



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Centro de Educação e Humanidade

Instituto de Psicologia

Fernanda Gonçalves Câmara

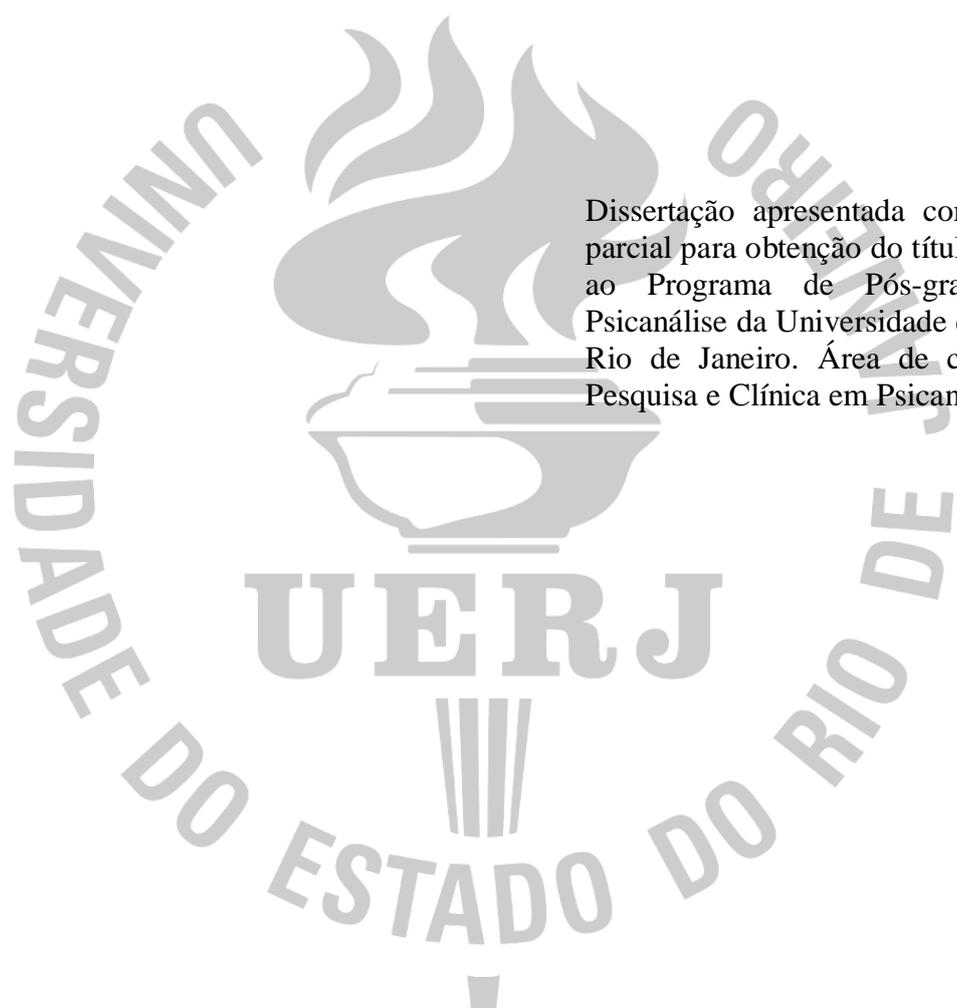
**Entre cortes e laços: a angústia presentificada no corpo e o sujeito
adolescente**

Rio de Janeiro

2022

Fernanda Gonçalves Câmara

Entre cortes e laços: a angústia presentificada no corpo e o sujeito adolescente



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. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rita Maria Manso de Barros

Rio de Janeiro

2022

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

C173 Câmara, Fernanda Gonçalves
Entre cortes e laços: a angústia presentificada no corpo e o sujeito adolescente
/ Fernanda Gonçalves Câmara. – 2022.
97 f.

Orientadora: Rita Maria Manso de Barros.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Adolescência – Teses. 2. Psicanálise – Teses. 3. Relação mãe e filha –
Teses. I. Barros, Rita Maria Manso de. II. Universidade do Estado do Rio de Ja-
neiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

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

Fernanda Gonçalves Câmara

Entre cortes e laços: a angústia presentificada no corpo e o sujeito adolescente

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. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 14 de outubro de 2022.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Rita Maria Manso de Barros (Orientadora)

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Dr. Marcos Vinícius Brunhari

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dr.^a Roseane Freitas Nicolau

Instituto de Psicologia – UFPA

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

CÂMARA, Fernanda Gonçalves. *Entre cortes e laços: a angústia presentificada no corpo e o sujeito adolescente*. 2022. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A presente pesquisa pretende demonstrar a contribuição da Psicanálise para o trabalho desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, frente ao número crescente de casos de adolescentes, majoritariamente do sexo feminino, que, tomadas por intensa angústia, cortam seus próprios corpos. Na contemporaneidade vemos a angústia ser tratada como um mal a ser combatido- o quanto antes- e isso se reflete nos laços sociais, que muitas vezes passam a se assemelhar a transações comerciais, onde um produto deve ser substituído tão logo apresente defeitos. O período da adolescência comporta múltiplas transformações, lutos e ressignificações, que o sujeito atravessará nas relações consigo mesmo, com seu núcleo familiar e na cultura onde esteja inserido. Em nosso trabalho pretendemos, através de fragmentos de casos, levantar o que essas adolescentes nos ensinam com seus sintomas, suas construções e, principalmente, o quanto convidam os serviços voltados para o atendimento ao público infantojuvenil a reverem suas práticas e se reinventarem.

Palavras-chave: Adolescência. Cortar-se. CAPSI. Psicanálise. Relação mãe e filha.

ABSTRACT

CÂMARA, Fernanda Gonçalves. *Between cuts and ties: the anguish present in the body and the adolescent subject* 2022. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The present research intends to demonstrate the contribution of Psychoanalysis to the work developed in a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents, in view of the growing number of cases of adolescents, mostly female, who, taken by intense anguish, cut their own bodies. In contemporary times, we see anguish being treated as an evil to be fought - as soon as possible - and this is reflected in social bonds, which often come to resemble commercial transactions, where a product must be replaced as soon as it presents defects. The period of adolescence involves multiple transformations, mourning and resignifications, which the subject will go through in the relationships with himself, with his family nucleus and in the culture where he is inserted. In our work, we intend, through fragments of cases, to raise what these adolescents teach us with their symptoms, their constructions and, mainly, how much they invite services aimed at serving children and adolescents to review their practices and reinvent themselves.

Keywords: Adolescence. Self-cutting. CAPSI. Psychoanalysis. Mother and daughter relationship.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação às adolescentes que, ao me falarem sobre o seu desamparo, me apontaram o caminho por onde o meu desejo como pesquisadora passava.

AGRADECIMENTOS

À minha família por tanto apoio, pelo incentivo, por me auxiliarem a construir meu tempo e meu espaço para a escrita, além de suportarem os momentos em que a angústia me visitava;

Ao Jackson, meu marido, por tudo que falei no agradecimento acima e também por constantemente me presentear com livros que muito contribuíram para a fundamentação deste trabalho;

À Maria Luiza, minha filha e minha maior poesia, por, entre tantas mudanças e amadurecimento que me causou, foi durante a sua gravidez que percebi ser necessário mudar o tema de pesquisa e me lancei a elaborar meu tema atual;

À Viviane, minha irmã, por ter sido a minha primeira inspiração para buscar o mestrado ao assisti-la no dia da sua defesa;

Aos meus grandes amigos Débora, Livia, Luciano e Andréia pelo acolhimento e incentivo;

À Aldine, grande amiga, pela cumplicidade e parceria no mestrado e para além dele;

À Prof.^a Dr.^a Rita Manso por aceitar orientar este trabalho e, especialmente, por ter acolhido meu pedido para mudar o tema de pesquisa para onde o meu desejo apontava;

À Prof.^a Dr.^a Roseane Nicolau e ao Prof. Dr. Marcos Brunhari pelas contribuições valiosas através da leitura deste trabalho;

À Ana Suy, pela escuta tão sensível e acolhedora nas supervisões, que por várias vezes foram espaço para o desenvolvimento desta pesquisa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quadro da angústia.....	35
Figura 2 – Primeiro esquema da divisão subjetiva.....	39
Figura 3 – Terceiro esquema da divisão.....	39
Figura 4 – As formas do objeto nos diferentes estágios.....	41
Figura 5 – Fórmula da metáfora paterna.....	52
Figura 6 – A estrutura dos discursos.....	73
Figura 7 – Discurso do mestre.....	74
Figura 8 – Discurso do psicanalista.....	7

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. A ATUALIDADE DAS NEUROSES NA CULTURA	14
1.1 Revisão sobre a angústia para Freud	18
1.1.1 <u>Bases para a segunda teoria freudiana da angústia</u>	22
1.1.2 <u>Angústia e castração para Freud</u>	31
1.1.3 <u>Recortes sobre a angústia para Lacan</u>	34
2. MAL-ESTAR, ADOLESCÊNCIA E OS CORTES NO CORPO	45
2.1 Algumas observações sobre eu ideal, ideal do eu e supereu em Freud	45
2.2 Recortes sobre o supereu no ensino de Lacan	51
2.3 Imperativos na atualidade	55
2.3.1 <u>“A repetição nos caminhos do sofrimento”</u>	55
2.3.2 <u>Sintoma, sofrimento e mal-estar</u>	57
2.4 O CAPSI, seu lugar na RAPS e a estranheza da neurose	65
2.4.1 <u>O lugar do CAPSI na cidade</u>	68
2.5 Psicanálise e CAPSI – construindo um lugar	70
3. PRECISO CONVERSAR	76
3.1 “Ela me escuta, mas não me dá dicas”	79
3.2 Fragmentos clínicos	83
3.2.1 <u>A menina e sua mãe</u>	87
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma série de inquietações que pude recolher após minha inserção como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI). Apesar de já atuar na rede de saúde mental do mesmo município, o trabalho nesse dispositivo abriu novos questionamentos em minha prática. A atual pesquisa traz em si alguns giros, resultantes da simultaneidade com que a prática clínica e sua elaboração teórica foram sendo construídas e, por vezes, através da escrita nos foi possível extrair alguma distância entre elas, de modo a ampliar nossa visão sobre o tema.

Semanas após semanas era crescente a quantidade de casos de adolescentes, majoritariamente do sexo feminino, cuja queixa era sentirem-se tão tomadas pela angústia em sua dor de existir, que as levava a endereçar ao CAPSI o seu “não saber mais o que fazer”. Muitas dessas adolescentes tentavam dar vazão à sua angústia através da prática de cortar o próprio corpo, seja nos braços, nos seios, nas coxas etc. É importante desde já sublinhar que os cortes não apareciam em suas falas como parte do sofrimento de que se queixavam ou de que pretendessem se livrar, pelo contrário, eram apaziguadores. Os cortes são trazidos como portas de saída frente ao temor de serem consumidas pela angústia avassaladora. Saídas precárias, entretanto, capazes de fazer algum furo, por mais temporário que fosse, em seu sofrimento.

Esse cenário foi o disparador de diversas interrogações, por exemplo: o que, na contemporaneidade, propiciaria e/ou fomentaria a ocorrência de tais saídas para a angústia? Por que esses casos estão chegando ao CAPSI com tamanha frequência? Se já chegavam anteriormente, por que não eram absorvidos pelo serviço? Se as famílias estão cientes de que suas adolescentes se cortam, por que são exatamente as adolescentes que se esforçam para sustentar a legitimidade, perante a família, do seu pedido de ajuda profissional, ou seja, de que seu sofrimento não é pieguice ou modinha? Em que medida essa forma atual de dar algum encaminhamento ao sofrimento psíquico nos convoca a repensar a clínica psicanalítica? É possível entendermos a prática de cortar-se como uma das manifestações históricas no mundo atual?

Muitas são as formas de nomear a prática de cortar o próprio corpo: autolesão, automutilação, *cutting*, escarificação; entretanto, em nossa pesquisa optaremos por não antecipar qualquer sentido ao nomeá-la e, para isso, utilizaremos os significantes “prática de

cortes no corpo” e “cortar-se”, como forma de permitir que seja o sujeito a nos ensinar sobre o que está em jogo em seu ato. Algumas ferramentas conceituais foram privilegiadas para nos auxiliarem neste estudo, como a angústia, repetição, acting out, passagem ao ato e mal-estar.

Nossa pesquisa teve como eixo central a indagação sobre o que o CAPSI pode fazer frente a essas jovens, pois, além desta instituição recolher alguns efeitos da cultura e das relações familiares, tais casos convocam o serviço a repensar sua prática e seu lugar na sociedade. Apesar dos serviços de Saúde Mental se configurarem como locais de oferta de tratamento para pessoas em intenso sofrimento psíquico, verificamos no cotidiano certa dificuldade das equipes em receber o que não se apresenta como loucura nem como autismo. Onde, então, o sofrimento neurótico, tão deslegitimado ao longo das épocas, poderá ser escutado nos serviços públicos? Somado a isso, temos um agravante: essas usuárias são adolescentes, condição que facilmente as leva a terem seu discurso invalidado como “é só uma fase!”. Assim, com a criação de um grupo voltado para adolescentes e conforme mais jovens buscavam tratamento no CAPSI, tornou-se possível uma abertura de espaço para que essas usuárias pudessem ficar.

No primeiro capítulo, partimos da discussão sobre o que seriam os chamados sintomas contemporâneos para lançarmos luz sobre o lugar dado à angústia, ou melhor, sobre as tentativas de tamponá-la com discursos motivacionais e imperativos de felicidade. A clínica com adolescentes proporciona múltiplas interrogações e Holck (2016) dirá que falar da adolescência implica tratar dos embaraços com a nossa época. Pensar sobre os fatores envolvidos no aumento da quantidade de casos de adolescentes cortando o próprio corpo implicará, então, a reflexão sobre a angústia.

O segundo capítulo discute certos aspectos do conceito de supereu para pensarmos sobre os sintomas dos adolescentes na atualidade e seus efeitos sobre o trabalho em um CAPSI. Ao problematizarmos o trabalho desenvolvido nesse tipo de instituição de saúde mental, também colocamos em questão a inserção da psicanálise na saúde mental. Embora encontremos muitos psicanalistas trabalhando em dispositivos da saúde mental, é relevante frisar que tal inserção não se dá sem impasses e, para contextualizá-los precisamos fazer um breve recorte na história da reforma psiquiátrica.

As condições desumanas dos manicômios antes da reforma psiquiátrica foram propícias para um maior avanço das ações de caráter político desse movimento, objetivando a desinstitucionalização, a garantia de direitos e a retomada da cidadania dos loucos. A dimensão clínica, ao longo do tempo, passou a compor a reforma e tal característica – da

cidadania anteceder a clínica – ainda hoje tem efeitos sobre as equipes nos serviços de saúde mental, em alguns embaraços a respeito da direção do tratamento dos casos.

Ao longo do terceiro capítulo propomos uma breve análise sobre esses embaraços dentro da instituição de saúde mental, em que coexistem duas noções de clínica: de um lado a proposta de reabilitação psicossocial, pautada no viés da cidadania e, de outro, quando se faz presente o discurso analítico, a clínica do sujeito, pautada no sujeito do inconsciente. Os impasses vivenciados na inserção do analista nesses serviços estão relacionados a essa divisão das noções de clínica e ao tensionamento que advém daí. O atendimento a crianças e adolescentes, caso não se esteja advertido e atento, pode facilmente tomar caminhos cuja diretriz seja de ordem pedagógica, o que acaba por ser bem visto na cultura, por estar em harmonia com a lógica do consumo. Em consequência disso teríamos o usuário do serviço de Saúde Mental ocupando um lugar de consumidor do saber dos profissionais que o acompanham, de um saber-fazer com sua vida e suas dores.

A psicanálise, ao não se colocar enquanto um discurso normatizador, ao não se pautar por ideais morais, educativos, de cura e de bem, introduz outro discurso na instituição, que se sustenta no esvaziamento de um saber prévio para dar lugar à escuta do sujeito do inconsciente e fazer furo nos ditames universais para pensar a direção do tratamento a partir do que se recolher da fala de cada sujeito. Assim, acreditamos que a discussão sobre as contribuições da psicanálise para atuação na saúde mental poderá nos trazer elementos para pensarmos a clínica com adolescentes na atualidade e os recortes de casos clínicos apresentados. Mais do que uma ilustração do que poderemos elaborar teoricamente, tais casos foram escolhidos pelo tanto que nos convocaram a repensar o manejo, a rever o nosso lugar na instituição e a reinventar nossa pesquisa. Somado isso, esses casos nos permitiram recolher alguns efeitos da ambivalência na relação mãe e filha para a construção da feminilidade para a filha e no desamparo refletido em seus discursos, nos levando a propor uma articulação entre a prática dos cortes em seus corpos e as dificuldades em se individualizar, em separar-se da mãe. Através desses elementos, ao longo da pesquisa poderemos pensar a parceria entre os cortes e a adolescência, até chegarmos a incluir nela questões sobre o feminino.

A metodologia utilizada para formular o trabalho no qual esta pesquisa se embasa é a construção do clínico, através da qual se substitui a lógica de que somente o saber dos profissionais da equipe é decisivo para a condução do caso pela proposta de que o caso seja construído a partir dos elementos que recolhermos do discurso do sujeito (Figueiredo, 2004, p.79) e das outras partes envolvidas, tais como as instituições e os familiares. Assim, nossa

aposta ao longo da pesquisa será de que, ao suportar escutar o sofrimento do outro, os serviços de Saúde Mental poderão ser incluídos e fomentar novos laços para esses sujeitos.

1 A ATUALIDADE DAS NEUROSES NA CULTURA

Desde que a psicanálise nos advertiu de que quanto mais a sexualidade é “civilizada”, isto é, controlada por sanções morais, mais doenças nervosas são produzidas, a produção de sintomas responde ao contemporâneo, o que ocorre no social atinge o individual e vice-versa (FREUD, 1908, Moral sexual civilizada; 1921, Psicologia das massas). Os sintomas são formados não só por criação de cada sujeito, mas também por que há uma espécie de chamamento inconsciente da época, lugar e cultura. Na medida em que alguns sujeitos vão apresentando tais sintomas, e cochichando para os seus semelhantes, o contágio se dissemina por identificação com os resultados dos atos praticados.

Ao longo dos anos pode-se perceber uma maior prevalência de determinados sintomas, a nos apontar efeitos da cultura sobre o sujeito. Conforme veremos mais detidamente no segundo capítulo, o sintoma para a psicanálise configura-se como uma mensagem cifrada, como a construção mais singular do sujeito, a nos dar notícias do funcionamento do seu inconsciente. Se, para a medicina, a dor de cabeça ou a paralisia devem cessar, devem ser interrompidas, para a psicanálise elas têm algo a dizer. Tomemos como norte a orientação freudiana: “Só esclarecemos a nós mesmos que o estado de enfermidade do paciente não pode cessar com o início de sua análise, e que devemos tratar sua doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual.” (FREUD, 1914a/1969, p.198).

O que, então, poderíamos nomear como sintomas da época atual? Ou melhor, haveria de fato aí algo inédito em nossa atualidade ou apenas novas roupagens? Pensar a expressão "sintomas contemporâneos" para nós implica em um convite a pensar também a adolescência. Os adolescentes nos dão notícias de um mal-estar contemporâneo, com elementos novos e muitos não tão inéditos. É pela perspectiva de um radicalismo que abordam seus romances familiares, seu encontro com o sexual – que de fato é um segundo tempo da sexualidade, suas tentativas de fazer parte de algum grupo, enfim, são muitas as partes e, principalmente, os desencaixes. Poderíamos, então, utilizar a adolescência como uma bússola para pensarmos os chamados sintomas contemporâneos, já que a concepção da adolescência por si só é uma construção social? Acreditamos que sim.

Contemporâneo é o que é da mesma época, do mesmo tempo. A nossa época é o tempo da globalização, da internacionalização, das comunicações em tempo acelerado pela internet e as mídias digitais. Os sujeitos que procuram a psicanálise são fruto dessa época. A psicanálise, embora inserida nessa época, ela é também sua crítica, levando luz para as

sombras projetadas pelo excesso dela. O sujeito, para a Psicanálise, é sempre contemporâneo, na perspectiva de que ele está no seu tempo, se dá conta do que há de enigmático aí e em função de toda essa dinâmica a roupagem do sintoma se apresentará de modos diferentes conforme a época.

Encontramos na atualidade a ideia difundida de novos sintomas, novas formas de sofrimentos ocasionadas por peculiaridades da nossa cultura, nunca antes classificadas pelos códigos internacionais de doenças, mas para as quais a indústria farmacêutica apressa-se em propor algum medicamento. Nesse quadro, podemos apontar alguns elementos que demandam olhar mais detidamente. O primeiro ponto é o investimento da indústria farmacêutica na construção dessa ideia de novos sintomas a lhe convocar a produzir novos remédios, ampliando seu leque de soluções farmacológicas para a psicopatologia da nossa vida cotidiana, como podemos nomear inspirados por Freud. O mal-estar cada vez mais passa a ser omitido, a angústia precisa ser combatida rapidamente e, de preferência, sem deixar rastros, sob o imperativo de uma felicidade que precisa ser perene. Se há vinte anos era necessário buscar um profissional, passar por alguma avaliação clínica e a partir disso obter algum diagnóstico que nomeasse o seu mal-estar, na atualidade o Google e os aplicativos mais diversos não apenas fornecem diagnóstico, como também a terapêutica da moda e reportagens sobre pessoas famosas que tiveram o mesmo quadro e, obviamente, já o superaram. “Força, foco e fé”. Caso ainda permaneça algum sinal de angústia, isso será abordado enquanto índice de insuficiência no empenho em “melhorar-se”.

