpretá-la, pôde-se perceber que o que estava em jogo, na verdade, era uma reivindicação deste pai de estar toda semana diante da neurologista e poder falar com ela sobre variadas questões, inclusive sobre seu amor e ódio por ela.

Assim, ao definirmos nossa direção clínica pautada pela psicanálise e ao mesmo tempo apostarmos numa possibilidade de tratamento na “psicanálise com muitos”, fazemos do analista um “analista útil” como afirma Laurent. Para ele “o analista útil, cidadão, é favorável à existência de um *lobby* que intervenha no debate democrático¹⁸⁶”.

Acreditarmos que através de resultados clínicos obtidos com tais pais e pacientes estamos corroborando uma política pública e ao mesmo tempo reforçando os pilares de sustentação da reforma e principalmente de transformações sociais. Enfim, podemos ser analistas também fora de nossos consultórios!

¹⁸⁵ Idem, *ibidem*. p. 145.

¹⁸⁶ Idem, *ibidem*, p. 147.

CONCLUSÃO: DE UMA PERGUNTA A UM PERCURSO

Começamos esta dissertação em busca de uma resposta para a pergunta *Onde está o sujeito?* Uma pergunta motivada por uma pequena experiência de trabalho em um CAPS com pacientes psicóticos em uma cidade do interior de Minas Gerais. Muitos questionamentos surgiram a partir desta pergunta inicial, tais como: uma instituição poderia abrir espaço para a emergência de um sujeito? De que estatuto seria este sujeito na clínica das psicoses? Qual seria o dispositivo que permitiria a emergência do sujeito? A psicanálise seria o único método de tratamento que permitiria as manifestações de um sujeito?

A partir de uma pergunta criou-se um percurso, cujo início enfatizo que seria o percurso de um analisante que, ao escrever e estar na prática clínica, permitiu verificar a verdade da afirmação de Freud de que tratamento e investigação coincidem em psicanálise. Nada que foi escrito nesta dissertação esteve disjuncto de uma prática! Assim, muitos questionamentos iniciais não puderam ser respondidos, mas abriram espaço para que questionamentos novos, incitados por este percurso, pudessem surgir e serem respondidos com a ajuda do trabalho de supervisão, de orientação, dos colegas de equipe e principalmente da prática com os pacientes.

No primeiro capítulo fomos levados a abordar o conceito de desejo do analista, pois o percurso que cada vez mais nos apresentava o real da clínica não permitia que nada diferente de um desejo marcado pela falta, por uma certa destituição subjetiva, seria possível diante de tais pacientes. Com isso vimos que o essencial na clínica não seria a teoria, o conhecimento erudito de tal tema, mas sim aquilo que faz com que a psicanálise exista e se mantenha no mundo que são os próprios analistas e seu trabalho de transmissão e de análise.

Alguns exemplos da prática nos mostraram que o desejo do analista favorece um trabalho de deslocamento de tais pacientes que possuíam até então uma posição demasiado recrudescida em um ponto de gozo. Percebemos também que qualquer intervenção que se dirigisse a algo que não fosse convergente, até certo ponto, ao “desejo” dos próprios pacientes, era rechaçada e nos fazia imediatamente rever aquela intervenção. Neste sentido vimos que a psicanálise e a política pública eram convergentes, pois ambas valorizam a particularidade de quem será atendido e não qualquer ideal de cura.

Passando pelo desejo do analista como algo e necessário à clínica, pudemos então conceituar e verificar as particularidades da estrutura psicótica em psicanálise. Isso se tornou necessário justamente porque, se vislumbrávamos alcançar alguma representação de sujeito, teríamos que saber das particularidades de sua estrutura. Nesse percurso pudemos verificar a

posição de Freud diante da clínica das psicoses e acima de tudo entender a afirmação de Lacan de que não devemos recuar diante da psicose. Essa afirmação nos apontava para um tratamento possível de tais pacientes, para isso seria necessário verificar toda a aplicabilidade do método e da ética psicanalítica para que pudéssemos não apenas tomar esta frase como uma assertiva lacaniana, mas reconhecer todo o seu estatuto de verdade verificável na realidade clínica.