Na contemporaneidade vemos a angústia ser tratada como um mal a ser combatido- o quanto antes- e isso se reflete nos laços sociais, que muitas vezes passam a se assemelhar a transações comerciais, onde um produto deve ser substituído tão logo apresente defeitos. Um fator "curioso" atrelado, ou melhor, conectado aos chamados sintomas contemporâneos é a “cultura do cancelamento”. Tal cultura consiste na prática de diversas formas de ataques virtuais, por vezes transbordando o campo virtual, e de sabotagens ao perfil nas redes de quem tenha falado algo discordante dos critérios atuais de politicamente correto. Perda em grandes quantidades de seguidores, cancelamento de contratos, perdas de patrocínios, xingamentos e ameaças são as consequências mais comuns da cultura do cancelamento. Sem lugar para o equívoco, para a vacilação, com o declínio de ideais coletivos com que seja possível identificar-se, os usuários chegam aos consultórios com novas apresentações dos sintomas, muitas vezes sem uma demanda de análise, sem um enigma sobre si. Sobram certezas, diagnósticos aos quais o sujeito encontra-se aderido e com certa regularidade os adolescentes conseguem se socializar através dos sintomas, tais como *cutting*, bulimia, anorexia e também

tentativas de suicídio. Talvez seja possível apostarmos não em sintomas contemporâneos, mas em uma direção atual: o sem lugar para a angústia, que na realidade do caso a caso se desenrolará nos “cem” lugares da (in)familiar angústia.

O trabalho em um CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) é um convite ao encontro com sintomas contemporâneos através dos casos que demandam atendimento neste serviço de "alta complexidade" e também mantém na pauta do dia a pergunta em aberto quanto a para onde tal definição de clientela aponta. Para além de uma triagem mais superficial, pautada exclusivamente em um recorte de perfil de algumas estruturas clínicas, faz-se necessário um olhar mais atento ao sofrimento psíquico de quem busca ali tratamento. Entretanto, numerosos casos acabam em uma peregrinação entre os serviços: se, por um lado, são considerados muito graves para serem acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por outro, não se enquadram no perfil de gravidade "compatível" com um CAPS/CAPSI, restrito frequentemente aos casos de psicose e autismo. Neste grupo dos "sem lugar" de tratamento muitos são adolescentes, característica que não consideramos simples casualidade, e sim um indício da dificuldade em se acolher o "sem lugar" intrínseco à adolescência. Diferente do que ocorre em casos de autismo e psicose, em que os pais, de certa forma, se antecipam em buscar tratamento psicológico por um não-enquadramento no que seria um comportamento dito normal, os adolescentes que se encaminham para uma neurose chegam aos CAPSI's e UBS's, na maioria das vezes, já depois de experienciarem muita angústia. Algo já não vai bem para este jovem e, frequentemente, vemos ser o próprio a demandar atendimento psicológico. Este aspecto nos chama atenção por vermos diversos casos em que o adolescente cria estratégias para se fazer ouvir em sua demanda: "meus pais acham que é besteira minha". O que estaria passando despercebido para esses pais? Como o analista pode acolher essa demanda, que por vezes já causa mal-estar na relação com os pais por denunciar um desencontro? Utilizaremos alguns fragmentos de casos para conduzir nosso pensamento ao longo de nossa pesquisa e essas e outras perguntas nos servirão para impulsionar nosso estudo, mais do que para serem respondidas e esgotadas nesse trabalho.

A combinação de dois aspectos da realidade citada, a saber, sofrimento neurótico e adolescência, acreditamos ter grande relevância para dificultar a inserção de tais pacientes na rede de saúde mental. Essa configuração nos remete a uma desqualificação do sofrimento histórico, um certo retorno ao cenário encontrado por Freud e cujo efeito foi nada menos do que a criação da psicanálise.

Perez (2014) no artigo “As neuroses atuais e a atualidade das neuroses” nos propõe que os chamados novos sintomas da contemporaneidade recobrem o que Freud havia classificado como neuroses atuais em seu texto de 1898:

Trabalhamos com as premissas de que formas de sofrimento tão diversas indicam dificuldades em lidar com a angústia e em conferir, pela atividade simbólica, um sentido ao real do corpo, da morte, do sexo e do futuro incerto, e de que se todo o sintoma também é um efeito do social e da sociedade particular em que se expressa, muitos fenômenos contemporâneos, se escapam à definição de psicose, enquadram-se na categoria freudiana de neurose atual (Freud, 1898). (PEREZ, 2014, p.108)

Freud diferencia a neurose atual das psicose quanto à origem, chegando a afirmar que os acontecimentos e influências desencadeadores das psicose residiriam numa época pré-histórica da vida: a primeira infância, enquanto os conflitos no presente originariam a neurose atual. Outra relevante diferença é a sintomatologia: nas neuroses atuais os sintomas “não são uma expressão simbólica e superdeterminada, mas resultam diretamente da ausência ou inadequação da satisfação sexual” (Perez, 2014, p.109). No artigo “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’” de 1895, Freud já havia estabelecido importante diferença entre, de um lado neurose de angústia e neurastenia, e do outro, histeria e neurose obsessiva:

No que concerne a sua natureza íntima, a neurose de angústia apresenta as mais interessantes concordâncias e diferenças em relação às outras neuroses principais, especialmente à neurastenia e à histeria. Partilha com a neurastenia uma característica especial – a saber, a de que a fonte da excitação, a causa precipitante do distúrbio, reside no campo somático, e não no psíquico, como ocorre na histeria e na neurose obsessiva. (FREUD, 1895 [1894] /1986, p.111)

Por que consideramos que Freud contribui para a discussão sobre os chamados sintomas contemporâneos ao propor que a causa precipitante nas neuroses atuais reside no campo somático? Perez (2014) aponta que Freud ao abordar esta diferença entre as fontes de excitação “salientou que haveria uma transformação direta da excitação em angústia, sem sua passagem pelo simbólico” (p.109) no caso das neuroses atuais. Como podemos desdobrar isso na clínica?

Leite (2011) nos aponta que “a discussão em torno da angústia acompanha a própria constituição da psicanálise, já que foi tratada ao longo da obra freudiana como o eixo central da clínica das neuroses”. Sendo assim, para que possamos lançar luz sobre a crescente quantidade de jovens envolvidos com a prática dos cortes em seus corpos, precisamos antes rever o conceito de angústia e a maneira como seu excesso pode ser tratado, considerando

aqui que uma certa gradação da angústia faz parte do ato de viver, sendo inclusive propulsora de mudanças em busca da realização de desejos.

1.1 Revisão sobre a angústia para Freud

Encontramos duas teorias freudianas da angústia, conforme o autor avançava na elaboração da psicanálise. Na primeira teoria, a angústia será abordada em articulação com a sexualidade. No *Rascunho E*, de 1894, parte da correspondência endereçada a Fliess, Freud já o inicia associando a angústia dos seus pacientes neuróticos com a sexualidade e observa entre os tipos de angústia elencados - de pessoas virgens, de pessoas voluntariamente abstinentes, de pessoas obrigatoriamente abstinentes, de mulheres cujos maridos praticam *coitus interruptus* ou ejaculação precoce, de homens que praticam *coitus interruptus*, de homens de mais idade com diminuição de sua potência sexual e de pessoas ocasionalmente abstinentes - que o ponto de interseção nesses casos é a abstinência, como geradora do acúmulo de tensão sexual física:

A acumulação ocorre como consequência de ter sido evitada a descarga. Assim, a neurose de angústia é uma neurose de represamento, como a histeria; daí a sua semelhança. E visto que absolutamente nenhuma angústia está contida no que é acumulado, a situação se define dizendo que a angústia surge por transformação a partir da tensão sexual acumulada (FREUD, 1894/1969, p.213).

A angústia nos primeiros artigos será abordada a partir da discussão sobre as neuroses de angústia. Freud compreende que na neurose de angústia, apesar da tensão física aumentar ao nível de poder despertar o afeto psíquico, essa tensão não conseguiria conectar-se psiquicamente e ocorreria uma espécie de conversão. Neste ponto ele faz uma distinção entre a conversão na histeria e na neurose de angústia; enquanto na primeira é uma excitação psíquica que se desvia rumo à área somática, na segunda é uma tensão física que permanece no âmbito físico (FREUD, 1894/1969, p.217).

No texto *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'* (1895 [1894] /1987), Freud justifica o surgimento da angústia como resultado da deflexão da excitação sexual somática (libido) que não foi descarregada:

A psique é invadida pelo *afeto* de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) *vinda de fora*; e fica presa de uma *neurose* de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) *vinda de dentro* – em outras palavras, *ela se comporta como se*

estivesse projetando tal excitação para fora. O afeto e a neurose a ele correspondente estão firmemente inter-relacionados. (FREUD, 1895 [1894] /1987, p.109)

Ou seja, o afeto e a neurose de angústia seriam modos do psiquismo responder a excitações de fontes e durações distintas: excitações exógenas pontuais no caso do afeto e excitações endógenas como força constante (pulsão) na neurose. Freud constatou também relevante diminuição da libido nos quadros de neurose de angústia.

Podemos, assim, compreender que, para Freud, a neurose de angústia é o equivalente somático da histeria (1895 [1894] /1987, p.111), assemelhando-se pela ocorrência de acúmulo de excitação e da elaboração psíquica insuficiente a gerar um desvio para o campo somático, e se diferenciando pela fonte de excitação na neurose de angústia ser somática e, na histeria ser psíquica.

Freud, baseado no princípio da constância (estabelecido por Fechner), inicialmente pensará o funcionamento do aparelho psíquico regido pela tendência a se manter em níveis baixos de excitação, estado esse associado à ideia de prazer, enquanto os níveis elevados de excitação seriam fontes de desprazer. Sendo assim, o aparelho psíquico se dedicaria a buscar a homeostase, evitando o desprazer. A excitação sexual acumulada, que não pôde ser descarregada, será entendida como fonte de desprazer.

Na *Conferência 25 – A angústia* (1917c), Freud falará de dois tipos de angústia: a realista e a neurótica. A primeira corresponderia a uma resposta à constatação de um perigo externo, sendo, a princípio, racional e adequada. Entretanto, o autor se dará conta de que mesmo a angústia realista não se configura como uma resposta adequada frente ao perigo, uma vez que o adequado em tais situações seria, depois de uma avaliação das próprias forças e das dimensões dos riscos, escolher entre fugir, defender-se ou atacar. Apesar disso, Freud valorizará a dimensão de prontidão diante do perigo na situação angustiante, ou seja, a angústia enquanto sinal – e não o seu desenvolvimento. Ao abordar o uso dos termos *angst* (angústia), *furcht* (temor) e *schreck* (terror) o autor aponta a falta de objeto da angústia:

Apenas acho que “angústia” se refere ao estado, não considerando o objeto, ao passo que “temor” chama a atenção precisamente para o objeto. “Terror”, por outro lado, parece ter um sentido especial, o de realçar o efeito de um perigo que não é recebido com a prontidão da angústia. Pode-se dizer, assim, que o homem se protege do terror por meio da angústia. (FREUD, 1917c/2014, p.304)

Em *Inibição, sintoma e angústia* (1926 [1925] /2014) o autor retornará nesse ponto da falta de objeto. Ainda na *Conferência 25* (1917c/2014), Freud nos dirá que na base de alguns afetos encontramos a repetição de alguma vivência precoce e o ato do nascimento seria

a base do afeto de angústia. Os efeitos no corpo gerados por esse primeiro perigo de vida, como a aceleração dos batimentos cardíacos e da respiração, são frequentemente encontrados nos chamados ataques de angústia. Assim, o ato do nascimento pode ser compreendido como fonte e modelo do afeto da angústia.

Ao se debruçar sobre a angústia neurótica, Freud pôde avançar em seus conhecimentos. Ele nomeou como angústia expectante ou expectativa angustiada o estado no qual a angústia encontra-se generalizada: “uma angústia que influencia o juízo, que seleciona expectativas, à espreita de uma oportunidade para justificar-se.” (1917c/2014, p.306). Em quadros como os de neurose de angústia a expectativa angustiada é intensa e esse tipo de neurose foi incluído por Freud entre as neuroses atuais. Em contrapartida, nos casos de fobia a angústia não é flutuante, e sim bastante vinculada psiquicamente a objetos ou situações específicos. Há ainda um terceiro tipo de angústia neurótica, do qual pouco se sabe a respeito, além de que nele não se consegue verificar qualquer ligação entre a angústia e o perigo (FREUD, 1917c/2014, p.308).

Freud, já mais próximo ao final da *Conferência 25* (1917c/2014), retomará o argumento sobre a libido não descarregada satisfatoriamente – como nos casos despertados pela abstinência sexual- poder resultar nos estados de angústia, mas agora é necessária uma característica particular da libido: “apresentar força correspondente e não se resolver em sua maior parte pela sublimação.” (p.310). Deste modo o autor dá destaque ao aspecto quantitativo da libido, seja para conseguir gerar um adoecimento ou até mesmo para definir traços de caráter. O autor se interroga acerca da relação íntima entre libido e angústia, observando que em algumas fases da vida, como a puberdade e o período da menopausa, onde há influência no adoecimento por angústia, verifica-se intenso aumento da produção de libido (FREUD, 1917c/2014, p.310). Em alguns momentos libido e angústia se misturam, em meio a situações de grande excitação, depois há o decréscimo da libido e, então, ela é substituída pela angústia.

Esse aspecto da angústia como um substituto será o terreno em que Freud articulará os conceitos de angústia e recalque. Aqui faz-se importante uma diferenciação entre o conceito de repressão e recalque, de modo a evitar a confusão de tomá-los como sinônimos. Roudinesco e Plon (1998) fornecem a seguinte definição: “a repressão é uma operação psíquica que tende a suprimir conscientemente uma ideia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável.” (p. 659), enquanto o recalque é um mecanismo inconsciente de defesa. O termo alemão *Verdrängung*, cujo significado em português seria recalque, foi traduzido para a língua inglesa como *Repression*, por James Strachey, que em português significa repressão.

Em decorrência da versão em português das obras freudianas inicialmente ter sido extraída da versão inglesa, gerou-se uma confusão quanto a esses mecanismos. Sendo assim, nas citações que faremos ao longo do nosso texto constará o termo repressão, equivocadamente, para nos referirmos ao mecanismo do recalque.

A neurose muito ensinou a Freud sobre a angústia; em 1917 o autor considerava a angústia como posterior ao recalque, “a moeda universal corrente” (FREUD, 1917c/2014, p.311) a substituir qualquer tipo de afeto após o processo de recalque atingir o conteúdo ideativo ligado a eles. Tanto na neurose obsessiva quanto na histeria, Freud constatou que a formação dos sintomas atuava como meio de escapar ao desenvolvimento da angústia e, não tendo meios de distinguir as sensações provocadas pela angústia realista e a neurótica, enuncia: “Assim como a tentativa de fuga ante o perigo exterior dá lugar ao enfrentamento e a medidas que visam à defesa, também o desenvolvimento da angústia neurótica cede lugar à formação do sintoma, o que produz uma vinculação da angústia.” (FREUD, 1917c/2014, p.312). Se a angústia realista é uma reação do Eu frente a um perigo externo, a angústia neurótica será a reação frente à demanda da libido, ou seja, a um perigo interno vivenciado pelo Eu como se externo fosse. Entretanto, a libido não pode ser reconhecida como um objeto externo, por não se tratar de algo alheio à pessoa, “destacável” da mesma, e sim parte dela, em função disso, Freud dirá que as neuroses lançam mão de outras formas de evitação do desenvolvimento da angústia, já que a projeção do perigo da libido para o exterior nunca é bem-sucedida (1917c/2014, p.316).

No texto “*Inibição, sintoma e angústia*” (1926 [1925] /2014) Freud nos apresenta sua segunda teoria da angústia, com ênfase em sua ligação com o eu e logo no começo do artigo afirma:

O Eu retira o investimento (pré-consciente) do representante de instinto a ser reprimido e o aplica na liberação de prazer (angústia). O problema de como surge a angústia na repressão pode não ser simples; mas temos o direito de nos apegar à ideia de que o Eu é a genuína sede da angústia, e de rejeitar a concepção anterior de que a energia de investimento do impulso reprimido é transformada automaticamente em angústia. Se antes me expressei desse modo, forneci uma descrição fenomenológica, não uma exposição metapsicológica. (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.16)

A segunda teoria da angústia faz um giro na primeira ao considerar a gênese da angústia não mais após o recalque, como produto dele, e sim o antecedendo. Para além de serem dois momentos diferentes do que Freud concebeu sobre a angústia, essas duas teorias nos refletem momentos diferentes de desenvolvimento da própria psicanálise. Para Freud

formular a segunda teoria sua fundamentação é embasada na elaboração de outros conceitos, como pulsão, pulsão de morte, o Édipo, castração. Em função disso, pausaremos nossa discussão acerca da segunda teoria da angústia para acompanharmos o embasamento que levou o autor até ela.

1.1.1 Bases para segunda teoria freudiana da angústia

A psicanálise desde o seu início impactou a sociedade de sua época em diversos aspectos; a descoberta do inconsciente revela a existência em nós de algo estranhamente familiar e descentra a consciência enquanto sede do sujeito: “o eu não é senhor nem mesmo em sua própria casa”, dirá Freud em “*Uma dificuldade no caminho da psicanálise*” (1917e/1976). Outro relevante passo dado por Freud reside no conceito de pulsão para pensar a sexualidade humana, empregado por ele pela primeira vez em 1905:

Por ‘instinto’ deve-se entender provisoriamente o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um ‘estímulo’, que é estabelecido por excitações *simples* vindas de *fora*. O conceito de instinto é assim um dos que se situam na fronteira entre o psíquico e o físico. A mais simples e mais provável suposição sobre a natureza dos instintos pareceria ser que, em si, um instinto não tem qualidade, e no que concerne à vida psíquica deve ser considerado apenas como uma medida da exigência de trabalho feita à mente. (FREUD, 1905/1986, p.171)

Freud optou por utilizar o termo *Trieb* para falar sobre o conceito de pulsão, ao invés de utilizar o termo *Instinkt*, demonstrando, assim, haver diferença entre o que é da ordem do pulsional e o que é da ordem do instinto. Entretanto, James Strachey, ao traduzir a obra freudiana da língua alemã para a inglesa, optou por traduzir *Trieb* por *instinct*, que seria a tradução mais adequada para *Instinkt*, abrindo margem para uma compreensão equivocada do texto freudiano. Em decorrência de nossa edição das obras completas de Freud serem fruto da tradução da versão na língua inglesa para a língua portuguesa, nos cabe compreender como pulsão o que estiver registrado no texto como instinto.

Ao longo de sua obra Freud construiu dois dualismos pulsionais, no primeiro dualismo tínhamos dois grandes grupos de pulsões: em um polo, as pulsões sexuais, voltadas para as funções de manutenção da espécie, e em outro, as pulsões de autoconservação ou pulsões do eu, responsáveis pela preservação das funções corporais vitais, como a alimentação. Os dois tipos de pulsões estariam submetidos a princípios de funcionamento distintos: o princípio de realidade a reger as pulsões do eu, que somente são satisfeitas com

objetos reais, já o princípio do prazer determinaria o funcionamento das pulsões sexuais, cujo objeto pode ser fantasmático. Neste primeiro momento da teoria das pulsões, pela questão da reprodução se fazer tão presente, não é tão evidente a compreensão freudiana acerca de o sexual não poder ser reduzido à reprodução e é proposto que as pulsões sexuais se utilizam das pulsões de autoconservação como apoio (*Anlehnung*). A noção de apoio tem muita relevância para compreendermos a pulsão e também diferenciá-la de instinto. A pulsão sexual originalmente se apoiaria em uma função somática vital, que é da ordem do instinto, sendo a amamentação do lactente o modelo de função somática escolhido por Freud (1905):

Foi a sua primeira e mais vital atividade, sugando o seio da mãe ou substitutos dele que deve tê-la (a criança) familiarizado com este prazer. Os lábios da criança, a nosso ver, comportam-se como uma zona erógena, e sem dúvida o estímulo do morno fluxo do leite é a causa da sensação de prazer. A satisfação da zona erógena se associa, no primeiro caso, à satisfação da necessidade de nutrição. De início, a atividade sexual se liga a funções que atendem à finalidade de autopreservação e não se torna independente delas senão mais tarde. (FREUD, 1905/1986, p.186)

Ao apoiar-se no instinto, a pulsão descola-se dele e opera um desvio quanto às suas fontes e objetos específicos, marcando aí uma ruptura entre eles (pulsão e instinto). Haveria, então, a necessidade de repetir a sucção já não mais motivada por uma demanda de nutrição, mas visando ao prazer erótico que advém daí. O mesmo ocorrerá em relação a todas as demais funções corporais correspondentes às pulsões de autoconservação. Freud indica a puberdade como o momento em que o processo de encontro de um objeto, iniciado na primeira infância, se completa. Inicialmente vimos que o objeto da pulsão sexual era externo ao próprio corpo, posto que sua satisfação estava vinculada à ingestão de alimentos; mais tarde, quando a criança já compreende a quem pertence o órgão a lhe dar satisfação, a pulsão sexual perde esse objeto e torna-se autoerótica; somente após o período de latência é restaurada a relação original. Freud (1905/1972) nos fornece ainda importante indicação: “Há, portanto, bons motivos para que uma criança que suga o seio da mãe se tenha tornado o protótipo de toda relação de amor. O encontro de um objeto é, na realidade, um reencontro dele” (p.229).

Posteriormente, Lacan discordará da concepção freudiana das funções vitais serem abordadas enquanto pulsões de autoconservação, pois ao estarem referenciadas ao nível da necessidade biológica, já disporiam de objetos de satisfação previamente determinados e comuns a toda espécie, como nos indica a noção de instinto, ou seja, incongruentes com o campo pulsional: “[...] longe de as pulsões sexuais virem a se apoiar naquelas de autoconservação, são estas que, na verdade, se apoiam naquelas: a especificidade do humano

implica precisamente que o funcional seja subvertido de modo constante pelo pulsional” (JORGE, 2008, p. 48).

O texto “*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*” (1905/1972) divide-se em três partes, a terceira constitui “As transformações da puberdade” e podemos ler em nota de rodapé no início da sua terceira seção, intitulada “A teoria da libido”, a informação de que toda esta seção, exceto o último parágrafo, foi incluída apenas em 1915, após o trabalho de Freud sobre o narcisismo e muito baseada no que ali foi desenvolvido. Freud, nessa seção, define a libido como “uma força quantitativamente variável que poderia servir de medida do processo e das transformações que ocorrem no campo da excitação sexual” (1905/1972, p.223), sendo a manifestação da pulsão sexual na vida psíquica. O autor nomeia como libido do eu uma quantidade de libido cujos ‘movimentos’- tais como sua produção, aumento, diminuição, distribuição e deslocamento – se refletirão em fenômenos psicosssexuais. Ao se concentrar sobre algum objeto sexual, ou seja, ao fornecer a ele energia libidínica, a libido do eu torna-se libido de objeto e, após ser retirada dos objetos ficará em suspenso e, em seguida, se dirigirá ao próprio eu, voltando a ser libido do eu, também chamada de libido narcísica. Freud observa que:

Libido narcísica ou libido do ego parece ser o grande reservatório de onde são enviadas as catexias de objeto e para onde são novamente recolhidas; a catexia libidínica narcísica do ego é o estado de coisas original, realizado na primeira infância, sendo meramente abrangido pelas manifestações posteriores da libido, persistindo, todavia, atrás delas, em seus elementos essenciais. (FREUD, 1905/1972, p.224)

Freud a partir de 1914 b, ao construir o conceito de narcisismo, começará a rever sua primeira teoria pulsional, suspendendo a separação entre pulsões sexuais e pulsões de autoconservação para reuni-las como pulsões de vida e proporá o conceito de pulsão de morte, em oposição a elas. Jorge (2008) sublinha a relevância deste momento para a teoria psicanalítica:

Nessa nova dicotomia, a noção de apoio perde sua importância para dar lugar à afirmação mais radical da essencialidade do pulsional enquanto especificando a sexualidade humana: a saber, a **falta do objeto**. Pode-se mesmo dizer que o conceito de pulsão, a rigor, só foi destacado em sua mais radical especificidade com a introdução por Freud da **pulsão de morte**, o que talvez constitua a principal fonte de sua recusa. (JORGE, 2008, p.49)

Mas quais efeitos o conceito de narcisismo trouxe sobre a teoria pulsional existente? Tínhamos o seguinte panorama: o conflito psíquico residiria entre as pulsões de autoconservação, também chamadas de pulsões do eu, regidas pelo princípio de realidade, e

as pulsões sexuais, regidas pelo princípio do prazer. O eu seria então a estrutura psíquica autônoma responsável pela autoconservação, por defender os interesses vitais, mediando a relação do indivíduo com o mundo. Birman (1993) sintetizará a concepção das ações do eu na primeira teoria pulsional:

Não obstante o assédio do eu pelas pulsões sexuais, o eu poderia manter os interesses vitais do indivíduo. Daí porque o eu era o agente do recalque, o representante da censura e dos valores morais que, centrado na manutenção do indivíduo, poderia repelir as tentativas de subversão da individualidade pelo sexual. (BIRMAN, 1993, p.16)

Preservadas das influências da sexualidade perverso-polimorfa, as pulsões de autoconservação teriam autonomia no conflito psíquico e o eu configurar-se-ia como lugar da razão, soberano no psiquismo no processo de disciplinar a sexualidade. Birman (1993) assinala que naquele momento “Freud supõe que o processo civilizatório é uma realização do eu, mas que se empreende à custa da sexualidade” (p.18). Quando Freud propõe o conceito de narcisismo a primeira teoria pulsional é diretamente abalada, pois constata-se que o eu, antes visto como salvaguardado das incidências do sexual, agora é compreendido como uma instância erotizada, ou seja, também regulada pelo princípio do prazer, tais como as pulsões sexuais. Logo nas primeiras páginas de “*Sobre o narcisismo: uma introdução*” (1914b/1974), Freud enuncia que, em determinadas circunstâncias, após o indivíduo retirar a libido de objetos externos, ela é revertida para o próprio eu, em outras palavras, há uma oscilação da libido entre o eu e os objetos e sua regulação será feita pelo princípio do prazer.

No artigo “*As pulsões e seus destinos*” (1915/2014), apesar de posterior ao estudo sobre narcisismo, ainda encontramos a contraposição entre pulsões do Eu e pulsões sexuais, entretanto, grande parte do artigo dedica-se a pensar o retorno do investimento pulsional no próprio Eu e, para isso, investiga os destinos das pulsões sexuais, cujo conhecimento teórico a respeito era maior do que o referente às demais pulsões. Freud formula que

O Eu, na medida em que é autoerótico, não tem necessidade do mundo exterior, mas recebe dele objetos, devido às vivências das pulsões de autopreservação, e não pode deixar de sentir os estímulos pulsionais internos por certo tempo como desprazerosos. Sob o domínio do princípio de prazer ocorre nele um novo desenvolvimento. Ele toma para si, em seu Eu, os objetos oferecidos, desde que eles sejam fontes de prazer, introjeta-os (de acordo com Ferenczi) e, por outro lado, expõe o que dentro dele se torna causa de desprazer. (FREUD, 1915/2014, p 52)

Em nota de rodapé ainda nesse texto, porém, Freud demonstrará que originalmente todo indivíduo passa por um período de desamparo e de cuidados, onde se evidencia a função estruturante e fundamental do outro como condição para o eu narcísico primordial se

desenvolver, tendo em vista que as pulsões sexuais demandam um objeto e as pulsões do Eu não podem ser satisfeitas autoeroticamente.

O artigo “*Além do princípio do prazer*”, de 1920, marca o novo dualismo pulsional com a introdução do conceito de pulsão de morte, representando uma grande virada na teoria psicanalítica, por impactar também a primeira tópica freudiana (1900-1920) e reformular o próprio conceito de pulsão. Anteriormente, no capítulo VII de “*Interpretação dos sonhos*”, Freud concebia o aparelho psíquico repartido em instâncias ou sistemas: consciente, pré-consciente e inconsciente, enquanto lugares psíquicos e não anatômicos.

Freud, como vimos anteriormente, relaciona a quantidade de excitação disponível no interior do aparelho psíquico e “não ligada de alguma maneira” (1920/2020) com as sensações de prazer e desprazer, de modo que o prazer corresponderia à diminuição desta excitação, enquanto o desprazer estaria associado ao seu aumento. Acreditava-se que o aparelho psíquico estivesse sob o domínio do princípio do prazer, voltado para a manutenção da quantidade de excitação em níveis mais baixos possíveis, para evitar, assim, o desprazer. Todavia, Freud percebe haver aí uma discordância quanto ao que ele observa em sua prática. Como sustentar a ideia de o aparelho psíquico ser dominado pelo princípio do prazer, se a maior parte dos processos anímicos não conduz ao prazer? O princípio do prazer é próprio do modo de funcionamento do aparelho psíquico denominado processo primário, através do qual a energia psíquica livre busca sua descarga de maneira rápida. Já no processo secundário a energia está ligada e seu escoamento é retardado, ou até impedido, sob influência das pulsões de autoconservação do Eu. O princípio do prazer é sucedido pelo princípio de realidade, que, sem desistir de alcançar a satisfação, exige seu adiamento e tolera temporariamente o desprazer até chegar ao prazer. O princípio de realidade constitui um desvio do princípio do prazer e está associado ao processo secundário. Garcia-Roza (2009) sintetiza tais associações da seguinte forma:

Na medida em que o princípio de prazer coincide com o processo primário e que este tende à satisfação alucinatória (pelo caminho regressivo), é o princípio de realidade que vai funcionar como evitador da frustração, impedindo a alucinação ou permitindo-a dentro de certos limites. O que o princípio de realidade vai possibilitar é, basicamente, a discriminação entre a alucinação e a percepção ou, para usar a expressão de Pierre Janet, a manutenção da “*fonction du réel*”. (GARCIA-ROZA, 2009, p.112)

A substituição do princípio do prazer pelo princípio de realidade, entretanto, só ocasiona uma pequena parte das experiências de desprazer. É importante frisar que, apesar do

princípio do prazer ser sucedido pelo princípio de realidade, Freud demonstra que o princípio do prazer continuaria a ocorrer, vencendo-o.

Recapitulando então, antes de 1920, a psicanálise descrevia as pulsões sexuais, dirigidas ao objeto, em oposição às pulsões de autoconservação do Eu. O desenvolvimento da noção de narcisismo, conforme já nos referimos anteriormente, impactará esta divisão por, a partir dela, compreendermos que o Eu é o verdadeiro e originário reservatório da libido. Ou seja, somente a partir disso é que a libido se estenderia até o objeto. Parte das pulsões do Eu passaram a ser reconhecidas enquanto pulsões sexuais libidinais e a oposição entre pulsões do Eu e pulsões do objeto dá lugar à união delas sob o nome de pulsões libidinais. A oposição agora envolverá as pulsões libidinais e as pulsões que devem ser estabelecidas no Eu, como nos dirá Freud sobre as pulsões de destruição. Portanto, teremos nesta nova configuração: pulsões de vida (Eros) em oposição às pulsões de morte.

A partir da observação da repetição insistente de sonhos traumáticos, da repetição no brincar da criança e da compulsão à repetição na relação transferencial, Freud teorizou a pulsão de morte por verificar nessas repetições a insuficiência da noção de o aparelho psíquico funcionar regido pelo princípio do prazer. A repetição de sonhos nas chamadas neuroses traumáticas, em que se revivia a situação de seu acidente, parecia contrariar a concepção dos sonhos enquanto realizações de desejos.

Já a brincadeira infantil, inicialmente inferida a partir da observação de seu próprio neto, com dezoito meses de vida, que lançava um carretel atrás de móveis, fazendo-o desaparecer (emitindo um longo “o-o-o”, entendido como *fort* [desapareceu, sumiu]) e aparecer (acompanhado por um alegre “a-a-a”, entendido como *da* [eis aqui, achou, chegou]), levará Freud a pensar que seria o modo pelo qual a criança busca superar a ausência da mãe. A criança, ao representar simbolicamente as saídas e chegadas da mãe, conseguia obter domínio sobre esta situação, que apenas vivenciara passivamente, e se compensava pela renúncia pulsional a que se submetera ao não se opor à saída da mãe. Aqui ainda não há propriamente uma discordância do princípio do prazer, posto que a repetição de uma situação desprazerosa visava superar e dominar tal desprazer.

O terceiro fato observado consiste na repetição na relação transferencial, por parte do paciente, de uma situação traumática, em vez de somente recordá-la como parte de suas vivências do passado. Freud afirmará que, se o tratamento for levado a este ponto, teremos a neurose anterior substituída por uma nova neurose de transferência, condição para se estabelecer o tratamento psicanalítico. O autor nos adverte do equívoco da compreensão de que combater as resistências seja combater resistência do inconsciente, em razão do conteúdo

recalcado almejar alcançar a consciência, sem impor resistência ao tratamento. As camadas e sistemas superiores no aparelho psíquico seriam responsáveis pelo recalçamento e também pelas resistências ao trabalho analítico. Devido aos motivos das resistências serem inconscientes no início do tratamento, isso acaba facilitando o referido equívoco quanto à origem delas, Freud, então, optará por abordar a oposição entre o Eu coerente e o recalcado, ao invés de ser entre o consciente e o inconsciente:

Após essa substituição de um modo de expressão puramente descritivo por um modo de expressão sistemático ou dinâmico, podemos dizer que a resistência dos analisandos provém do seu Eu, e então percebemos imediatamente que a compulsão à repetição deve ser atribuída ao recalcado inconsciente. (FREUD, 1920/2020, p.89)

Freud declara que a compulsão à repetição na maior parte das vezes provocará desprazer ao Eu, por revelar as atividades das moções pulsionais recalçadas, entretanto, este desprazer ainda não se configura como uma exceção ao princípio do prazer por significar um desprazer para um sistema, mas ser prazer para o outro. Nesta altura do artigo *Além do princípio do prazer* (1920/2020) encontramos uma nota do tradutor a nos sublinhar que todas as experiências de desprazer apontadas por Freud até ali – sonhos traumáticos, brincar das crianças e compulsão à repetição - ainda não contradiziam o princípio do prazer. A novidade residirá na descoberta de que a compulsão à repetição atua também sobre experiências do passado que não incluem qualquer possibilidade de causar prazer, mesmo de moções pulsionais recalçadas. Tal compulsão estará relacionada também com os sonhos traumáticos e o brincar infantil.

Se o conteúdo das situações repetidas gera desprazer, o que motivaria a revivê-las insistentemente? Era necessário reconhecer aí algo que ultrapassasse o princípio do prazer, a esse mais-além Freud nomeou como pulsão de morte. Este novo conceito o levará a constatar duas características gerais das pulsões, a saber, seu caráter conservador, posto que

Uma pulsão seria, portanto, uma pressão inerente ao orgânico animado para restabelecer um estado anterior, pressão que esse ser animado precisou abandonar sob a influência de forças perturbadoras externas; ela seria uma espécie de elasticidade orgânica, ou, se preferir, a manifestação da inércia na vida orgânica. (FREUD, 1920/2020, p.131).

Ou seja, o seu caráter conservador nos demonstra haver no orgânico, enquanto algo inerente a ele, uma pressão a conduzi-lo de volta ao estado inanimado, cabendo à pulsão de morte a função de empreender tal retorno. A pulsão não tende a buscar a mudança e sim a

repetição de um estado anterior, arcaico. O caráter conservador, como já se pôde perceber, revela o aspecto repetitivo da pulsão: “A meta de toda vida é a morte” (FREUD, 1920/2020, p.137).

Esse último aspecto impulsiona a compulsão à repetição onde o indivíduo se coloca reiteradas vezes em situações desprazerosas, em um retorno às experiências já vividas. A partir do artigo “*Além do princípio do prazer*” (1920/2020), Freud, dando-se conta da insuficiência de sua primeira tópica para responder pelo funcionamento do aparelho psíquico, funda sua segunda tópica com o reconhecimento da pulsão de morte, cujas manifestações demonstram sua ação mais além do princípio do prazer, sem, contudo, dissociar-se dele, ou seja, as pulsões de morte encontram-se ligadas às pulsões de vida e não se manifestam dissociadas delas.

A respeito do complexo de Édipo e da castração Freud já havia elaborado algumas considerações ao longo de suas obras, inicialmente apostando que se dariam de modo equivalente entre meninos e meninas, exceto pelo primeiro objeto de amor: para as meninas, seria o pai; para os meninos, a mãe. Em 1924, encontraremos no artigo “*A dissolução do complexo de Édipo*” a mãe como o primeiro objeto de amor tanto para o menino quanto para a menina, a ocupar-se dos cuidados com seus corpos, com isso lhes apresentando às primeiras sensações prazerosas, enquanto o pai representa para ambos a figura de um rival. As diferenças no desenvolvimento da sexualidade dos meninos e das meninas começam a ser pensadas neste texto, deixando de lado a ideia de uma equivalência entre eles.

Nos meninos, a ameaça de castração proveniente do somatório de ameaças verbais para inibir suas experiências masturbatórias e fantasias incestuosas dirigidas à mãe, junto com a descoberta da ausência de pênis nas mulheres, os defrontará com duas possibilidades de satisfação: 1) ativamente, ao desejar substituir seu pai e tomar para si sua mãe, na lógica do *ter* e 2) passivamente, onde anseia ser amado pelo pai, ocupando o lugar da sua mãe, na lógica do *ser*. A decisão resume-se em abrir mão de seu objeto de amor incestuoso ou colocar em risco seu órgão, alvo de tanto investimento narcísico. Em sua maioria, os meninos optam por preservar seu pênis e seu complexo de Édipo declina, dando início ao período de latência. Entretanto, para que a ameaça adquira valor era preciso que o menino se confrontasse com a ausência de pênis na menina. Freud, então, sublinha: “os investimentos de objeto são abandonados e substituídos por identificações” (FREUD, 1924/1976, p.221).

Nas meninas, pelo contrário, a ameaça de castração atuará como um motor para sua entrada no complexo de Édipo. Ao deparar-se com a diferença anatômica, seu clitóris seria rebaixado em seu posto de importância, sendo sua falta de pênis significada como índice de

inferioridade, o que Freud chamou de inveja do pênis (“*penisneid*”) (1908/1976a, p.221). A ausência de pênis inicialmente não será atribuída a todas as mulheres e é recebida pela menina como resultado de uma castração, posto que em algum momento acreditaria já ter sido dotada de um pênis. A castração é temida pelo menino e reconhecida pela menina, porém, se não lhe causa temor nem fornece a base para o estabelecimento de um supereu mais rígido conforme o deles, cede lugar para uma ameaça de grande porte: a ameaça da perda de amor. No caso dos meninos a ameaça de castração opera como motor para sua saída do complexo de Édipo, já as meninas não se encontram submetidas a esta ameaça, mas à ameaça da perda do amor, o que lhes será muito caro.

A diferença anatômica permeará a discussão acerca do complexo de Édipo e o falo, pela possibilidade de ser perdido pelos meninos ou pela vontade de tê-lo das meninas, é trazido por Freud na organização da sexualidade para, através dos complexos edípico e de castração, demonstrar como o sujeito assume a posição subjetiva feminina ou masculina. A influência do complexo de castração é o motor para o declínio do complexo de Édipo no menino e, pela menina reconhecer a própria castração, não será suficiente para liquidá-lo.

1.1.2 Angústia e castração para Freud

A segunda teoria freudiana da angústia tem início no ano de 1926, com o artigo *Inibição, sintoma e angústia*. Jorge (2007) nos fornece um panorama do que foi essa nova concepção:

A segunda teoria freudiana da angústia a considera como um verdadeiro sinal de alarme, motivado pela necessidade de o eu se defender diante da iminência de um perigo. Trata-se eminentemente de uma reação à perda, à separação de um objeto fortemente investido. (JORGE, 2007, p.37)

Portanto, podemos compreender que nesse novo momento Freud tomará a angústia enquanto angústia de castração, a gerar o recalque – e não gerada por ele, conforme se acreditava na primeira teoria: “A postura angustiada do eu é sempre o elemento primário e instigador da repressão. A angústia não provém jamais da libido reprimida” (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.32). O estudo das fobias ofertou a Freud um amplo campo para refletir acerca do desenvolvimento da angústia e suas relações com as inibições e a formação dos sintomas, retomando o caso Hans para isso.

Freud nos explica que a fobia de cavalos do pequeno Hans - com sua conseqüente recusa a sair de casa- não se configura como uma angústia indeterminada frente a um cavalo,

e sim uma expectativa angustiada de ser mordido por ele (1926 [1925] /2014, p.24). O juvenzinho encontrava-se envolvido em sua trama edípica, vivenciando sentimentos ambivalentes por seu pai. Nesse ponto o autor traz importante advertência:

(...)se o pequeno Hans, enamorado de sua mãe, demonstrasse medo diante do pai, não teríamos o direito de lhe atribuir uma neurose, uma fobia. Estaríamos diante de uma reação afetiva perfeitamente compreensível. O que a torna uma neurose é unicamente outra característica: a substituição do pai pelo cavalo. Esse deslocamento, portanto, produz aquilo que pode ser denominado sintoma. (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.25-26)

Entretanto, apesar da ambivalência como pano de fundo, Hans não demonstra o desejo de maltratar algum cavalo ou, ao menos, vê-lo entregue a algum tipo de sofrimento. Ocorre o que Freud denominará de recalque por processo de transformação no contrário, em que a agressividade dirigida ao pai é recalcada e substituída pelo medo de ser agredido pelo pai. No caso de Hans o recalque atingiu os impulsos hostil e afetuoso contra o pai, mas também o impulso afetuoso dirigido à mãe e o seu motor foi o medo de uma castração ameaçada, nos dirá Freud.

A partir do que essas observações sobre as fobias lhe ensinaram, a concepção freudiana da angústia passa a reconhecê-la como produtora do recalque, posto que a angústia nas fobias é ainda o medo de castração diante de um perigo real (ou assim considerado) sentido pelo eu. Freud, inclusive, por observar aspectos em comum entre as fobias e a histeria de conversão, passou a nomeá-las como histerias de angústia. Na *Conferência 32* (1933 [1932] b/1976), Freud enfatiza não ser relevante que a castração seja ou não efetuada, basta que seja ameaçada, como um perigo externo anunciado, comum enquanto tentativa de inibir a masturbação nos meninos. Já para as meninas, a ameaça da castração não lhes representa motivo de temor e sim, como vimos anteriormente, a ameaça da perda de amor: “Em seu sexo, o que sucede é o temor à perda do amor, o que é, evidentemente, um prolongamento posterior da ansiedade da criança quando constata a ausência da mãe” (1933 [1932] b/1976, p. 110). Freud apontará, então, o temor da castração e da perda de amor como motivos para o recalque.