O estudo sobre a estrutura da psicose nos revelou a necessidade, na maioria dos casos, de uma mudança no dispositivo de atendimento clássico que seria o consultório, mas uma mudança que não afetasse o rigor e não causasse modificações no método e na ética de tratamento psicanalítico. Podemos então perceber que no dispositivo com muitos, que denominamos psicanálise com muitos, isso seria possível, pois o dispositivo favorecia a relação dos pacientes com o Outro na psicose.

Ao abordarmos a transferência pudemos ver a relação do psicótico e do autista com o Outro e a importância de um dispositivo com muitos para o tratamento. Verificamos que a transferência, ao contrário de que muitos pensam, supondo-a como um momento facilitador para o tratamento, na verdade constitui-se como um momento muito difícil que necessita de toda a capacidade de manejo do analista. Vimos que na maioria das vezes, era no momento de maior desorganização e de dificuldade do paciente que algo podia se alocar em um dos analistas no dispositivo com muitos, o que requer um grande esforço de manejo e principalmente uma posição diante do desejo marcada pelo desejo do analista.

O dispositivo com muitos se torna então algo facilitador desse manejo tão difícil, pois de certo modo dilui a presença maciça deste Outro, permitindo aos pacientes circular entre muitos e se dirigir a outros que não o seu técnico de referência.

Podemos ver que a relação com o significante e a linguagem da criança psicótica muitas vezes é atuada no corpo, um corpo demasiado desconhecido e estranho a ela, que impele ao gozo e à satisfação a todo o momento. Tomando o significante como aquilo que poderia fazer deste corpo demasiado real, um corpo simbólico que delimitasse as bordas e buracos e que de certa maneira recalcesse o órgão tão vivo nestes pacientes, apostamos no banho de significantes como estratégia de intervenção. Utilizamos o principal recurso que a psicanálise nos oferece que é o significante, tomado como via de acesso a estes pacientes e meio possível de tratar este gozo desenfreado, como foi apresentado nos casos citados na dissertação.

Verificamos no capítulo três que nos momentos em que era possível uma relação de analista e analisante neste dispositivo, tínhamos ali uma psicanálise em intensão e que a

psicanálise não se exercia por efeitos de acúmulo de saber ou pelo estabelecimento de um *setting* para atendimento. Percebemos que esta relação não podia ser garantida pelo fato do paciente estar sendo atendido em um consultório, mas essencialmente pela posição de quem trata. Todos estes desdobramentos nos fizeram afirmar que além de ser possível haver psicanálise em intensão no CAPSi também fazíamos psicanálise aplicada.

Desta forma chegamos à importante conclusão de que psicanálise e política não poderiam estar disjuntas e que o analista deveria reivindicar seu espaço na sociedade, ser um “analista cidadão” diante das questões do país e das políticas públicas e que esta posição não o impediria em nenhum momento de atuar como analista na sua prática cotidiana. O analista não é um ser que não deseja nada, pois ao não desejar nada, deseja o nada, e não é isso que o define como analista, mas sim sua posição diante do saber e no manejo da transferência. O pretensão purismo psicanalítico e a rigidez não podem se confundir com o rigor necessário de sua práxis. O analista ao estar advertido disso é analista e ao mesmo tempo político, também por isso defendemos a denominação de psicanálise quando nos referimos à prática no CAPSi Pequeno Hans.

Assim ao perguntarmos onde está o sujeito, criamos desdobramentos para várias outras perguntas. Uma delas que pareceu-nos mais importante é: será que depois do que foi dito nesta dissertação podemos afirmar que uma clínica que vise justamente este sujeito pode também responder a uma legislação que atribui direitos e deveres aos beneficiários desta lei? A resposta que chegamos nos parece ser positiva.