O conteúdo ideativo é submetido ao recalque, porém a cota de libido ligada a ele não o é e, nesta etapa do desenvolvimento da psicanálise, Freud não aposta mais em que ela seja transformada em angústia e afirma que o destino dado a essa energia irá variar, não sendo o mesmo sempre.

Anteriormente Freud havia proposto que a formação dos sintomas seria um meio de escapar ao surgimento da angústia e no texto de 1926 refinará tal proposição, afirmando que é

um meio de escapar do perigo do qual a presença da angústia é sinal. Podemos constatar que nesse ponto da segunda teoria a angústia é marcadamente reconhecida como angústia sinal. Freud, porém, avança e acrescenta nova característica ao refletir sobre manifestações de angústia na infância, como quando a criança esperava encontrar alguém familiar (provavelmente a mãe) mas depara-se com um desconhecido, ou ela se encontra sozinha ou no escuro- exemplos em que essencialmente o que se verifica é a falta da pessoa amada, nos dirá Freud:

A angústia aparece, então, como reação à falta do objeto, e duas analogias se nos apresentam: que também o medo de castração tem por conteúdo a separação de um objeto bastante estimado e que a angústia mais primordial (o medo “primevo” do nascimento) origina-se na separação da mãe. (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.58)

O momento do nascimento já havia sido abordado por Freud como a primeira experiência de angústia vivenciada e, por isso, tornou-se modelo da experiência desse afeto. Entretanto, diferentemente de Otto Rank, Freud não supervalorizou a relevância desse momento e ainda afirmou não concordar que a cada novo aparecimento da angústia no psiquismo se dê algo equivalente a uma reprodução do trauma do nascimento. Na *Conferência 32* (1933 [1932] b/1976), Freud esmiúça o que confere o caráter de um perigo ao nascimento e outras situações posteriores:

O essencial no nascimento, assim como em toda situação de perigo, é que ele imprime à experiência mental um estado de excitação marcadamente intensa, que é sentida como desprazer e que não é possível dominar descarregando-a. Um estado desse tipo, ante o qual os esforços do princípio do prazer malogram, chamemo-lo de momento ‘traumático’. (FREUD, 1933 [1932] b/1976, p.117-118)

O perigo do nascimento está no campo biológico, intenso de alterações fisiológicas e no montante de excitações a lhe “banhar”, mas ainda sem conteúdo psíquico e, especificamente por essa razão, por ainda não ter recursos para subjetivar tal vivência, o ato do nascimento não terá para o bebê o sentido de uma separação da mãe, a quem não poderia tomar enquanto objeto até então. Para o bebê que anseia pela presença da mãe, a angústia como reação a um perigo está referida ao aumento da excitação vivenciada de modo desprazeroso, ou seja, o perigo a ser evitado é o da insatisfação e, nesse aspecto, pode ser comparado ao ato do nascimento.

Voltando ao texto *Inibição, sintoma e angústia* (1926 [1925] /2014) veremos, de forma recorrente, Freud trazer diversas proposições, esmiuçá-las e refiná-las ao longo do texto, como nesse ponto acerca da angústia como reação emitida pelo eu diante do perigo da perda do objeto estimado:

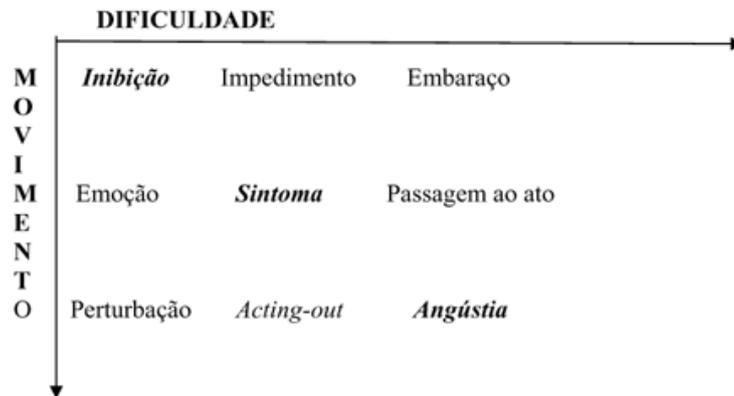
Tendo-se constatado que um objeto externo apreensível pela percepção pode pôr fim à situação perigosa que lembra o nascimento, o teor do perigo se desloca da situação econômica para sua condição, a perda do objeto. A falta da mãe torna-se o perigo; tão logo este surge, o bebê dá o sinal de angústia, ainda antes que se instale a temida situação econômica. Essa transformação constitui um primeiro grande avanço no desvelo pela autoconservação, e ao mesmo tempo compreende a transição do automático e involuntário ressurgimento da angústia para a sua deliberada reprodução como sinal de perigo. (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.59)

A angústia, assim, se fará índice do desamparo psíquico do bebê- Freud se refere a ele como a contrapartida do desamparo biológico- correspondendo ao nível imaturo de desenvolvimento do eu. O conteúdo da situação de perigo será alterado ao longo da vida, ou seja, as condições para a irrupção da angústia se modificam, mas ainda assim é possível que situações de perigo adequadas a uma fase anterior do desenvolvimento do eu ainda o induzam a uma reação de angústia, nos explica Freud. O autor reconhecerá duas características da angústia: 1) expectativa do trauma, da situação traumática de desamparo: “A situação de perigo é a reconhecida, recordada, esperada situação de desamparo” (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.86), e 2) repetição atenuada do trauma: o eu antecipa o trauma, como se já estivesse ocorrendo, repete sua reação ao desamparo (já vivenciado) diante da situação de perigo, operando como angústia sinal. Os avanços teóricos já alcançados por Freud, como por exemplo em *Além do princípio do prazer* (1920/2020) o permitiram concluir que o eu, após ter vivido o trauma de forma passiva, irá, no intento de ter controle psíquico sobre ele, repetir ativamente sua reprodução atenuada.

1.1.3 Recortes sobre o conceito de angústia para Lacan

No início do *Seminário 10* (1962-63/2005) Lacan anuncia que o tema a ser discutido naquele ano é a angústia e logo nos traz uma advertência: “Sentir o que o sujeito pode suportar de angústia os põe à prova a todo instante” (LACAN, 1962-63/2005, p.13). Em Freud verificamos o quanto a angústia encontra-se no eixo central para pensarmos a clínica das neuroses, agora em Lacan temos, com essa advertência, afirmada a relevância do tema da angústia para a prática psicanalítica. Já no primeiro capítulo ele se dedicará a falar a partir do texto freudiano *Inibição, sintoma e angústia* (1926 [1925] /2014) construindo o seguinte quadro de referência, para pensar as relações da inibição com o sintoma e a angústia:

Figura 1: Quadro da angústia



Fonte: Lacan, 2005, p.89.

Visando enfatizar que os três termos do título do texto freudiano não estão no mesmo nível, que há diferenças entre as estruturas deles, metaforicamente Lacan os escreveu alinhados de forma diagonal. Temos dois vetores - o eixo da dificuldade e o eixo do movimento- a indicarem uma intensificação conforme nos distanciamos do ponto de origem: no ponto de maior dificuldade e maior movimento encontraremos a angústia. Em contrapartida, teremos a menor intensidade ao nos mantermos próximos à origem desses vetores: no ponto de menor movimento e menor dificuldade haverá a inibição (e mais afastados estaremos do aparecimento da angústia). Cada linha horizontal reúne elementos que estão na mesma série. Inicialmente ao propor esse quadro, na lição I (1962-63/2005, p.22), Lacan preenche apenas com um X os espaços que, na lição VI, serão ocupados pelo *acting out* e a passagem ao ato, mas já nos aponta que tais espaços são de grande interesse para o manejo da angústia.

A inibição opera sobre uma função do eu e se dá no campo do movimento (não restrito à locomoção), mais especificamente, da paralisação do movimento. O termo impedimento, localizado na mesma coluna do sintoma, será utilizado para expor o impedimento do sujeito (não de uma função ou do movimento) e Lacan enuncia: “Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu.” (1962-63/2005, p.19), que podemos compreender enquanto algo colocado fora de circulação, sem manifestar sintomaticamente o sofrimento.

O próximo termo da dimensão da dificuldade é o embaraço, entendido por Lacan como o sujeito revestido da barra: “Quando vocês já não sabem o que fazer de si mesmos, procuram alguma coisa em que se escorar. É justamente da experiência da barra que se trata.” (1962-63/2005, p.19-20). Este ponto nos remete às falas, tão frequentes, dos adolescentes quanto ao não saber o que fazer consigo e à resposta a esse não-saber através da prática dos

cortes no próprio corpo. O embaraço configura-se como uma forma leve de angústia e o nível máximo da dificuldade. Seria a prática dos cortes essa “alguma coisa em que se escorar” frente ao não-saber? Continuemos.

Na dimensão do movimento temos agora o movimento desordenado que é a emoção, a reação catastrófica, que não se confunde com a efusão, que é a perturbação, a queda da potência: “o terceiro lugar no sentido do que significa a inibição na vertente do movimento, assim como, na vertente da dificuldade, destacamos a referência correspondente com o termo embaraço.” (LACAN, 1962-63/2005, p.22). Lacan irá considerar a efusão exatamente no mesmo patamar da angústia. A emoção também não se confunde com a angústia, por esta última ser um afeto. Como já vimos em Freud, Lacan ratifica que no processo de recalque apenas o conteúdo ideativo, ou seja, os significantes a que o afeto esteja vinculado são recalcados; enquanto o afeto pode ficar à deriva. O autor dirá que o afeto não é o sujeito sob forma bruta, entretanto, tem íntima relação estrutural com o que é um sujeito (1962-63/2005, p.23).

Na lição VI do *Seminário 10*, Lacan preencherá os espaços que havia preferido deixar provisoriamente vagos em seu quadro da angústia. Pouco antes disso ele subverte o senso comum de angústia e dúvida serem equivalentes, afirmando que a angústia é a causa da dúvida. A dúvida tem por função combater a angústia, o afeto que não engana e traz em si algo de uma certeza assustadora. Será da angústia que a ação irá retirar sua certeza: “Agir é efetuar uma transferência de angústia” (LACAN, 1962-63/2005, p.88).

Lacan implementa uma revisão do status do objeto no capítulo seguinte a essa complementação do quadro da angústia e logo no início do texto propõe a angústia como o sinal da intervenção do objeto *a*: “ele só intervém, só funciona em correlação com a angústia” (1962-63/2005, p.98), é por meio dela que poderemos falar do objeto *a*. O objeto irá operar como causa do desejo, atrás do desejo ao invés de à frente dele, como se estivesse a despertar alguma intencionalidade dele. O autor ilustra a ideia de causa utilizando-se do fetiche, posto que para o fetichista é necessário que o fetiche esteja presente para causar seu desejo e não o inverso, ou seja, o fetichista não deseja o sapato, a meia calça etc., mas esses objetos são a condição mediante a qual ele sustenta seu desejo. Assim podemos afirmar que objeto *a* precede o desejo.

Retomemos os termos novos incluídos no quadro da angústia: passagem ao ato e *acting out* ou, como consta no subtítulo da lição IX do *Seminário 10*, “Deixar-se cair e subir no palco”. Localizados em níveis diferentes de dificuldade e de movimento, o *acting out*

encontra-se no mesmo patamar da angústia e é o oposto da passagem ao ato. Lacan o define como

a mostraçã, a mostragem, velada, sem dúvida, mas não velada em si. Ela só é velada para nós, como sujeito do *acting out*, na medida em que isso fala, na medida em que poderia ser verdade. Ao contrário, ela é, antes, visível ao máximo, e é justamente por isso que, num certo registro, é invisível, mostrando sua causa. O essencial do que é mostrado é esse resto, é sua queda, é o que sobra nessa história. (LACAN, 1962-63/2005, p. 138-9).

Lacan fará referência à peça *O mercador de Veneza*, de Shakespeare, para nos apresentar a ideia do objeto *a* enquanto esse resto a que nos referimos na citação acima, comparando-o à libra de carne da obra shakespeariana. Na peça o mercador Antônio, para ajudar seu amigo Bassânio a cortejar Portia, assina, como fiador, um contrato de empréstimo de três mil ducados com o agiota judeu, Shylock. O prazo para a quitação da dívida era de três meses e, caso não realizasse o pagamento, arcaria com a perda de uma libra de sua própria carne. Antônio perde sua fortuna e não consegue pagar. Shylock, movido pelo sentimento de vingança nutrido por Antônio, pelas humilhações por ser agiota, insiste que o pagamento seja feito mediante à perda da libra de carne, apesar da oferta recebida de lhe pagarem o triplo do valor em dinheiro. O desfecho se dá com a sentença de que seja cumprido o contrato assinado, porém, caso o corte gerasse a queda de uma gota de sangue, o judeu perderia seu patrimônio. Lacan (1962-1963/2005) demonstra com essa comparação o quanto são infrutíferas as tentativas de tampar os furos do desejo, mesmo que façamos todos os empréstimos, ainda assim, no final estará o judeu a nos cobrar a libra de carne (p.139) e essa marca está presente nos *acting outs*.

Já citamos que o *acting out* é subir no palco, mas o que/quem sobe? O objeto *a*, é ele que surge na cena. Miller (2005) nos indica:

Aqui, é preciso implicar uma dinâmica subjetiva que faz com que o sujeito traga à cena o objeto *a*, ao passo que na passagem ao ato é o sujeito encontrando-se, sob a barra, fora da cena, com o objeto *a*. A passagem ao ato não engana, é uma saída de cena que não deixa mais lugar à interpretação, não deixa mais lugar ao jogo do significante (MILLER, 2005, p.75).

Relembrando o quadro da angústia, temos o *acting out* na mesma coluna do sintoma, enquanto níveis diferentes de movimento e a passagem ao ato na mesma coluna da angústia, também em níveis diferentes de movimento e ambas não enganam. Pelo viés do apelo ao Outro se evidencia a proposição do *acting out* ser o oposto da passagem ao ato: enquanto a passagem ao ato é a rejeição de qualquer apelo, o *acting out* é um apelo ao Outro, pedindo interpretação. Qual relação poderíamos, então, traçar entre o *acting out* e o sintoma? Lacan sinaliza que o *acting out* é um sintoma, mas os distingue no tocante à interpretação. A

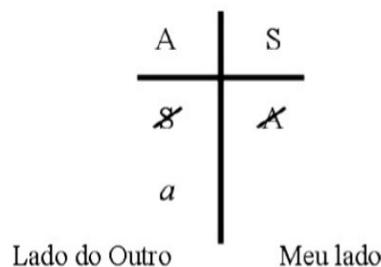
condição para o sintoma ser interpretado é que a transferência se estabeleça, isto é, sua interpretação é possível, mas ele não a pede, ele é gozo. Em contrapartida, o *acting out* é o começo da transferência: “É a transferência selvagem. Não é preciso análise, como vocês desconfiam, para que haja transferência. Mas a transferência sem análise é o *acting out*. O *acting out* sem análise é a transferência” (LACAN, 1962-1963/2005, p.140).

A noção de a angústia não ter objeto será contradita por Lacan, inclusive relembrando o enunciado do próprio Freud sobre a angústia ser angústia diante de algo. Lacan propõe que a angústia não é sem objeto, ou em outras palavras, embora não possamos afirmar que ela tenha um objeto, essa construção “não é sem” indicará uma indeterminação e, conforme nos explica Rinaldi (2000): “O objeto que se trata na angústia é esse objeto que é apenas um lugar, que tem um estatuto especial de causa do desejo: o objeto *a*.” (p.4). Assim, conforme dissemos anteriormente, a angústia será sinal do objeto *a* intervindo.

Frequentemente compara-se a angústia com o medo, enquanto opostos, a se considerar a relação de cada um com o objeto. O medo teria um objeto e seria uma resposta adequada às dimensões do perigo associado a tal objeto, impulsionando a pessoa a fugir. Lacan refuta esse ponto de vista ao relembrar o quanto o medo pode ser paralisante ou inibidor. Se a angústia é o afeto que não engana é por ser sinal da forma irreduzível com que o real comparece, que escapa à dimensão significante, dirá Lacan.

Através do esquema da divisão (figura 2), Lacan articulará o processo de subjetivação e o objeto *a*.

Figura 2: Primeiro esquema da divisão subjetiva



Fonte: Lacan, 1962-63/ 2005.

O advento do sujeito, é importante frisar, não coincide com o momento do nascimento. O sujeito se constitui no campo do Outro, do tesouro do significante, preexistindo no discurso do Outro antes mesmo do seu nascimento. A operação de subjetivação deixa um resto, ao qual Lacan se refere como a irreduzibilidade do sujeito, em outras palavras, o sujeito

se constitui na linguagem, mas há aí uma parte que não se reduz ao significante e ficará como borda entre o real e o simbólico: é o objeto *a*. Podemos reconhecer nesse resto da divisão subjetiva o objeto perdido. Ele é a prova e garantia da alteridade do Outro, afirma Lacan, e, por isto, o autor o escreveu no lado objetivo da barra, assim como o termo \$ - o sujeito barrado pelo significante no campo do Outro, porém \bar{A} ficará do meu lado, a me constituir como inconsciente, “o Outro como desejo” (MILLER, 2005, p.10). Conforme avança nesse seminário, Lacan realiza um giro teórico ao inverter a ordem de localização de *a* e \$, ficando da seguinte forma:

Figura 3: Terceiro esquema da divisão

A	S	Gozo
<i>a</i>	\bar{A}	Angústia
\$		Desejo

Fonte: Lacan, 1962-63/2005

No lugar de resto da divisão subjetiva, onde tínhamos o objeto *a*, agora temos \$, de modo a ressaltar a observação lacaniana de que o objeto *a* precede o sujeito, como objeto causa.

Diferente do objeto do conhecimento, o objeto *a* não é passível de representação, ele é inapreensível no campo da objetividade. Lacan qualificará como campo da objetividade o campo do objeto *a*, opondo-o à objetividade: “objetividade é o correlato de um *páthos* de corte.” (LACAN, 1962-63/2005, p.237), corte introduzido pelo significante no corpo e com isso constituirá sua economia libidinal. Conforme dissemos anteriormente, a angústia será sinal da intervenção do objeto *a*, intervenção que também nos afeta no corpo através das marcas deixadas por esses cortes: “Como correlato do corte irreversível que o significante faz incidir no corpo do falante, o objeto *a* é um objeto negativo – que só dá notícia nos cortes em que se marca para o sujeito” (COSTA-MOURA & COSTA-MOURA, 2011, p. 229). No próximo capítulo retomaremos essa discussão sobre os cortes no corpo incididos pelo significante para extrair daí o que isso nos ensina para pensarmos a prática dos cortes no próprio corpo efetuada por tantos adolescentes.

Lacan aponta que a função da causa possui como suporte o objeto perdido na experiência corporal de corte pelo significante, em seus diferentes níveis, isto é, o corpo está envolvido na função do objeto e essa parte corporal é parcial, tendo alguns pontos privilegiados por seus objetos terem sido extraídos ou se separado em cada estágio pulsional. Tais objetos “separáveis” têm relação com o objeto *a* na medida em que são objetos perdidos.

Lacan apresenta um grafo (figura 4) com as formas dos objetos nessas etapas; para isso partirá dos objetos pulsionais elencados por Freud em seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, a saber: o seio e o objeto anal. O falo ocupará um lugar central em relação às demais etapas nessa constituição circular do objeto. As outras duas formas de objeto – a voz e o olhar - são “suportes que o sujeito encontra para o desejo do Outro” (COSTA-MOURA & COSTA-MOURA, 2011, p. 229), elas estão em correlação com as duas primeiras: a fase oral liga-se ao objeto voz e o conceito de supereu, e a fase anal liga-se ao estágio escópico.

Logo no início do capítulo XXII, onde Lacan apresenta este grafo, ele sublinha que: “Em todos os níveis dessa constituição, o objeto adere a si mesmo como objeto *a*. Sob as diversas formas em que ele se manifesta, trata-se sempre de uma mesma função, e de saber como ele se liga à constituição do sujeito no lugar do Outro e o representa.” (LACAN, 1962-63/2005, p.320-21). A leitura do grafo deve ser compreendida orientada pela seta que inicialmente se eleva e depois descende, ficando o objeto *a* localizado na concavidade desta parábola, de modo a indicar se tratar da função dele em cada uma das formas de extração dos objetos. Em cada estágio pulsional temos a cessão do objeto *a* e através da sucessão desses estádios se dará a sua constituição, de modo que eles não podem ser concebidos desimplicados uns dos outros.

Figura 4 As formas do objeto nos diferentes estádios



Fonte: Lacan, 1962-63/2005, p. 320.

O grafo inicia a constituição do objeto *a* abordando o objeto da pulsão oral: o seio, a que a criança tem que abandonar. Para além de ser um objeto que se perde, o seio é um objeto do qual a criança irá se separar e tal objeto é extraído do corpo da própria criança, não de sua mãe. Lacan apontará objeto seio tendo um caráter “amboceptor”, por estar em relação tanto com a mãe quanto com o bebê e, por isso, o corte do significante incidirá sobre os dois (mãe e bebê), porém em lugares diferentes. Vale ressaltar que todos os cortes *a* que nos referimos na constituição do objeto são cortes que prefiguram a castração. A relação do bebê com o seio é

a primeira forma de relação do sujeito com o Outro, numa certa posição de assujeitamento, de relação objetual do sujeito em relação ao Outro. De um lado temos a demanda da criança de ser alimentada, demanda do sujeito ao Outro, e de outro lado, temos a demanda de se deixar alimentar para a criança, através do que a ela captou do desejo do Outro. Essas duas demandas não se completam, há aí uma tensão entre elas que a recusa da criança em comer deixará em evidência. A recusa a se deixar alimentar aponta para a presença do desejo que advém dela ter sustentado uma falta, um furo na demanda e, partir disso permitir uma satisfação da pulsão oral.

O objeto anal é propriamente as fezes, que são promovidas à condição de objeto por terem sido separadas do sujeito enquanto uma parte dele. Se no estágio anterior tínhamos a demanda do sujeito ao Outro, agora no estágio anal a demanda vem do Outro. É o Outro a lhe demandar, através da educação, que tal objeto seja feito em lugares específicos, ditando também a alternância entre momentos nos quais poderá deixá-lo e quando deverá guardá-lo, ou seja, como o sujeito deverá se separar deste objeto. Costa-Moura & Costa-Moura (2011) ressaltam que:

Fazendo prevalecer essa experiência do objeto como o que circula e bascula, delimitando um campo do sujeito e um campo do Outro, a dinâmica comandada pelo objeto anal cria uma estrutura ambivalente na qual não é mais o sujeito que se solta, mas sim um objeto que se destaca dele; um objeto que, ao mesmo tempo, é ele e não é ele: é um certo objeto dele, que se destaca dele e que é demandado pelo Outro. (COSTA-MOURA & COSTA-MOURA, 2011, p.231)

Na dinâmica com o objeto anal, o sujeito ao poder ceder ou não à demanda do Outro, eleva as fezes, que eram objeto perdido, à condição de objeto de dom, dom de amor, “a dádiva por excelência” em termos lacanianos, e, ao menos em tese, poderia satisfazer o Outro. Neste nível pulsional o sujeito terá o primeiro suporte para sua subjetivação frente ao Outro, subjetivação que se configura como “aquilo em que ou através de que o sujeito é inicialmente solicitado pelo Outro a se manifestar como sujeito, sujeito de pleno direito.” (LACAN, 1962-63/2005, p.356). A satisfação da pulsão anal se dará mediante à falta perante a demanda do Outro, pela retenção das fezes. Neste estágio o sujeito poderá dar o que ele é, em outras palavras, o objeto anal enquanto separado do sujeito como uma parte dele é seu objeto como resto irreduzível à ordem simbólica e identificará o desejo com o desejo de reter. Importante frisar: o objeto anal terá sua importância por se apresentar como simbolizador da castração.

No nível fálico a função do *a* se representa por uma falta, pelo falo enquanto falta. Este é considerado o nível central em relação aos demais níveis pulsionais e se diferencia deles por não haver aqui um objeto parcial operando em função da falta do falo:

O falo funciona em toda parte, numa função mediadora, exceto onde é esperado, ou seja, na fase fálica. É essa carência do falo, presente e identificável em todos os outros lugares, não raro para nossa grande surpresa, é o esvaecimento da função fálica no nível em que se espera que o falo funcione, que constitui o princípio da angústia de castração (LACAN, 1962-63/2005, p.283).

Nos demais níveis a função do falo como imaginário lhe colocava a fazer uma função mediadora, na fase fálica o teremos como falta, como possibilidade de ser objeto caído e, assim, ao não ter um objeto parcial que permitisse alguma satisfação do Outro, o sujeito terá acesso ao desejo. Apoiados nisso, como Costa-Moura & Costa-Moura (2011) evidenciam, podemos constatar que o desejo está em relação com o gozo e não a serviço da regulação homeostática. O processo pelo qual o homem e a mulher terão acesso ao desejo se dará de formas diferentes, porém não entraremos neste aspecto para não nos distanciarmos do nosso tema.

Conforme já apontamos, a função do falo é central na constituição do objeto e sua incidência terá efeitos sobre os estágios anteriores. A intervenção do falo permitirá uma ampliação do alcance de tais estágios sobre o sujeito e, afetando retroativamente os objetos parciais – dos estágios oral e anal-, os tornará suportes do objeto *a*. O falo expõe a presença de um mais além da demanda, a apontar para o desejo do Outro, permitindo, por exemplo, que a perda das fezes seja a imagem da perda do falo. Sem a intervenção do falo, os objetos parciais estariam apenas em função de satisfazer a pulsão e não como objeto causa do desejo, deixando o sujeito preso em atender toda a demanda da mãe. O falo remete ao furo na totalidade e, a partir do furo, se abre espaço para o desejo comparecer, para a demanda não poder ser totalmente satisfeita. A ação retroativa do falo sobre os estágios oral e anal repercutirá também sobre os objetos dos estágios posteriores – o olhar e a voz.

O olhar configura-se como o objeto da pulsão escópica e a etapa escópica será afirmada por Lacan como a etapa propriamente da fantasia, etapa em que o desejo se apresenta sob a forma da fantasia. Segundo o autor, na relação do sujeito com o objeto escópico está em jogo a miragem do desejo humano, que o sujeito desconhece se tratar de uma miragem de potência no Outro. O objeto *a*, enquanto aquilo que falta, em nenhuma de suas formas é especularizável, ele é impossível de ser apreendido pela imagem e no nível escópico escapará ao campo visual.

No início do Seminário 10, Lacan descreve a fábula onde ele mesmo usaria uma máscara de animal perante a figura de um gigantesco louva-a-deus, sem saber de antemão qual animal tal máscara representa e, se por usá-la, se tornaria objeto do louva-a-deus. Esta fábula é retomada no final do seminário para ilustrar como, no nível escópico, a angústia está

ligada a “eu não saber que objeto *a* sou para o desejo do Outro” (1962-63/2005, p.353). Neste nível o objeto *a* se encontra mais mascarado e, ao se tentar encobrir a castração, a angústia comparece. Lacan sinalizará que, na relação com o Outro, o olho tende a ocultar a presença do desejante por trás do desejável e que, a angústia se fará presente em função da relação do objeto *a* com o desejo do Outro, nos recordando que o *a* se configura como objeto causa do desejo e não o objeto do desejo.

Por último teremos a voz, objeto da pulsão invocante, considerada por Lacan como o objeto mais original e acrescentada por ele na lista dos objetos parciais a partir da sua experiência clínica com psicóticos, onde pôde reconhecer como dejetos as vozes que invadem esses sujeitos e acrescentará também aí a voz, com o que ele chamará de caráter parasitário, nas manifestações do supereu. Se o seio e as fezes são considerados objetos da demanda, o olhar e a voz serão objetos do desejo.

Lacan definirá o objeto voz como “imperativo, como aquela que reclama obediência ou convicção.” (1962-63/2005, p.300), aspecto através do qual irá articulá-la com o supereu. A voz é o que cai da demanda da mãe dirigida ao sujeito, como um resto extraído do Outro. Cabe ressaltar que ela não é assimilada pelo sujeito, por estar desvinculada da cadeia significante, ela é incorporada: incorporada como alteridade do que é dito, em termos lacanianos. Em função disso é que podemos entender o estranhamento causado em nós ao ouvirmos nossa própria voz gravada, por essa dimensão de alteridade que ela comporta.

Vivés (2013) nos lembrará da ambivalência essencial deste objeto:

A dificuldade é que essa voz é essencial para que o sujeito advenha. (...) Ao mesmo tempo que ela não falta, porque há alguém que se endereça à criança, e ela, então vai poder falar, mas se a criança é capturada e presa por essa voz, ela será incapaz de desenvolver uma linguagem subjetiva. (VIVÉS, 2013, p.21)

Ou seja, segundo o autor, o objeto voz seria ao mesmo tempo necessário e aterrorizante, aspecto que se evidencia ao observarmos algumas estratégias criadas por psicóticos para estabelecer alguma distância entre eles e as vozes que os invadem.

Lacan enuncia a articulação entre o objeto voz e o supereu, mas dada a relevância de discutirmos sobre o supereu para o tema de nossa pesquisa, o abordaremos no próximo capítulo.

2 MAL-ESTAR, ADOLESCÊNCIA E OS CORTES NO CORPO

Em 1923, no artigo *O ego e o id*, Freud propõe sua segunda tópica, uma nova divisão do aparelho psíquico em isso, eu e supereu. Este último anteriormente já tentava rascunhar-se na teoria freudiana, mas sua formalização só foi possível em 1923, após a elaboração dos conceitos de pulsão de morte e compulsão à repetição em 1920, ou seja, após constatar um além do princípio do prazer.

O estudo freudiano sobre o narcisismo (1914 b/ 1974) esclarece que a atitude afetuosa dos pais com seu bebê, ou melhor, com “Sua majestade, o bebê”, a pressupor nele uma perfeição e a crença de que usufruirá dos direitos dos quais os pais foram privados, é, em essência, o narcisismo dos pais revivificado e, agora, transformado em amor de objeto. Lewkovitch e Grimberg (2016) ressaltam que

A partir daí, podemos pensar o investimento narcísico dos pais como aquilo que dá um lugar à criança no campo do Outro, o lugar dos significantes que abarcam o sujeito. A partir de um referencial simbólico, o sujeito construirá sua imagem, aquilo que deverá ser – segundo sua fantasia – para ser amado, para corresponder à alteridade. (LEWKOVITCH & GRIMBERG, 2016, p. 1192)

Ao longo de nossa pesquisa encontramos diversas vezes o questionamento do sujeito quanto ao que seria uma resposta para essa fantasia sobre o que lhe tornaria amável. A partir desse investimento narcísico poderemos observar o desenrolar dos conceitos de eu ideal, ideal do eu e supereu. Tendo em vista a grande relevância da discussão acerca do supereu para pensarmos em articulações possíveis entre a prática, cada vez mais frequente, dos cortes no corpo e ao que tal prática convoca um serviço de saúde mental infantojuvenil, não poderíamos deixar de trazer um panorama sobre o conceito de supereu em Freud e Lacan, porém já anunciando se tratar de um apanhado de recortes dos ensinamentos desses autores, dada a complexidade do tema e o desejo de não nos distanciarmos das questões da nossa pesquisa.

2.1 Algumas observações sobre eu ideal, ideal do eu e supereu em Freud

O narcisismo primário vivenciado na infância deixa marcas no psiquismo; nesta época a criança era o seu próprio ideal, tomado como objeto de amor do Outro, com toda aquela perfeição imaginária que lhe era atribuída pelos pais. Campos (2015) nos resume bem este quadro: “o bebê fixa o eu como ideal em si mesmo, tornando-se alvo de amor. Assim, observa-se que o narcisismo materno se desloca para o eu já constituído como peça do ideal, denominado de eu ideal” (p.64), em outras palavras, o bebê se identifica com os ideais

recebidos dos pais e o eu ideal é a instância imaginária resultante disso. Posteriormente, o eu tentará reaver esta perfeição através da formação de um ideal, um substituto para o narcisismo primário de outrora. Entretanto, para o surgimento de outro ideal, é preciso renunciar à onipotência infantil e tal renúncia se dará a partir das proibições parentais e da travessia edípica. Freud, então, pensará o conceito de ideal do eu a partir do eu ideal, como um substituto para o narcisismo infantil perdido.

Freud proporrá que o recalque provém do eu, mais especificamente do amor-próprio do eu (1914b/1974, p.110) e a formação de um ideal será a condição, por parte do eu, para que ele (o recalque) se dê. Na infância o eu real era o alvo desse amor-próprio e agora será o eu ideal a recebê-lo, e o autor complementa: “O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (FREUD, 1914b/1974, p.111), ou seja, o investimento agora no eu ideal será uma tentativa de não renunciar à perfeição pressuposta no narcisismo infantil, que a vida adulta e seu julgamento crítico o impediam de continuar vivenciando.

Em decorrência da formação de um ideal aumentar as exigências para com o eu, essa característica será considerada, por Freud, como o mais poderoso fator a fomentar o recalque. No artigo sobre o narcisismo teremos a primeira menção sobre o que posteriormente Freud definirá como o supereu: um agente psíquico especial, cuja função seria assegurar a satisfação narcísica proveniente do ideal do eu (1914b/1974, p.112), comparando o eu real com o seu ideal. O supereu será elaborado a partir da combinação desse agente psíquico especial com o ideal do eu.

Na vigésima sexta das *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917d/2014), Freud modifica sua concepção de ideal do eu e passa a defini-lo como uma instância do eu: “uma instância que observa, critica e compara sem cessar, e que, desse modo, se contrapõe à outra parte do Eu” (p.329), operando como uma consciência moral. Essa instância auto-observadora é fruto do que fora a influência exercida pelos pais na infância e seus substitutos posteriores, como os educadores e outras figuras do meio social com quem o sujeito se identificou.

A formação do ideal do eu, a partir do complexo de Édipo, será considerada uma forma de novamente obter “autossatisfação” - em termos freudianos-, como no período do narcisismo infantil e esse ideal fará parte também da formação onírica enquanto um agente censor. No campo do ideal do eu se verifica a substituição simbólica das referências parentais, idealizadas na infância, por outras figuras que agora lhe despertam admiração,

No artigo *Psicologia das massas e análise do eu* (1921/2020), Freud relata a contribuição do estudo sobre melancolia para suas considerações acerca do eu enquanto dividido em duas partes: uma delas é modificada pelo objeto perdido introjetado e a outra inclui a instância crítica do eu, sua consciência moral, cuja ação crítica sobre o eu opera mesmo fora dos quadros de melancolia – porém é mais implacável neles. São duas instâncias separadas do eu, sendo a segunda, já denominada como ideal do eu no texto de 1914, capaz de entrar em conflito com ele. A diferença entre o ideal do eu e o eu atual irá variar entre os indivíduos e Freud nos fornece algumas orientações que contribuirão no desenvolvimento de nossa pesquisa: “Sempre se segue uma sensação de triunfo quando algo no eu coincide com o ideal do eu. Também podem ser entendidos como uma expressão da tensão entre eu e ideal o sentimento de culpa (e o sentimento de inferioridade)” (1921/2020, p.163) e, posteriormente (1933 [1932] a/1976) Freud afirmará ser difícil delimitar esses dois sentimentos, podendo ser o sentimento de culpa o complemento erótico do sentimento de inferioridade.

A distinção entre ideal do eu e supereu não é muito explícita na obra freudiana, como podemos observar no título do terceiro capítulo de *O eu e o isso* (FREUD, 1923/1976), onde lemos “O ego e o superego (ideal do ego)” (p.42), onde temos a substituição de um termo pelo outro. Retomando a discussão acerca da origem do ideal do eu, Freud sublinha a presença da identificação com o pai – “primeira e mais importante identificação” (1923/1976, p.45) - no que nomeia como a pré-história pessoal. Esta identificação é anterior a qualquer investimento em objeto e as primeiras escolhas objetais transcorreriam de modo parecido com tal identificação. Apesar de o eu ser considerado um precipitado dos investimentos objetais abandonados, não caberá considerarmos o supereu um representante somente das escolhas objetais abandonadas do isso, mas também uma formação reativa contra elas: “Esse aspecto duplo do ideal do ego deriva do fato de que o ideal do ego tem a missão de reprimir o complexo de Édipo; em verdade, é a esse evento revolucionário que ele deve a sua existência” (FREUD, 1923/1976, p.49). Faz-se necessário explicar que utilizaremos os termos ego, superego, id e repressão nas transcrições diretas que fizermos, mas nas demais partes do nosso texto utilizaremos outras traduções, a saber: eu, supereu, isso e recalque, respectivamente. Neste artigo Freud articula complexo de Édipo, recalque, supereu e o sentimento inconsciente de culpa na seguinte proporção: quanto mais poderoso for o complexo de Édipo e mais rápido se efetivar o seu recalque, mais intensa será a intervenção do supereu sobre o eu, manifestada pela consciência e, possivelmente, pelo sentimento inconsciente de culpa. Será o aspecto destrutivo e cruel do supereu o ponto que o aproxima do conceito de pulsão de morte. Outro exemplo do uso sem muita distinção entre os conceitos de ideal do eu e supereu é o enunciado

onde Freud afirma ser o ideal do eu ou o supereu o representante de nossas relações com nossos pais e herdeiro do complexo de Édipo. A tensão existente entre o supereu e o eu refletirá o contraste entre o que é da ordem do psíquico e o que é real, entre o representante do mundo interno e o representante do mundo externo.

A *Conferência XXXI* (FREUD, 1933 [1932] a/1976) parte da constatação de os delírios de observação evidenciarem uma característica presente já no funcionamento “normal” do psiquismo: a existência de uma instância no eu auto-observadora e crítica, conforme já vimos nos artigos freudianos anteriores, vivenciada nesses delírios como algo externo. Neste texto Freud sublinha a auto-observação como uma etapa precedente ao julgamento e à punição e, por exaltar a separação dessa instância do eu, anuncia que dali para frente utilizará um nome próprio para ela: supereu.

Na infância os critérios de moralidade não estão espontaneamente presentes nas crianças e serão seus pais os responsáveis por inibir seus “impulsos que buscam o prazer” (FREUD, 1933 [1932] a/1976, p.80), com sua influência externa a elas, através de provas de amor e de punições – vivenciadas pelas crianças como ameaças da perda do amor. Mais tarde esta tarefa será assumida pelo supereu - a ameaçar e coagir o eu-, se tornando mais do que um substituto da influência dos pais: o seu herdeiro. Porém, se os pais oscilavam entre fornecer provas de amor e proibições e punições, o supereu herdará somente a severidade dessa influência, mesmo nos casos em que a criação dada às crianças não tenha sido tão severa.

Freud propõe que a “metamorfose” da relação parental em supereu é ocasionada por uma identificação: “É uma forma muito importante de vinculação a uma outra pessoa, provavelmente a primeira forma, e não é o mesmo que escolha objetal.” (1933 [1932] a/1976, p.82), através da qual um eu assemelha-se a outro eu. Ao destacar que a identificação não equivale à escolha objetal, o autor aponta duas lógicas diferentes: a identificação tem relação com o eu modificar-se por querer ser como o modelo admirado, já na escolha objetal não se faz necessária tal modificação, o que está em jogo é possuir aquele objeto. O supereu advém dessa primeira identificação e, ao longo da vida, se identificará com outras figuras que despertarem admiração. Retornemos ao texto *Psicologia das massas e análise do eu*, no capítulo sete dedicado à identificação, para entendermos um pouco mais sobre este aspecto. Freud o inicia sublinhando que a identificação se configura como a mais remota expressão de um laço emocional com o objeto e desde sempre é ambivalente, ou seja, expressa grande ternura pela pessoa com quem se identifica e, ao mesmo tempo, desejo de rechaçá-la: “Comporta-se como um derivado da primeira fase da organização da libido, da fase oral, em que o objeto que prezamos e pelo qual ansiamos é assimilado pela ingestão, sendo dessa

maneira aniquilado como tal” (FREUD, 1921/2020, p.133). Existiriam três tipos de identificação:

- I) Identificação ao pai: anterior à escolha sexual de objeto, é o primeiro tipo de laço e nele o próprio eu é moldado tomando como modelo um traço do pai, assim, vemos que a identificação ao pai antecederá a escolha do pai como objeto.
- II) Identificação por regressão: relacionada à escolha de objeto. Freud dirá “a identificação surgiu no lugar da escolha de objeto; a escolha de objeto regrediu para a identificação” (FREUD, 1921/2020). O autor sublinha tratar-se de uma identificação parcial, onde é tomado somente um “traço isolado” do objeto, o que fornecerá base para Lacan formular posteriormente como traço unário.
- III) Identificação por meio do sintoma: dirigida não ao objeto, mas do desejo ao desejo insatisfeito do outro, como nos lembra Taillandier (1994). Freud fornece como exemplo o caso da jovem de um internato que, após receber uma carta do seu namorado, fica tomada por ciúme e tem uma crise histérica, iniciando uma epidemia histérica entre as demais moças. Seria por solidariedade, simpatia entre as internas? Freud é categórico ao afirmar que a simpatia só surge da identificação, não a precede. Se o sujeito desejou colocar-se no lugar do outro é na medida em que se identificou com a falta do outro. Os laços mútuos entre os membros de um grupo pertencem a este tipo de identificação para Freud.

Somente à guisa de complementação sobre a identificação e para evidenciar a gravidade de seus desdobramentos na clínica, trago a seguir um rápido apontamento sobre algumas considerações lacanianas sobre identificação.

A formalização do estágio do espelho por Lacan como uma matriz simbólica da constituição do eu evidencia a ausência a priori de uma unidade corporal, na origem (entre 6 e 18 meses de vida do bebê) o que temos é o corpo despedaçado pelas pulsões autoeróticas, que, através do movimento do sujeito se identificar com a imagem do outro ou imagem do espelho, constituirá seu eu. Através da unificação do corpo o eu poderá advir e, nas palavras de Quinet (2012), “o eu é o outro para o sujeito” (p.15). A esta imagem com a qual está identificado, seu eu ideal, o sujeito pretenderá igualar-se ao longo da sua vida, todavia, é necessário esclarecer que se esta identidade é imaginariamente fornecida pelo outro, o mesmo não se aplica ao sujeito: ele é sem identidade, indefinível. O sujeito é representado por significantes do campo do Outro e, dentre estes significantes, alguns são determinantes e o sujeito a eles se encontra identificado. Quinet (2012) nos alerta:

Devemos lembrar, no entanto, que se trata de identificação e representação, ou, em termos lacanianos, alienação. O sujeito não *é* aquilo que o Outro aponta para ele. O sujeito se encontra alienado a esses significantes que são do Outro, como lugar do inconsciente. Na análise o sujeito vai pouco a pouco descobrindo quais são esses significantes e se desalienando do Outro, abrindo a possibilidade de mais deslizamentos de sua experiência subjetiva. São ‘identidades’ da ordem do semblante, um faz de conta. (QUINET, 2012, p.23-24).