Percebemos que não se pode falar em cidadania, tomada como um conceito político, se nelas não incluirmos a questão do sujeito, pois somente onde há um sujeito poderá existir uma identificação com algum significante partilhado socialmente, e se isso se dá, temos ao mesmo tempo o desaparecimento do sujeito. Pelo que foi dito, o nosso caminho aponta para um paradoxo da própria teoria psicanalítica, pois ao acreditar que é visando o sujeito que se poderá ou não chegar a um cidadão, estamos falando em um momento de representação desse sujeito, ou seja, em um momento onde, ao conseguirmos vislumbrar uma representação do sujeito ao mesmo tempo vemos seu apagamento em um significante que o representará para outro significante. Para Lacan: “...posto que o significante é o que representa um sujeito para outro significante, no qual o sujeito não está. Ali onde é representado, o sujeito está ausente¹⁸⁷”.

Com isso a questão inicial sobre onde está o sujeito foi discutida ao longo de todo o trabalho, apesar de não haver na dissertação um estudo conceitual sobre o conceito de sujeito

¹⁸⁷ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante*, (1971): Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009. p. 10.

em psicanálise. Agora na conclusão algo aponta para que possamos discutir os efeitos de “perpassar” ao longo deste percurso a questão: onde está o sujeito?

Lacan afirma no seminário 20 que “o sujeito não é jamais senão pontual e evanescente, pois ele só é sujeito por um significante, e para um outro significante¹⁸⁸”, acreditamos que este conceito não se aplica apenas a clínica das neuroses mas a todo sujeito que se trata em psicanálise. Para Elia:

o sujeito é um operador que se impõe a nós, desde que o coloquemos em determinada perspectiva, em determinado lugar a partir do qual interrogamos a experiência humana, seguindo os passos de Freud que foi o primeiro a fazer isso. O sujeito é, portanto, sempre suposto¹⁸⁹.

Apostando e supondo este sujeito em psicanálise, vimos na prática que ele se encontra em mínimos lapsos em que um significante possa vir representá-lo. Seja em uma instituição ou em um consultório ele não é algo manejável, nem tão pouco trabalhável, trabalhamos minimamente com aquilo que nos “traz notícias” dele, foi esta conclusão a que chegamos ao fim deste trabalho.

Dispor de um dispositivo psicanalítico é, portanto, tentar criar condições para que as manifestações deste sujeito possam ser acolhidas e até certo ponto convocadas. Convocar o sujeito e apostar neste sujeito não é tarefa fácil, pois como vimos em alguns casos a representação de algo do sujeito sempre parecia-nos uma certa “piora” do paciente se o tomássemos ao olhos do senso comum. Momento este importantíssimo e muito difícil que convocava o analista a utilizar todo manejo analítico para que algo novo pudesse ser produzido naquele instante.

Miller afirma: “O sujeito não aparece senão a partir da introdução do significante¹⁹⁰”. Essa afirmação nos mostra que as manifestações do autista e do psicótico e as “notícias” que temos do sujeito aparecem na maioria das vezes em seu próprio corpo, o significante aparece junto com o corpo, o que nos leva a ter que estudar mais a afirmação de que o significante é o que representa um sujeito para outro significante nestes casos, aspecto que possa ser discutido em um futuro trabalho de doutorado.

O que buscamos ao longo de todo trabalho foi poder verificar quais são as melhores condições, as condições favoráveis, para que esse sujeito pudesse se manifestar. Como já dissemos, recorreremos à postura do analista e a especificidade de seu desejo, também

¹⁸⁸ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 20: Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. p. 195.

¹⁸⁹ ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. p. 20.

¹⁹⁰ MILLER, J.A. *A Sutura: Elementos da lógica do significante* (1966). In: *Estruturalismo: Antologia de textos teóricos*, op., cit. p. 223.

estudamos as especificidades da estrutura psicótica e sua relação com a linguagem, e afirmamos na maioria dos casos a necessidade de um dispositivo que “facilitasse” o tratamento e fosse mais favorável ao manejo das representações do sujeito. Com isso nos demos conta que todo o trabalho e o percurso que fizemos estava na direção de responder a pergunta: onde está o sujeito? Assim chegamos a uma resposta um tanto surpreendente: concluímos que *o sujeito não está em lugar algum!* O sujeito é algo que convocamos com uma postura psicanalítica, pelo manejo da transferência e por um dispositivo de tratamento, mas nada disso nos garante que ele esteja ou se manifeste em nosso trabalho.