Lacan pensará a questão da identificação na relação do sujeito ao significante e se deterá no segundo tipo de identificação traçado por Freud no texto de 1921, com a função do traço unário. Se aquele que se identifica é um sujeito e a identificação se dá com um significante, com a falta do Outro, podemos ler que identificar-se é dividir-se. G r me Taillandier (1994) demonstra que o traço unário, com que o sujeito se identifica   nada além de pura diferença: “a identifica o não   unifica o, e sim fissura” (p.20).

Regressemos agora para a *Conferência XXXI* (1933 [1932] a/1976), nela Freud se refere ao supereu como veículo do ideal do eu, que mede o eu real e lhe exige a perfei o do eu ideal, e este ideal seria o resíduo da imagem admirada dos pais pela criança. Convém lembrar que no artigo sobre narcisismo (1914 b/1974), o autor abordou o ideal do eu e um agente psíquico especial, responsável por garantir a satisfa o narcísica do ideal do eu, porém vemos em nota de rodapé na *Conferência XXXI* a informa o de que a distin o entre ideal do eu e esse agente não   muito nítida em outros artigos, sendo possível que o supereu esteja identificado com o agente psíquico especial.

Freud havia constatado a relevância da influência parental na constru o do supereu da criança e, na conferência supracitada, ao realçar que não são os pais o modelo do supereu dela e sim, o supereu dos pais, destaca o caráter transgeracional envolvido na constru o do supereu e traz elementos muito valorosos para nossa pesquisa: “quando levamos em conta o superego, estamos dando um passo importante para a nossa compreensão do comportamento social da humanidade - do problema da delinq ncia, por exemplo - e, talvez, até mesmo estejamos dando indica es práticas referentes   educa o.” (FREUD, 1933 [1932] a/1976, p.87). O que a prática dos cortes no próprio corpo nos indica sobre “as ideologias do supereu” (FREUD, 1933 [1932] a/1976, p.87) no presente? Por ora, guardemos esta questão.

2.2 Recortes sobre o supereu no ensino de Lacan

Em nossa pesquisa pinçamos quatro momentos dos seminários de Lacan onde ele aborda o supereu. São eles: o livro 1: *Os escritos técnicos de Freud*, livro 5: *As formações do inconsciente*, livro 10: *A angústia* e livro 20: *Mais, ainda* e no livro *Televisão*.

Vimos em Freud que a distinção entre ideal do eu e supereu por vezes não ficou muito nítida, no entanto, Lacan em seu primeiro Seminário já evidencia a não-equivalência entre eles: “O supereu é constrangedor e o ideal do eu exaltante” (1953-54/1986, p. 123), enquanto o primeiro é um imperativo que castiga e constrange, o segundo leva à euforia. No ensino de Lacan o supereu será definido como supereu gozador, diferente da noção freudiana de herdeiro do complexo de Édipo, a regular a satisfação pulsional. Lacan o apresenta como o que exige a satisfação pulsional, um imperativo de gozo para o sujeito.

Em seu seminário sobre *As formações do inconsciente* (1957-58/1999), Lacan abordará as discussões relativas ao Édipo ao longo da história, refletindo sobre o que estaria em jogo ao pensarmos este complexo:

Com respeito ao tema histórico do complexo de Édipo, tudo gira em torno de três pólos – o Édipo em relação ao supereu, em relação à realidade e em relação ao ideal do eu. Ideal do eu na medida em que a genitalização, ao ser assumida, torna-se um elemento do ideal do eu. E realidade na medida em que se trata das relações do Édipo com as afecções que comportam uma subversão da relação com a realidade – a perversão e a psicose. (LACAN, 1957-58/1999, p.171)

O Édipo em relação ao supereu é o pólo onde se agrupam os possíveis casos de neuroses sem complexo de Édipo e questões sobre a possibilidade da existência de um supereu materno antecedendo o supereu paterno. O segundo pólo diz respeito às questões das perturbações produzidas no campo da realidade por imagens nas etapas pré-edípicas, observadas nos casos de perversão e de psicose. O terceiro pólo abarcará a relação entre o complexo de Édipo e a assunção do sexo pelo sujeito, será neste ponto que veremos o Édipo articulado com a função do ideal do eu.

Lacan apresentará o complexo de Édipo em três tempos lógicos, conforme descritos em seguida.

1º tempo: nesta etapa o bebê encontra-se identificado imaginariamente com o objeto de desejo da mãe, ou seja, identificado ao falo e assujeitado aos caprichos da lei materna. A mãe encarna o Outro para este bebê, ela não é Outro.

2º tempo: a mãe passa a ser simbolizada pela criança, agora já inserida na linguagem. A simbolização é operada pela intervenção da instância paterna, a privar a mãe de sua lei onipotente e submetê-la à lei de um Outro, representando para a criança que a mãe também

está submetida a uma lei, pois “a estreita ligação desse remeter a mãe a uma lei que não é dela, mas de um Outro, com o fato de o objeto de seu desejo ser soberanamente possuído, na realidade, por esse mesmo Outro a cuja lei ela remete, fornece a chave da relação do Édipo” (LACAN, 1957-58, p.199). O Nome-do-Pai, ao barrar a mãe onipotente, intervém sobre a identificação do bebê com o falo materno e, como nos dirá Quinet (2015) no livro *Édipo ao pé da letra*: “O falo como objeto imaginário do desejo da mãe passa para o nível significante do desejo do Outro” (QUINET, 2015, p.41). A Metáfora Paterna será, então, a substituição do significante desejo da mãe (DM) pelo significante Nome-do-Pai (NP), a incluí-lo no lugar do Outro e fornecer acesso à significação fálica.

O Outro inicial para a criança, conforme já falamos, é a mãe e será a entrada da Lei (Nome-do-Pai) para esta mãe o que permitirá à criança se exercer como sujeito. A Lei é o significante que representa para a mãe o impedimento à tomada do filho como seu objeto e para o filho marca a submissão de sua mãe também a uma lei para além dos seus caprichos. Lacan descreverá o Complexo de Édipo através da fórmula da metáfora paterna:

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Figura 5- Fórmula da metáfora paterna

Fonte: Lacan, 1998, p.563.

O Nome-do-Pai substituindo o Desejo da Mãe barra o acesso do sujeito a ocupar o lugar de objeto do gozo do Outro, ao qual a criança estava identificada até o momento, e instaura uma falta no Outro. Esta falta é o que permitirá a desalienação do sujeito ao Outro do simbólico, que o determina, mas não possui o significante que responda por sua identidade: “o sujeito é falta-a-ser porque falta um significante que o defina” (QUINET, 2012, p.31)

3º tempo: é o tempo da saída do complexo de Édipo. O pai interveio como aquele que tem o falo e por isso será internalizado como ideal do eu pelo sujeito, através da identificação e, a partir disso, o complexo de Édipo declinará.

Ainda no *Seminário 5*, Lacan novamente marcará a distinção entre a função do ideal do eu e do supereu, apontando que podem se confundir apenas em parte. Caberá ao ideal do eu uma função mais tipificadora no desejo quando da assunção do sexo para o sujeito e o autor especifica o que estaria em jogo aqui: “Trata-se das funções masculinas e femininas, não simplesmente na medida em que elas levam ao ato necessário para que sobrevenha a

reprodução, mas na medida em que comportam toda uma modalidade de relações entre o homem e a mulher” (LACAN, 1957-1958/1999, p.302), ou seja, questões sobre identificação feminina ou viril.

Sobre o supereu, Lacan propõe a existência de um supereu mais arcaico, anterior àquele decorrente do declínio do complexo de Édipo e da introjeção da instância paterna: o supereu materno; e nos adverte quanto a ser equivocado nomearmos como supereu feminino, posto que na teoria trata-se do supereu materno. O autor partirá de alguns apontamentos de Melanie Klein acerca do supereu primordial para formular a ideia do supereu materno, destacando que: “está ligado ao Outro primário como suporte das primeiras demandas, das demandas emergentes - eu quase diria inocentes - do sujeito, no nível das primeiras articulações balbuciantes de sua necessidade, e daquelas primeiras frustrações nas quais tanto se insiste atualmente” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 512) e será em torno do fenômeno denominado dependência que o supereu materno se articulará. A respeito da dependência, Lacan sinaliza que não é somente a possibilidade de ser privada dos cuidados maternos o que ameaça a primeira relação de dependência, mas também a perda do amor. Nos casos clínicos que abordaremos em nossa pesquisa constataremos com recorrência a sensação de estar na iminência da perda do amor a assombrar o sujeito. Lacan distinguirá o supereu materno do supereu paterno se interrogando se o primeiro seria “ainda mais exigente, mais opressivo, mais devastador, mais insistente” (1957-1958/1999, p. 167). Conforme nos demonstra Miller (1999), “trata-se de um nível em que a demanda do Outro está separada da demanda ainda sem a complexidade dada pelo desejo” (MILLER, 1999, p.94), ou seja, o supereu materno estaria muito próximo ao Desejo da Mãe, antes da intervenção do significante do Nome-do-pai a lhe metaforizar, sendo uma lei insensata. Este nível em que Lacan localiza o supereu Miller sinaliza que permanecerá constante até que a relação entre o supereu e o gozo seja mais elaborada e refinada no ensino de Lacan.

Lacan, ao abordar as cinco formas do objeto *a* em seu seminário sobre a angústia (1962-63/2005), associará o supereu ao objeto voz, a clamar por obediência. Freud em 1914 b/1974 se referia à voz como a forma pela qual o supereu (nesse artigo ainda nomeado como agente psíquico especial) se manifestava. Campos (2015) nos indica a esse respeito: “Esse agente psíquico especial atua em forma de consciência, auto-observação e vigia, manifestando-se sempre por uma voz, seja ela alta e em bom tom, nos casos das psicoses, seja muda e abafada, como a voz da consciência, nos casos das neuroses.” (p.65). A voz no texto freudiano é entendida como um efeito das críticas, orientações e proibições referentes à influência dos pais sobre a criança e, posteriormente, das críticas da sociedade. Lacan falará

da voz como som, disjunta do significante, conforme Pena (2011) bem sintetiza: “É uma voz que se diferencia da voz significante que se encadeia na e pela linguagem, dentro de uma sonoridade que a modula, sendo neste caso apenas um puro som desvinculado de qualquer fonetização.” (p.18).

No *Seminário, livro 20* (1972-1973/1985) é retomada a vertente do supereu como gozador quando Lacan interroga-se sobre o que é o gozo, ao que ele mesmo responde ser aquilo que não serve para nada e assevera: “Nada força ninguém a gozar, senão o superego. O superego é o imperativo de gozo – Goza!” (p.11). Não apenas gozador, o supereu é insaciável, possui uma gula estrutural: não importará o quanto o sujeito goze, posto que o supereu sempre irá lhe exigir mais e mais, seja respeitando ou infringindo a lei. Em *Televisão* (1993) essa dimensão da gula do supereu será apontada por Lacan, ao afirmar que Freud em sua passagem da primeira para segunda tópica se dará conta da gulodice característica do supereu ser estrutural, “não efeito da civilização, mas mal-estar (sintoma) na civilização” (LACAN, 1993, p. 52), um imperativo de punição para o sujeito. Tomando essas características podemos qualificar o supereu lacaniano como amoral: “Lacan desvincula o supereu da proposta freudiana de herdeiro do complexo de Édipo, situando-o, não mais como moral, o que propunha Freud, mas como amoral, um agente da pulsão de morte que impõe somente uma ordem: goze!” (PENA, 2011, p.19).

Em meio aos imperativos dos tempos atuais, entre eles o de felicidade perene, podemos reconhecer neles o caráter de imperativo de gozo superegóico? Em que medida o estudo sobre os imperativos do supereu nos traz fundamentos para pensarmos a prática clínica? Sigamos a partir deste ponto.

2.3 Imperativos na atualidade

Mais de 100 anos após Freud elaborar suas considerações sobre as neuroses atuais, nos depararmos com um número extenso e crescente de casos de drogadição, compulsões, “síndrome do pânico” etc., que embora não sejam novas formas de sofrimento, são um desafio ao analista. O avanço da ciência e da tecnologia, com uma vasta gama de objetos – incluindo aí os recursos psicofarmacológicos- vem contribuindo para o homem se alienar do seu desejo, por tal avanço refletir um panorama das relações entre capital e libido, onde proliferam os manuais de sucesso e cada vez mais se rechaçam a diferença e aqueles cujo desempenho destoe do prescrito:

Parece-nos que quanto mais o homem contemporâneo se aliena na tentativa de recobrir com a aquisição de objetos a falta constitutiva de seu desejo, esforçando-se por eliminar a inquietação que o habita numa movimentação compulsiva e desenfreada, mais a vida lhe parece vazia, insignificante (PEREZ, 2014, p.111).

Pensar a atualidade das neuroses, então, nos convoca a partir das considerações freudianas acerca da compulsão para traçar nosso trajeto.

2.3.1 “A repetição nos caminhos do sofrimento”

O título deste tópico foi extraído do artigo “Pulsão de morte como efeito do supereu”, de Rudge (2006), por circunscrever a costura que pretendemos elaborar para pensar alguns aspectos da clínica. Éric Laurent, em entrevista fornecida no livro “A violência: sintoma social da época”, nos relembra uma advertência de Lacan aos analistas:

Lacan, para concluir, nos dizia que temos que estar sempre atentos às formas novas com as quais uma época vive a pulsão. Mas não somente vive a pulsão no sentido *eros*, mas também no sentido *tánatos*, como cada época vive as pulsões de morte e suas manifestações (LAURENT, 2013, p.41).

O que tal advertência nos indica? Em que consistiria o psicanalista estar atento à subjetividade de sua época? Seria a nossa cultura atual um terreno ainda mais favorável a nos evidenciar os efeitos da repetição nos modos de sofrimento? Bastos (2013) traz uma provocação que lança luz em nossos questionamentos:

Quanto à questão se há declínio ou não da função paterna, talvez devêssemos formular se não há, na verdade, em momentos históricos e sociais diversos, formas diferentes de fazer frente à castração. Será que poderíamos entender, com isso, que os sintomas apareceriam revestindo o sujeito aos moldes do figurino da época e, sendo assim, não teríamos “novos sintomas”, mas novas formas de recobrimento do mal-estar? (BASTOS, 2013, p.152)

Tomemos tal indicação como nosso ponto de partida para, articulados com constatações trazidas da prática clínica, formularmos uma pergunta: a compulsão faz laço social? Isto posto, em que medida nos cabe afirmar que a cultura favorece o aumento de casos nos quais a compulsão à repetição compareça de forma tão manifesta na atualidade? Assim como já informamos no início desse trabalho, essas são perguntas que fazem parte das inspirações para continuidade da nossa pesquisa, não tendo um caráter de “pergunta a ser respondida”.

Nosso questionamento acerca de uma provável articulação entre compulsões e laço social tem início na observação de falas de usuários que demonstram ter feito amizades após a descoberta de que o outro também cortava o próprio corpo. É necessário aqui salientar uma

diferenciação; a prática de cortar-se não equivale, por si só, a uma tentativa de suicídio ou uma fase que a anteceda, como um ensaio para a tentativa efetiva. Frequentemente encontramos na clínica casos, em sua maioria de adolescentes, que fazem uso dos cortes no próprio corpo -nos braços, parte interna das coxas, seios etc. – nos momentos de intensa angústia. Tais ações são faladas como meios de substituir um sofrimento emocional por uma dor física. Entretanto, ratificar a não equivalência entre cortar-se e tentar suicídio, não desconsidera a existência de casos onde percebemos um “flerte” com a finitude da vida, como nos constantes pensamentos sobre como a família e os amigos se sentiriam após sua morte. Neste último grupo, porém, ao invés de novos laços, há um esgarçamento dos laços já existentes.

Coutinho e Madureira (2021) asseveram a relevância de se estar atento ao que a prática da autolesão possa nos dar notícias acerca da atualidade: “O quadro clínico da autolesão encena questões fundamentais para a análise dos laços alteritários e suas repercussões no mal-estar da atualidade, mais especificamente, relacionados à adolescência” (p.13). As autoras, ao comentarem o artigo de Le Breton (2006), articularão a autolesão a uma tentativa simbólica de controle da dor, de dominar o que lhe escapa ao seu controle e, assim, cortar seria uma tentativa de viver e não morrer. Porém elas não deixam de apontar a autolesão como reflexo do fracasso da “palavra em seu potencial de conexão simbólica e inserção no laço social” (COUTINHO & MADUREIRA, 2021, p.14).

Freud, em 1914 b, apresentará pela primeira vez a ideia de uma compulsão à repetição, de modo ainda generalizado: “Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar” (1914b/1974, p.197). Freud sinaliza que o paciente comporta-se reproduzindo, como ação, uma lembrança, ou seja, ele atua (“*acts it out*”) sem dar-se conta do que está repetindo.

O estudo das compulsões a partir do *Além do princípio do prazer* (1920/2020) mais do que trazer respostas ao nosso questionamento sobre a atualidade dos sintomas, aumenta nossa bagagem de perguntas. Entre as novas questões, a principal que fica é problematizar a direção do tratamento analítico nos tempos atuais, onde fenômenos da ordem do excesso são o carro-chefe do que muitos usuários trazem como sua identidade (“eu sou drogado”, “eu sou anoréxica” etc) ao se apresentarem nos consultórios. Como tratar esse mais além do princípio do prazer? Se a intensidade pulsional não consegue escoar pela via da simbolização e se expressa muitas vezes através de uma descarga no corpo, como a clínica pode contribuir para

não eclipsar o sujeito? Quando e quanto o CAPSI é convocado a responder sobre isso? Nossa pesquisa se dirigirá inspirada por essas perguntas.

Refletir se estaríamos diante de novos sintomas ou novas formas de recobrimento do mal-estar nos convoca a, primeiramente, tentar localizar alguns pontos sobre os conceitos de sintoma e mal-estar para a psicanálise.

2.3.1.1 Sintoma, sofrimento e mal-estar

A ideia de sintoma, muito difundida no senso comum, como é compreendida pela medicina, faz referência a um funcionamento patológico, uma disfunção no padrão de funcionamento ou comportamento e, precisamente por isso, demanda ser eliminado para restabelecer a ordem. A psicanálise compreenderá o sintoma enquanto dotado de sentido. Maia, Medeiros & Fontes (2012) sintetizam a opinião de alguns psicanalistas acerca do lugar do sintoma na origem da psicanálise, de modo muito poético, enquanto “fenômeno que convoca o ato freudiano de escutar um sentido onde antes o saber instituído afirmava só haver mentira.” (p.45), este aspecto já traz por si só relevante diferença na abordagem psicanalítica do sintoma.

Freud, no início de sua clínica, atribuía a etiologia da neurose à ocorrência de algum evento traumático, de cunho sexual, vivenciado passivamente por seu paciente. Tal evento teria desencadeado conflitos psíquicos, cuja consequência seria o aparecimento dos sintomas. A grande quantidade desses casos levou Freud a questionar se, de fato, todos teriam vivenciado alguma experiência sexual traumática. Ele abandonará a hipnose, proporá a associação livre como regra fundamental da psicanálise e observará que algumas lembranças infantis são falsas, outras verdadeiras e a maioria delas é uma mescla de lembranças verdadeiras com lembranças falsas (FREUD, 1917b/2014). Em que medida isso se refletiria na concepção dos sintomas? Os sintomas se configurariam como representações de experiências e representações de fantasias dos usuários, entretanto, ao invés de abordar as fantasias como um entrave em sua teorização sobre os fatores etiológicos dos sintomas. Freud afirmará: “Se não se apresentam dotadas de realidade material, essas fantasias decerto revelam realidade psíquica, e pouco a pouco aprendemos que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva.” (1917b/2014, p.285).

Freud (1917b/2014) apontará, na conferência sobre os caminhos da formação dos sintomas, que os sintomas neuróticos resultam do conflito entre as instâncias do aparelho psíquico, ocasionado por novas tentativas de se satisfazer a libido: “As duas forças que

divergiram tornam a se encontrar no sintoma, reconciliam-se, por assim dizer, mediante compromisso da formação do sintoma” (FREUD, 1917b/2014, p.277). O sintoma irá funcionar como um substituto para a satisfação frustrada da libido, todavia não será reconhecido enquanto tal, mas sim como um sofrimento, por ser fruto de um conflito psíquico. Freud complementa indicando que os sintomas estão submetidos aos mesmos processos do inconsciente atuantes sobre a formação dos sonhos (condensação e deslocamento), e, assim como eles, apresentam como realizada uma satisfação. Neste momento da obra freudiana, iniciado em 1900 até 1920, o sintoma é visto como uma mensagem cifrada que, através da análise, poderá ser decifrada e elaborada, ao se tornar consciente o conteúdo até então inconsciente. Porém, se os sintomas são vivenciados como fontes de sofrimento, das quais os usuários tanto se queixavam, como explicar a paradoxal dificuldade em se abrir mão de tais sintomas? Em 1920, a partir da introdução do conceito de pulsão de morte, Freud abordará o sintoma como mensagem a ser interpretada e também como meio de satisfação pulsional, em outras palavras, como a forma de satisfação sexual do neurótico.

No artigo *Inibição, sintoma e angústia* (1926 [1925] /2014), Freud inicia definindo o sintoma como indicador da existência de um processo patológico, um “índice e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu” (p.14). Aqui vale recordar a problemática tradução do vocábulo alemão *trieb* como instinto, o que nos leva a ter em mente a necessidade de ler como pulsional onde estiver escrito instintual. Freud afirma que no processo de recalçamento a luta contra a força pulsional terá prosseguimento na defesa contra o sintoma e o eu buscará incorporá-lo:

É compreensível, então, que o Eu busque eliminar a estranheza e o isolamento do sintoma, utilizando todas as possibilidades de vinculá-lo a si de alguma forma e de incorporá-lo à sua organização mediante esses vínculos. Sabemos que tal empenho já influencia o ato da formação de sintoma. (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.21)

Os sintomas histéricos são citados, então, como exemplares para compreendermos essa articulação entre o eu e o sintoma, por constituírem o que Freud nomeia como um compromisso entre a necessidade de satisfação e a necessidade de castigo (FREUD, 1926 [1925] /2014, p.21). Quinet (2011) descreve o sintoma enquanto índice da articulação com a lei (p.18), ou seja, dependendo de como o sujeito se relacione com a lei, seu desejo se manifestará como advertido, no caso da fobia; impossível, na neurose obsessiva, ou insatisfeito, na histeria. Assim, diferente da abordagem médica, a psicanálise não objetiva a eliminação do sintoma, em vez disso, por reconhecê-lo como uma manifestação subjetiva, o

acolhe em sua particularidade: “O sintoma, por remeter em última instância a uma modalidade de gozo, é um destino pulsional que a análise, como decifração do inconsciente, desvela” (QUINET, 2011, p.120).

A chegada de um paciente ao consultório de um analista não equivale a ele ter sido aceito em análise. Pedidos de análise como “vim para me conhecer melhor!”, “vim porque falar é bom”, “todo mundo devia fazer terapia” etc., não se sustentam, por si só, como uma demanda de análise. Quinet (1991) nos lembra que, para Lacan, a demanda de se desvencilhar de um sintoma é a única demanda verdadeira para se iniciar uma análise. As entrevistas preliminares constituem esse período inicial, com vistas à questão diagnóstica, onde a associação livre já se faz presente. Quinet (1991) sugere três funções para as entrevistas preliminares, compreendidas de forma lógica, não apenas cronológica: a função sintomal (sinto-mal), a função diagnóstica e a função transferencial. Neste momento abordaremos a primeira delas para contribuir para nossa observação acerca das diferenças entre a abordagem psicanalítica e a abordagem médica do sintoma.

O sujeito nas entrevistas preliminares precisará transformar sua queixa em uma demanda: “É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (QUINET, 1991, p.16). O analista, ao interrogar o sintoma, introduzirá o desejo nessa dimensão sintomal, como nomeia Quinet, por implicar o sujeito e o desejo naquilo de que o sujeito se queixa. Se o sintoma não é algo transmitido por um vírus, onde o sujeito esteja isento de qualquer responsabilidade por sua etiologia, ao sair do status de resposta e se tornar enigma, o sintoma traz à tona a divisão do sujeito. Nas entrevistas preliminares o sintoma se transformará em sintoma analítico, dando início à análise propriamente. Podemos pensar a não-equivalência entre sintoma e sofrimento pautada na divisão do sujeito, posto que o sintoma apresenta uma dimensão de sofrimento, mas também se configura como uma forma de satisfação sexual.

Continuando nossa tentativa de localizar algumas diferenças no modo como a psicanálise aborda um dos conceitos fundamentais para nossa pesquisa, pensemos sobre os aspectos da noção de mal-estar. No artigo “O mal-estar na cultura”, escrito em 1929 e publicado em 1930, Freud apresenta o conceito de mal-estar para refletir sobre a vida social na modernidade, ao custo da renúncia pulsional. Os impedimentos à vida sexual impostos pela moral cultural, apesar das muitas estratégias compensatórias, deixam ainda um resto e o mal-estar inevitável advém daí, ou seja, ele é estrutural e não uma contingência perante o conflito entre o registro pulsional e o da cultura. Os laços sociais para serem constituídos

tornam preciso um redirecionamento da libido, de modo a canalizá-la para fins não sexuais. Freud ressalta que, pela nossa constituição, somente conseguimos gozar intensamente de momentos episódicos de felicidade e não de um “estado” de felicidade. Sendo assim, são maiores as possibilidades de vivenciarmos a infelicidade do que a felicidade. O autor indica que o sofrimento pode advir de três fontes:

(...) do próprio corpo, que, destinado à decadência e à dissolução, não pode nem mesmo prescindir da dor e do medo como sinais de alarme; do mundo exterior, que pode voltar sua raiva contra nós com suas forças descomunais, implacáveis e destrutivas; e, finalmente, das relações com outros seres humanos. (FREUD, 1930/2020, p259)

Freud nos adverte de que o sofrimento proveniente das relações com outras pessoas talvez seja o tipo que vivenciamos de modo mais doloroso e os casos que abordaremos ao longo dessa pesquisa nos confirmam tal indicação, inclusive pelo distanciamento voluntário que essas jovens optam como meio de “profilaticamente” evitar o sofrimento que as relações com os outros possam lhe trazer.

Iannini e Tavares (2020), na apresentação intitulada *Para ler o mal-estar*, fornecem uma chave de leitura que nos permite conectar essa obra de Freud ao que observamos na clínica na atualidade:

Sem essa camada de reflexão – sobre a face obscura do gozo, sobre as exigências obscenas do Supereu - não é possível compreender como sociedades que se autorrepresentam como hedonistas e permissivas não conseguiram promover a felicidade pessoal ou eliminar o sofrimento neurótico. Ao contrário: os novos sintomas estão aí, ao lado dos velhos, para nos mostrar isso. (IANNINI E TAVARES, 2020, p4)

Guardemos, provisoriamente, essa indicação, para nos reportarmos antes ao texto freudiano. No ano de 1918, durante o V Congresso Internacional de Psicanálise, dedicado a pensar os efeitos psíquicos da guerra e o que poderia a psicanálise ofertar como possibilidades terapêuticas neste contexto, Freud discursará sobre os *Caminhos da terapia psicanalítica*. Nessa conferência, o autor irá rever o estado da terapia psicanalítica e o lugar alcançado por ela na sociedade, e assim pensar as direções possíveis a percorrer. Diversos pontos sobre a atividade do analista são explanados, como a suspensão das resistências, a abstinência por parte do analista em seu manejo e satisfações substitutivas. Próximo ao final do texto, Freud ressalta dois posicionamentos: a recusa a impor ao paciente os ideais do analista ou de alguma visão de mundo filosófica, por considerar tal ato uma violência – ainda que sob uma fachada bem intencionada, afirmando que: “pude ajudar pessoas com as quais não tinha qualquer laço de raça, educação, posição social ou visão de mundo, sem incomodá-las em suas

peculiaridades” (FREUD, 1919 [1918] /2017, p.179), sendo assim, tal atitude se configura como um posicionamento clínico e político.

O segundo posicionamento é um convite aos analistas a levarem às camadas mais pobres o acesso ao tratamento psicanalítico. Freud fazia nesse convite uma previsão: inicialmente essas clínicas seriam particulares, frutos da beneficência de pessoas já tocadas pela psicanálise, e, de fato, no intervalo entre as duas Grandes Guerras já existiam cerca de uma dúzia de clínicas sociais¹.

Iannini e Santiago (2020) salientam uma importante modificação na obra freudiana após a Grande Guerra: os artigos com extensas descrições de casos foram se reduzindo em fragmentos de casos e cedendo espaço para textos com abordagem mais direcionada aos temas sociais e culturais. Segundo os autores, essa mudança demonstra que “a prática clínica é atravessada, de ponta a ponta, por aquilo que se precipita das formas da vida social na vida psíquica do sujeito” (IANNINI & SANTIAGO, 2020, p.26), ou seja, o social e a vida psíquica são dimensões indissociáveis.

Freud discutirá sobre a relação entre renúncia pulsional e a interferência cultural em dois momentos. No primeiro texto, denominado *A moral sexual ‘cultural’ e a doença nervosa moderna*” (FREUD, 1908/2020), a cultura é vista como uma influência externa ao sujeito, a lhe exigir que renuncie à satisfação sexual até o casamento e, mesmo dentro dele, ela esteja associada à função de reprodução. As moções sexuais são concebidas como hostis à cultura e a moral sexual cultural seria fator determinante para a causalidade da doença nervosa moderna. A partir de 1920, com a reformulação da concepção do aparelho psíquico (segunda tópica), já tendo desenvolvido o conceito de pulsão de morte, haverá uma modificação no modo como Freud enxergará a influência da cultura na etiologia da neurose. Se em 1908 a repressão à satisfação sexual era vista como exigência externa ao sujeito e resultaria em hostilidade para com o outro, no texto *O mal-estar na cultura* de 1930, Freud proporrá que a hostilidade não se direciona apenas ao outro, mas também se dirige ao próprio eu, local de onde havia partido inicialmente. O foco deixa de estar na tensão entre as exigências pulsionais e as exigências da cultura e é substituído pela tensão entre as manifestações de Eros e as manifestações da pulsão de morte ou de destruição, a operar sobre o sujeito e sobre a cultura. A dimensão de destruição, inerente à pulsão, se dirigirá ao mundo exterior, a serviço de Eros, entretanto, ao ser impedida de se dirigir ao outro, retornará ao eu e se intensificará como autodestruição:

Lá, ela é assumida por uma parte do eu, que se opõe ao restante como Supereu, e então, como ‘consciência moral’, exerce contra o eu essa mesma disponibilidade rigorosa para a agressão, que o eu teria, com prazer, saciado em outros indivíduos, desconhecidos a ele” (FREUD, 1930/2020, p.300)

Esse ponto será fundamental para refletirmos sobre a prática de cortar o próprio corpo, tão recorrente na atualidade entre os adolescentes.

Freud, então, apresentará o desenvolvimento da cultura como o que nos evidencia a luta entre Eros e morte: “Essa luta é, sobretudo, o conteúdo essencial da vida, e por isso o desenvolvimento da cultura pode ser caracterizado, sem mais delongas, como a luta da espécie humana pela vida” (FREUD, 1930/2020, p.299). Reconhecemos essa luta ao observar o desenvolvimento da humanidade e do ser humano, o que nos leva a conceber que a ferocidade do supereu é estrutural e não consequência das repressões da cultura.

Ferreira e Barros (2011) propõem dois modos de conflito ao pensarmos a relação entre o homem e o social:

Quando se coloca em cena o homem e o mundo, sempre nos deparamos com dois conflitos: um, que diríamos estrutural: a dor de existir. Outro, que nomearíamos de social: a dor do sintoma. (...) O primeiro engendra sintomas ligados a três estruturas: psicose, neurose e perversão. O segundo produz novas roupas para os velhos sintomas. (FERREIRA & BARROS, 2011, p.4)

A dor de existir não equivalerá à dor do sintoma, enquanto a primeira nos dá notícias do modo como o sujeito se relaciona com o seu desejo e as pulsões, a segunda aponta para as renúncias pulsionais implicadas na inserção do sujeito na cultura, como fora abordado no texto freudiano sobre o mal-estar. O capítulo no qual abordaremos a adolescência, o faremos em articulação com a dor de existir, as relações familiares e aberturas para possíveis intervenções do CAPSI neste cenário.

As formas de mal-estar na cultura nos dão notícias das relações do sujeito consigo e com o outro, além de demonstrarem como se transformam com o passar das épocas. Birman (2020) traça uma comparação entre as modalidades de mal-estar na modernidade e na atualidade: “No lugar das antigas modalidades de sofrimentos centrados no *conflito* psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora como dor, inscrevendo-se nos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades*.” (p.65), e assim, o pensamento e a linguagem teriam perdido o destaque como meios de expressão do mal-estar que anteriormente possuíam. No primeiro registro temos o corpo tomado como objeto de queixas, de demandas de performances cada vez mais próximas de uma suposta perfeição e campo privilegiado para as manifestações do mal-estar na

atualidade. O registro da ação nos fala dos imperativos para agir, muitas vezes esvaziados de alguma reflexão que os fundamentasse e articulados à demanda de um ritmo mais acelerado, a dar vazão ao excesso que acossa o sujeito e o afeta no registro das intensidades.

Birman (2020) propõe que na atualidade o mal-estar se caracteriza principalmente como dor, e não como sofrimento (p.138); traçando a seguinte distinção entre os dois termos: na dor o que temos é um sujeito fechado em si mesmo, sem mediação do outro e entregue ao excesso pulsional; no sofrimento há o apelo e a demanda endereçada ao outro, operando uma transformação da dor ao simbolizá-la. Birman aponta que a dor poderá mortificar o corpo do indivíduo e ser descarregada através da irritabilidade, das compulsões e da violência. Este ponto nos remete a uma característica frequente nos casos de adolescentes que cortam seus próprios corpos: os cortes em si são antecedidos por cortes na relação com o outro, por rupturas que incidiram nessa relação. A impossibilidade do apelo ao outro no campo da dor levará a uma exigência de autossuficiência, fadada ao fracasso: “Na cultura do narcisismo triunfante, as insuficiências não podem jamais existir e ser exibidas, já que essas desqualificam a subjetividade, que deve ser, antes de tudo, autossuficiente” (BIRMAN, 2020, p.141), conforme observamos nas falas das adolescentes sobre cobrarem-se não apenas omitir seu mal-estar, mas também, e principalmente, forjar uma imagem de felicidade esfuziante.

A dimensão alteritária do sofrimento permite que o sujeito não fique paralisado, podendo colocar seu desejo em movimento, posto que é possível nomear e simbolizar a dor vivenciada e fazer algum apelo ao outro, seu interlocutor. Pensar as formas de mal-estar presentes na atualidade nos traz notícias acerca do cenário de nossa cultura, das relações do sujeito consigo e com o outro. Uma das marcas do estilo de ser do sujeito na contemporaneidade, como nomeia Birman (2020), é a aceleração em agir, mesmo que desconheça a motivação para tal ação:

(...) pode-se dizer que as individualidades seriam marcadas pelo excesso, que as impele inequivocamente para a ação. Isso porque esta seria a melhor forma para se ver livre daquele e poder então eliminá-lo. Caso não façam isso, as individualidades seriam possuídas pelo excesso, que as inundaria pela angústia. (BIRMAN, 2020, p.82)

Podemos pensar o ato de cortar-se como uma dessas estratégias de conter o excesso pulsional e evitar o encontro com a angústia, mais comum entre os adolescentes, ou mais especificamente, conforme observamos na clínica, entre as adolescentes. Esse aspecto nos convida a outra reflexão, sobre a qual nos debruçaremos no terceiro capítulo, mas é válido lançá-la aqui: podemos formular alguma articulação mais “próxima” entre o ato de cortar-se e o feminino ou nossa observação de maior prevalência dessa prática entre adolescentes do sexo

feminino revela apenas maior dificuldade entre os adolescentes do sexo masculino em reconhecer o próprio sofrimento e buscar algum tratamento? Certamente isso servirá como uma das balizas para refletirmos sobre os laços sociais na atualidade.

O período da adolescência, como veremos no terceiro capítulo, comporta múltiplas transformações, lutos e ressignificações, que o sujeito atravessará nas relações consigo mesmo, com seu núcleo familiar e na cultura onde esteja inserido. Em nosso trabalho pretendemos, através de fragmentos de casos, levantar o que esses adolescentes nos ensinam com seus sintomas, suas construções e, principalmente, o quanto convidam serviços voltados para o atendimento ao público infantojuvenil a reverem suas práticas e se reinventarem. Sublinho que, apesar dos adolescentes convocarem múltiplos serviços a essa revisão, em nossa pesquisa nos deteremos apenas no CAPSI.

2.4 O CAPSI, seu lugar na RAPS e a estranheza da neurose

Antes de problematizarmos os desafios atuais colocados para a prática clínica em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI), convém sublinhar que o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde mental da infância e adolescência não coincide com a construção e os avanços da reforma psiquiátrica brasileira destinada aos usuários adultos. As ações voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes durante muitos anos permaneceram restritas aos setores como a Educação e a Assistência Social, ou seja, além de não serem reconhecidas como questões de saúde pública, só foram incluídas tardiamente na agenda das políticas de saúde mental. Couto, Duarte & Delgado (2008) elencam quatro fatores que contribuíram para esta inclusão tardia, são eles:

1º fator: os problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência apresentam-se com grande variabilidade, tanto em termos de sintomatologia quanto a respeito do período de sua incidência, em que determinados quadros eclodem com maior frequência na infância e outros somente na adolescência, além da variabilidade dos tipos de prejuízos associados a estes quadros;

2º fator: dados como frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta, atribuídos à existência dos chamados transtornos mentais, foram sistematizados apenas em um passado recente;

3º fator: a eficácia e efetividade dos tratamentos aplicados na saúde mental infantil recentemente passaram a possuir evidências empíricas, característica observada mundialmente;

4º fator: O sistema de cuidados voltados para infância e adolescência é composto por diversos setores funcionando de forma isolada e autônoma em relação à saúde mental, cujos usuários apresentam problemas do campo da saúde mental e são atendidos simultaneamente em mais de um dispositivo ou então, apesar de possuírem demandas para a saúde mental, têm seu acompanhamento restrito à Educação ou à Justiça, por exemplo. Couto, Duarte & Delgado (2008) nos apontam que:

Esta forma de uso dos serviços revela ausência de racionalidade na oferta dos recursos e, na maioria das vezes, resulta em impropriedade ou subutilização do cuidado. Concorre ainda para agravar a situação o fato de setores tão distintos terem limitada capacidade de produzir informações para instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de estratégias para melhoria da qualidade da assistência. (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008, p.392)

Este último fator, apesar de o referido artigo ter sido escrito em 2008, permanece atual até o presente momento. Couto & Delgado (2015) ao comentarem a falta de uma abordagem efetiva do tema da criança e do adolescente na II Conferência Nacional de Saúde Mental (realizada em 1992), apesar dos anos 1990 terem sido o período de maior discussão sobre políticas de saúde mental e políticas sobre a infância e adolescência, dirão:

Consideramos que a elaboração de possíveis respostas para essa questão deverá enfrentar o complexo debate sobre o não reconhecimento da possibilidade de uma criança portar o enigma da loucura, ou ser um sujeito passível de tormentos mentais. Se essas vicissitudes da condição humana não forem atribuídas a uma criança e não forem tomadas como questões relevantes ao campo das políticas de cuidado eticamente orientadas, a pauta da cidadania e direitos dos loucos pode não interessar diretamente à pauta da cidadania das crianças; o contrário também sendo verdadeiro (COUTO & DELGADO, 2015, p.31).

Somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, foi dado destaque à construção de políticas públicas para infância e adolescência. Podemos dizer que a dificuldade em reconhecer a criança/ o adolescente enquanto um sujeito, e não um 'sujeito em desenvolvimento', passível de tormentos mentais e, por isso, público para os serviços de saúde mental, é uma dificuldade ultrapassada na história? A atualidade nos mostra, com cores e tons (talvez) mais discretos, que este ainda é um problema do nosso tempo.

Muito teríamos a discorrer sobre os problemas e desafios atuais na Saúde Mental para crianças e adolescentes por sua relevância na discussão acerca da Saúde Pública, entretanto, em nossa pesquisa faremos um recorte a partir da seguinte pergunta: quem é o usuário do CAPSI? Ou melhor, quais são os critérios para uma criança ou um adolescente poder ser acompanhado em um CAPSI hoje?

Na portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, lemos a seguinte descrição do que é um CAPSI e a quem se destina:

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:
a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

Tomar como norte esta referência de público alvo nos abre dois caminhos: 1) reducionista: pautados em classificações nosológicas, os critérios para a avaliação do paciente serão balizados por manuais diagnósticos, tais como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) e Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5ª edição). Nesta perspectiva o foco da avaliação residirá no enquadramento do transtorno mental e o CAPSI será destinado a códigos específicos, resumidamente, será destinado a quadros de autismo e psicose. O outro caminho consiste em conceber os transtornos mentais pelo viés do sofrimento psíquico, que acolhe os quadros já conhecidos, reconhecendo a singularidade do caso a caso e dá voz também aos inclassificáveis da clínica. Esta segunda perspectiva configura-se como um dos grandes desafios diários da prática clínica e vale ressaltar que o caráter diário diz respeito à necessidade de se sustentar tal posicionamento a cada usuário que chega para o primeiro atendimento e também a cada usuário que permanece na instituição. Na atualidade o CAPSI é convocado a interrogar sua prática e seus posicionamentos em função dos casos que chegam através de números crescentes de crianças e, em sua maioria, adolescentes, apresentando os mais diversos encaminhamentos para suas angústias: tentativas de suicídio (inclusive dentro das escolas), autolesões, uso intenso de drogas lícitas e ilícitas, entre outros. O que os adolescentes estão nos apontando com seus sintomas?