Como já dissemos, temos “notícias” do sujeito, boas notícias por sinal, mas temos estas notícias somente por um desejo, e digo com a maior segurança, um desejo daquele que trata. Para Elia: “nas produções simbólicas, que fazem parte do campo verbal, mas que não se fazem através da fala, o sentido tende a se fundir com o plano que os engendra¹⁹¹”. Com essa afirmação concluímos que através do desejo do analista e do trabalho com o significante na direção de que esta fusão possa de algum modo ser desmontada, podemos através desta desmontagem abrir espaço para algum encadeamento significativo que nos permita estar diante das representações do sujeito.

Ainda com Elia verificamos que “a rejeição da hipnose marca o fim da rejeição do sujeito e sua inclusão¹⁹²”. Usamos esta referência da hipnose para fazer uma analogia ao que pode ocorrer no trabalho com tais pacientes. Verificamos que um trabalho que conduz aquele que é tratado em direção de uma não implicação em seu sofrimento, seria de certo modo uma hipnose, um trabalho que rejeita o sujeito. Ao apostarmos na possibilidade de se ter a psicanálise como método e ética de tratamento de tais pacientes em uma instituição, estamos lutando essencialmente na direção de que algo deste sujeito possa emergir, e portanto, assim como Freud, devemos deixar a “hipnose” de lado.

Outro ponto importante que queremos levantar nesta conclusão é que sempre devemos estar atentos para não criarmos uma idealização do tratamento psicanalítico como algo de que este será o melhor método, ou até a única forma de tratar estes pacientes, mesmo quando verificamos que é o único método que leva em conta o sujeito. Nossa experiência cotidiana cada vez mais nos remete aos limites da prática clínica, a impossibilidade de alguns pacientes diante do método, aos limites de quem se propõe a atendê-los, isso nos leva a uma constante reinvenção de nossa prática e de nossa postura clínica, em que os “bordões” psicanalíticos anunciam talvez as bordas das possibilidades deste modo de tratamento.

¹⁹¹ Elia, L. *O conceito de sujeito*. Op. cit., p. 23.

¹⁹² Idem, *ibidem*. p. 27.

Chegando ao fim deste percurso, verificamos que para além de tudo que pudemos descobrir, para além de tudo que pudemos apreender em relação a uma clínica tão difícil que é a de crianças e adolescentes autistas e psicóticos, aprendemos principalmente que nem sempre temos resposta para uma pergunta que nós mesmos nos colocamos, mas que somente ao podermos fazer uma pergunta é que podemos sustentar nosso desejo de trabalho. Finalmente entendemos a necessidade de nos fazermos a pergunta que Lacan propõe em *Alocução sobre as psicoses da criança*: “que alegria encontramos nós naquilo que constitui nosso trabalho?¹⁹³”, é com esta citação que concluimos.

¹⁹³ Idem. *Alocução sobre as psicoses da criança* (1968). In: *Outros Escritos*. op. .cit., p. 367.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Nympha; ELIA, Luciano. *O que nos autoriza a denominar de psicanálise o que fazemos na instituição pública de saúde mental?* Comunicação Oral apresentada na VIII Jornada Brasileira de Convergência, Varginha-MG, 2008.

BAIO, Virginio. *Invenções do sujeito e de um parceiro na prática entre vários*. In: _____. *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007.

BASTOS, A. Sinthoma: uma questão de escrita. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, jul./dez. 2008.

CIACCIA, Antonio di. A criança e a instituição. In: LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (org.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____. *Inventar a psicanálise na instituição*. In: _____. *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007.

COTTET, Serge. *Freud e o desejo do analista* (1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

ELIA, Luciano. *Kelly e o desejo do analista*. Inédito, 2008.

_____. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

ELIA, Luciano; SANTOS, Kátia. W. A. Bem dizer uma experiência. In: LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (org.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; FIÃES, Rosemary. P. *Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental*. In: : LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (org.). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XII.

_____. *A dissecação da personalidade psíquica* – V. XXII, Conf. XXXI: Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise (1933). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *A História de uma neurose infantil* (1918). In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *A Transferência: Conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1917), V. XVI, Conf. XXVII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Esboço de Psicanálise* (1938). V. XXIII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

FREUD, Sigmund. *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria* (1905). V. VII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Introdução a psicanálise* (1912). V. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud..

_____. *Linhas de progresso da teoria psicanalítica* (1919), V. XVII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)* (1912). V. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *O inconsciente* (1915), V. XIV. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Observações sobre o amor transferencial* (1914). V. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Perda da realidade na neurose e na psicose* (1924) V. XIX. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912), V. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Sobre a psicoterapia* (1905). V. VII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. *Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise)* (1913), V. XII. In: Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

GUERRA, A. C. *A clínica psicanalítica das soluções borromeanas a partir de James Joyce*. Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, V.40, 2008.

LACAN, Jacques. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In: Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *Ciência e Verdade* (1956). In: _____. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1959), In: _____. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *A Instância da letra no inconsciente* (1957). In: _____. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. *A psicanálise e seu ensino*. In: _____. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, Jacques. *Alocução sobre as psicoses da criança*. In: _____. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. *Ato de Fundação* (1964). In: _____. Outros Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. Conferência de Genebra sobre o sintoma (1975). *Opção Lacaniana*, n. 23, dezembro de 1998.

_____. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1958). In: _____. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *Do "Trieb" de Freud e do desejo do psicanalista* (1964). In: _____. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *Engano do sujeito suposto saber*. In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. *Nomes-Do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. *O Seminário, livro 3: As psicoses*, (1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*, (1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*, (1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1988.

_____. *O Seminário, livro 8: A transferência*, (1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante*, (1971): Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. *O Seminário, livro 20: Mais Ainda*, (1975), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985.

_____. *O Seminário, livro 23: O sintoma*, (1975). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. *Petit discours aux psychiatries* (10.11.1967) inédito

_____. *Posição do inconsciente* (1966). In: _____. Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1968). In: _____. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

- LACAN, Jacques. *Radiofonia*. (1970). In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- _____. *Televisão* (1974). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- LAURENT, Eric. *O analista Cidadão*. In: _____. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa. 2007.
- MAURANO, Denise. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- MILLER, J. A. *O Percurso de Lacan*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1987.
- _____. *A Sutura: Elementos da lógica do significante* (1966). In: *Estruturalismo: Antologia de textos teóricos*. Martins Fontes Editora.
- _____. *O significante*. In: *Lacan Elucidado*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1997.
- _____. *Forclusión generalizada*. In: _____. *Los signos del goce*. Buenos Aires: Paidós 1998. p. 367-381
- _____. *Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*. São Paulo: Biblioteca Freudiana (1999).
- MILLER, Judith. *Apresentação*. In: _____. *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.
- KUSNIEREK, M. *Pertinências e limites da prática entre vários*. In: _____. *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007.
- MUNOZ, Nuria. M. *Inventar o amor: um desafio na clínica das psicoses*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado, Programa de Pós graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.
- QUINET, Antônio. *Teoria e Clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- RABINOVICH, Diana. S. *O desejo do psicanalista: liberdade e determinação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.
- ROTerdã, Erasmo de. *Elogio a loucura*. Versão Eletrônica Ebook. 2002.
- SKRIABINE, Paul. *La clinique différentielle du sinthome*. In: *Quarto-Revue de psychanalyse*, n. 86, 2006.
- STEVENS, Alexandre. *A instituição: prática do ato*. In: *Pertinências da Psicanálise Aplicada*. São Paulo: Editora Forense, 2007.
- VIEIRA, Marcos. A. *Restos: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise*. Editora Contra capa, 2008.