A adolescência é uma construção social que passa a se fazer presente entre o final do século XVIII e início do século XIX, a partir disso passará a ser pensada de forma diferenciada da infância. Para a psicanálise a discussão acerca da adolescência põe como base três tópicos: a saída da infância, a diferença dos sexos e a imiscuição do adulto na criança. Jacques-Alain Miller (2015), em sua Intervenção de encerramento da 3ª Jornada do Instituto da Criança, afirma que “O momento púbere é um momento em que, com efeito, o narcisismo se reconfigura” (p.22) e isto pode nos dar recursos para pensar a atualidade dos sintomas através desses elementos da adolescência: é uma construção social, que escapa a uma generalização biológica; traz em si a exigência de um trabalho psíquico para fazer a travessia

do âmbito familiar da infância para o mundo social da vida adulta e, nas palavras de Lima & Santiago (2009): “As perguntas sobre o ser, sobre o sexo, sobre o próprio desejo e o desejo do Outro, surgidas na infância e silenciadas na latência, são redespertadas na adolescência.” (extraído do texto online). Não seriam as incertezas sobre o sexo, sobre o próprio desejo e o desejo do Outro o que vemos ser trazido como fonte de intensa angústia com tanta frequência nos sintomas na atualidade? Objetivando embasar nossa investigação sobre as possíveis articulações – e contribuições- entre o discurso psicanalítico e a clínica no CAPSI nesse contexto dos atuais desafios enfrentados na adolescência, comecemos interrogando o lugar do CAPSI como parte da Rede de Atenção Psicossocial municipal.

2.4.1 O lugar do CAPSI na cidade

No início do tópico 2.4 de nossa pesquisa trouxemos um panorama sobre a demorada inserção das discussões sobre infância e adolescência no conteúdo da reforma psiquiátrica e um questionamento sobre o público a que se destina o CAPSI. Agora nos cabe interrogar o que se coloca em questão quando se cria tal serviço entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ou seja, o que oferecemos quando abrimos as portas de um CAPSI?

O conceito de RAPS foi instituído pela portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, onde se determina que

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o artigo 5º dessa portaria, a RAPS será composta por serviços da atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, equipe de atenção básica para populações específicas: equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, e Centros de convivência), serviços da atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial), serviços de atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde etc.), serviços de atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial), serviços de atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas) e

estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e reabilitação psicossocial).

O CAPSI, como parte da RAPS, é proposto enquanto forma de cuidar sem excluir, sem retirar a criança/ o adolescente dos seus vínculos, do seu contexto familiar, escolar etc., pelo contrário, ali o trabalho se desenvolveria considerando e incluindo tais vínculos no tratamento do usuário. Um dos instrumentos utilizados para propor direções no tratamento é a construção do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um “compilado” de propostas de atividades e áreas de interesse do usuário para um dado espaço de tempo, a ser revisto com alguma periodicidade ou caso se verifique, a partir de dados clínicos ou sociais, a necessidade de intensificar ou diminuir a regularidade das atividades em que o usuário esteja inserido. Entretanto, se a construção desse instrumento for pautada no imperativo de preenchimento de todos os espaços possíveis na agenda do usuário ou se apostarmos que para todos os adolescentes/ crianças o indicado é participar das mesmas atividades, já teremos perdido a dimensão do singular, representada pela letra S na sigla e, arrisco dizer, que já teremos substituído o “terapêutico” pelo viés pedagógico.

Rinaldi (2015) nos lembrará que os trinta anos passados do início da reforma psiquiátrica não nos dispensam de encarar os desafios da prática clínica nos serviços de saúde mental em nosso cotidiano. O campo da assistência em saúde mental encontra-se reconfigurado, mas não menos complexo:

O novo campo da atenção psicossocial caracteriza-se pela articulação entre diversos saberes com a instituição do trabalho em equipe multidisciplinar, onde estão presentes várias orientações clínico-assistenciais, desde as que privilegiam a reabilitação psicossocial e o resgate dos direitos de cidadania dos usuários, ponto de partida da própria reforma, até aquelas que tomam como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade, esta última de inspiração psicanalítica (RINALDI, 2015, p. 316)

O que seriam esses dois modos de conceber o trabalho nos serviços de saúde mental? De um lado o foco na reinserção social, que pode vir a “flertar” com uma condução mais pedagógica por partir de pressupostos previamente estabelecidos sobre o que seria melhor para o usuário, sobre como organizar sua vida, o que ele deveria almejar conquistar... Caso o cuidado com a reinserção social torne-se um imperativo e seja implementado desarticulado da clínica cairemos nesse flerte com uma conduta pedagógica. O perigo ao tomarmos a reabilitação psicossocial como um imperativo universalmente bom para todos é deixarmos de fora a dimensão subjetiva, as singularidades de cada sujeito atendido na instituição. O olhar para as singularidades é efeito da presença de uma atuação clínica nesses espaços, ou pelo menos deveria sê-lo. O trabalho em saúde mental traz em si um desafio sempre presente na

pauta do dia, independente de estarmos em um serviço voltado para adultos, crianças e adolescentes ou pessoas em uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas: como a minha prática pode não anular o reconhecimento de que estou frente a um sujeito, sem silenciar a diversidade, ou seja, como o trabalho desenvolvido ali pode legitimar a presença do sujeito ao invés de tutelá-lo e objetificá-lo? Pensemos, a seguir, quais contribuições a psicanálise pode trazer para nossa atuação perante tal desafio.

2.5 Psicanálise e CAPSI – construindo um lugar

Rinaldi (2015) nos dá indicações sobre como a psicanálise pode contribuir para a construção do trabalho na saúde mental: “Seguir o estilo do sujeito, acompanhando-o em seu trabalho subjetivo, valorizando a sua fala, os seus sintomas, é a proposta clínica da psicanálise para as novas instituições de saúde mental” (p.317). Segundo a autora, as dimensões da clínica e da política podem não somente coexistir, visto ser a clínica do sujeito a condição de possibilidade para a prática da atenção psicossocial, por implicar o sujeito em suas questões (p.318). A delicadeza dessa postura ética de implicar o sujeito ao invés de objetificá-lo vemos também na linha tênue que separa uma efetivamente nova forma de cuidar em saúde mental e as novas roupagens para a lógica praticada anteriormente nos manicômios, onde qualquer vestígio de subjetividade era achatado pelo imperativo discurso médico. Em outras palavras, se não nos mantivermos atentos para evitar o risco de tomar os usuários como objetos da saúde mental, sobre os quais depositamos nossos ideais com nossa mestria, nossa principal diferença em relação à lógica manicomial de outrora será que atualmente os usuários podem residir fora dos muros da instituição e não são submetidos a castigos corporais. Levantar essa advertência pode, em um primeiro momento, parecer excessivo, mas a fazemos com o intuito de acentuar a radicalidade presente na ausência de garantia de que, ao se construir um serviço substitutivo ao manicômio, estejamos efetivamente ofertando uma nova forma de cuidar ao invés de apenas levarmos gato por lebre, conforme o ditado popular.

Não nos iludamos ao acreditar que o risco de repetirmos essa postura ortopédica se restrinja ao trabalho com os usuários já cronificados, muito comprometidos cognitivamente pelos anos de (des)tratamento psiquiátrico. Quando, por exemplo, recebemos uma adolescente encaminhada para um CAPSI após tentar suicidar-se e a postura da equipe é de interrogá-la sobre como pôde fazer algo contra a própria vida, já que ela é tão bonita e tão jovem, estaremos desconsiderando a presença de um sujeito ali e cairemos numa conduta prescritiva sobre o padrão do que seria uma conduta adequada para a juventude. Tomar o trabalho na

saúde mental a partir da clínica do sujeito terá efeitos não apenas dentro de um dispositivo específico, mas também nas suas articulações intersetoriais e na construção de políticas públicas, conforme nos sinaliza Rinaldi (2015): “Assim, da macro à micropolítica, em que esta última diz respeito aos jogos de força e poder no espaço das instituições de saúde mental, trata-se de ressaltar o lugar da clínica no conjunto das ações institucionais e na gestão dos serviços” (p.318).

Rinaldi (2015), ao apresentar alguns fragmentos de casos, problematiza como a prática clínica faz furos nos saberes já constituídos da equipe:

Os chamados casos difíceis, considerados intratáveis, que mobilizam e angustiam a todos, são exemplares para movimentar a equipe, porque eles colocam em questão sua suposta suficiência ou competência. A repetição de protocolos já instituídos, através dos quais se procura apaziguar a angústia, já não funciona. (RINALDI, 2015, p.322).

Esse aspecto do uso de protocolos como “ansiolíticos” para a própria equipe é facilmente observado no cotidiano dos serviços; quanto mais o caso ou a situação mobilizar a equipe, mais facilmente ela poderá escorregar e lançar mão de protocolos, manuais, na tentativa de dar algum contorno à angústia que o não-saber lhe evoca. Os casos difíceis tornam mais evidente a necessidade da equipe não se fixar em padronizar suas práticas, de modo a obturar as singularidades dos usuários ali assistidos.

O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é desenvolvido por equipes multidisciplinares, compostas de forma diversificada quando comparamos mais de um CAPS, e em várias delas temos a presença de psicanalistas. É importante sublinharmos que, ao serem contratados ou convocados por um concurso, isso não se dá por sua formação psicanalítica e sim por sua formação acadêmica. Em outras palavras, o fato de encontrarmos psicanalistas na saúde mental não é garantia de que a ética psicanalítica tenha sido convocada a compor o trabalho. Assim, para além dos desafios da clínica com casos de maior gravidade, com grande sofrimento psíquico, o psicanalista precisará se haver com algumas dificuldades internas a se inserir na instituição, ao trabalho coletivo. Nas palavras de Moretto & Prizskulnik (2014), se inserir nas instituições requer do analista que ele o faça “sem perder de vista a especificidade e a Ética da Psicanálise, que está desarticulada dos ideais e do bem-estar” (p.297).

A entrada do psicanalista em um serviço como o CAPSI não equivale à sua inserção ali; na prática, o que observamos é a construção de um lugar, posto que isso não se encontra dado previamente à sua chegada. Moretto & Prizskulnik (2014) elencam dois aspectos para refletirmos acerca da inserção - enquanto um processo psíquico - e do lugar do psicanalista na equipe de saúde: a) o tipo de demanda dirigida a ele, pautada na forma como a equipe lida

com a subjetividade, e b) como o analista escuta e responde a essa demanda. No primeiro aspecto está em questão o modo como a equipe maneja a própria subjetividade e a dos usuários, se a inclui na condução do trabalho ou a exclui, achatada pelos protocolos. As autoras salientam a não-equivalência entre a equipe dirigir encaminhamentos para o analista e ela demandar, desejar saber sobre as dificuldades advindas do aparecimento da subjetividade: somente ao desejar saber é que se demanda um retorno do saber do analista e, por esse caminho ele poderá se inserir. As autoras afirmam que a inserção do analista dependerá da relação estabelecida entre ele e a equipe, caso isso não se dê, o trabalho do analista ocorrerá isolado na vertente clínica, sem efetivar-se na vertente institucional (p.295).

O trabalho do psicanalista nas instituições é uma constante convocação a não renunciar aos princípios da psicanálise frente à tensão entre o discurso do mestre e o discurso analítico, entre a política e a clínica. Nicolau & Calazans (2016) propõem uma pergunta orientadora para nossa pesquisa: “se o psicanalista é aquele que se dirige ao sujeito do inconsciente, provocando a produção de um saber singular, haveria lugar para ele em uma instituição marcada pelo discurso médico, que aplica um saber universal, pautando-se na certeza de suas elaborações?” (p.1121). O discurso vigente nas instituições de saúde é o discurso médico, que, de acordo com a teoria lacaniana dos quatro discursos corresponderá ao discurso do mestre. Fazemos uma breve contextualização para nos situarmos no que é argumentado nessa teoria.

Lacan propôs a teoria dos quatro discursos como meio de pensarmos as articulações entre o campo do sujeito e o campo do Outro, ou seja, pensarmos as modalidades de laços sociais. São elencados quatro discursos: do mestre, da histérica, do universitário e o do analista, entretanto, abordaremos somente o discurso do mestre e o do analista como contribuições para o desenvolvimento da nossa pesquisa. Conforme nos indica Jorge (2002), Lacan observa que os quatro discursos recobrem as três profissões nomeadas por Freud como impossíveis – educar, psicanalisar e governar; acrescentando a elas uma quarta atividade: fazer desejar, presente no discurso da histérica. Assim, os discursos “se referem fundamentalmente a impossibilidades” (JORGE, 2002, p.17) e cada tipo de discurso engendra um modo de laço social em torno de um desses impossíveis.

Cada discurso é representado por um matema, que Nicolau & Calazans (2016) nos esclarecem se tratar de “uma estrutura composta por letras que indicam, ao mesmo tempo, uma articulação e uma impossibilidade entre os campos” (p.1123), entre o campo do sujeito e o campo do Outro. A estrutura dos discursos é fixa, composta por quatro posições/ lugares:

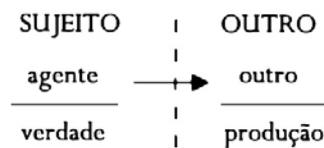


Figura 6 – A estrutura dos discursos

Fonte: Jorge, 2002, p.27.

O agente será aquele, através dos seus ditos, a determinar o lugar do outro e a extrair dessa relação uma produção, um efeito. Segundo Jorge (2002), Lacan privilegia o lugar do agente, o nomeando como a dominante de cada discurso: é desse lugar que o discurso se orienta, a sua denominação.

O lugar da verdade sustentará o lugar do agente, o suportará e todo discurso será movido por ela. Lacan utiliza quatro elementos, dispostos em lugares diferentes, para compor cada discurso. São eles: **S1**- o significante mestre, aquele que representa o sujeito para outro significante; **S2**- o saber do Outro; **\$**- o sujeito barrado e **a** – objeto *a*, o mais-de-gozar. A cada quarto de giro operado entre tais elementos um novo discurso se constituirá.

Jorge (2002) descarta a possibilidade de compreendermos a teoria dos quatro discursos enquanto uma abordagem de relação intersubjetiva:

Sublinho que cada discurso inclui nele mesmo *um único sujeito*, o que mostra que a intersubjetividade é eliminada, de saída, na teoria lacaniana dos discursos como liames sociais: embora Lacan tenha falado de relação intersubjetiva no início de seu ensino - certamente um passo necessário em seu percurso no sentido de reconstituir o lugar do psicanalista na direção do tratamento -, não existe relação intersubjetiva, assim como não existe relação sexual (JORGE, 2002, p.27).

A afirmação sobre a não-existência da relação intersubjetiva ratifica a concepção do discurso enquanto o modo como se dá a articulação entre o sujeito e o Outro, e não entre dois sujeitos.

Comparemos agora o discurso do mestre, frequentemente tão presente nas instituições, com o discurso do psicanalista, nossa base para construirmos uma clínica do sujeito. Graficamente temos:



Figura 7 – Discurso do mestre

Fonte: Jorge, 2002, p.28.

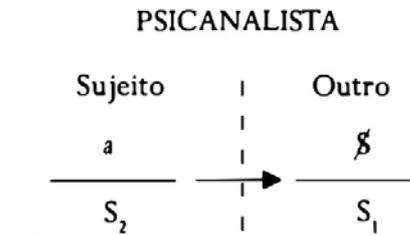


Figura 8 – Discurso do psicanalista

Fonte: Jorge, 2002, p.28.

O discurso do mestre é o ponto de partida para construirmos, a cada quarto de giro, os próximos três discursos e também possui esse caráter inaugural por ter “a posição própria àquele que usa a linguagem” (JORGE, 2002, p.29), sendo a estrutura da linguagem a mesma do discurso do mestre. Nele a dominante é S_1 , o significante mestre, a tomar o outro como saber (S_2 , saber do Outro) para extrair daí um mais-de-gozar, como produto. Este é o discurso da dominação, que ao descrevê-lo dessa forma nos cria uma impressão de ser algo muito afastado da rotina das instituições. Porém, ao se manejar o trabalho partindo do pressuposto de que a equipe detém o saber sobre a doença e o aplicará nos usuários ali atendidos, tomando-os como objeto do seu tratamento, o discurso operante aqui é o discurso do mestre. Outro “nome” para a dominação é a via da sugestão, onde o laço com o outro se dá colocando-o como um receptor do nosso saber, a aguardar passivamente que lhe forneçamos a chave para livrar-se do seu sofrimento. O sujeito é muito falado, mas não escutado.

O avesso do discurso do mestre será o discurso do analista, nele a dominante é o objeto *a*, que se dirige ao sujeito dividido ($\$$), deixando cair, como uma produção, o significante mestre. Neste discurso o saber do Outro ocupa o lugar da verdade, uma semi verdade. Nicolau & Calazans (2016) nomearão o discurso do analista como o avesso do laço social institucional, por tomar o sujeito como sujeito falante e não como objeto do seu saber. Jorge (2002) sublinha essa especificidade do discurso do analista: “Ao passo que o mestre se dirige ao outro tomado como saber (saber do Outro), o psicanalista se dirige ao outro de uma forma radicalmente nova na cultura: tomando-o como sujeito falante, capaz de produzir os significantes primordiais fundadores de sua própria história.” (p.30), tal posicionamento é observado apenas nesse discurso.

Tomemos a indicação de Nicolau & Calazans (2016) como baliza para orientar nossa discussão no próximo capítulo acerca do que os fragmentos de casos nos trouxeram de questões e convocações para inserção do discurso do analista na prática da saúde mental

infantojuvenil: “A clínica psicanalítica sugere não haver nenhum diagnóstico, ou qualquer outro saber determinado que informe mais sobre o sujeito do que sua fala” (p.1128).

3 PRECISO CONVERSAR...

Os adolescentes, entre tantas notícias que nos dão sobre a atualidade do convívio social, familiar e cultural, nos demonstram uma disseminação do ato de cortar-se auxiliada pelo amplo alcance das redes sociais. Em que medida a adolescência, com seus lutos, propicia uma maior ocorrência da prática de cortes no corpo não observada em outras etapas da vida, como, por exemplo, na velhice?

Tomando como base a hipótese de que a marca mais manifesta da sociedade atual é a articulação entre a ciência, a excluir o sujeito com seu vasto desenvolvimento técnico - com destaque para os avanços farmacológico e cirúrgico -, e o capitalismo, com sua habilidosa prática de mercantilizar as vivências e ofertar novos objetos com vistas a tamponar qualquer falta, consideramos que os laços sociais são atravessados por tal articulação. A adolescência, por já ser uma construção social, tende a ser um momento de maior susceptibilidade às nuances do social e a responder a elas, o que nos leva a supor que a alcunha de “rebeldes sem causa” dada aos adolescentes não seja tão desprovida de causa quanto se prega.

É importante sublinhar que a adolescência não é um conceito psicanalítico, porém Freud dedicou-se a falar sobre a puberdade em alguns poucos momentos a respeito de suas transformações, como na terceira seção dos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1972). Ali o criador da psicanálise salienta que na puberdade a pulsão sexual passará a ter um objeto sexual, em vez de ser majoritariamente auto-erótica e, entrará em jogo um novo objetivo sexual, trazendo à tona novamente a diferença entre os sexos, posto que as pesquisas sexuais da infância haviam ficado abandonadas durante o período de latência, quando o mundo da escola, dos amigos, da natureza ganham destaque. Miller (2015) reconhece tanto em Freud como em Lacan a puberdade enquanto uma escansão no desenvolvimento da sexualidade e destaca algo intensamente atual: “a adolescência como momento em que a socialização do sujeito pode se fazer sob o modo sintomático” (p.26), dois argumentos que podemos observar de forma recorrente na clínica.

Lacadée (2016), inspirado em Vitor Hugo, propõe que abordemos a adolescência não pelo viés de uma crise, mas como “a mais delicada das transições”: “Se decidimos qualificar a adolescência como uma transição foi porque o próprio termo *adolescência* é, antes de tudo, um significante que designa a mudança que ocorre um dia na criança” (p.34). Tal concepção dá relevo à impossibilidade de concebermos a adolescência por um viés meramente orgânico, como resultado da maturação biológica a chegar pontualmente no décimo segundo aniversário

de vida, por exemplo. Em vez disso, apesar dos caracteres sexuais secundários irem surgindo gradativamente, a adolescência não se configura como um somatório dessas partes.

Embora não seja um conceito psicanalítico, a adolescência é concebida pela psicanálise como um significante da transição a tocar cada sujeito em decorrência do seu encontro com o desejo sexual e com as transformações do seu corpo, em outras palavras, do seu encontro com o real do sexo e do corpo.

As respostas construídas em sua infância já não lhe servem; o sujeito, agora convocado a tomar um lugar como sujeito sexuado, vai (re)formular o seu modo de existir no mundo. Em nossa cultura não temos rituais de iniciação para auxiliar a saída da infância e a entrada na vida adulta, o adolescente, então, vivenciará a experiência de sem-lugar: já não é mais a criança que costumava ser, porém ainda não é um adulto.

Elegemos três casos para contribuir conosco na reflexão sobre as relações dos sujeitos adolescentes na atualidade e o que é possível depreender da “parceria” entre adolescência e os cortes. A escolha desses casos se deu com base na intensidade das experiências vividas e no tanto que elas nos despertaram de questões. Optamos por recortar em nossa pesquisa apenas casos em que os sujeitos sejam de estrutura neurótica, porém isso não indica que não possamos encontrar a prática dos cortes no corpo em sujeitos psicóticos ou perversos.

As três adolescentes citadas nos trazem a prática de cortar-se muito conectada aos momentos de intensa angústia, como uma porta de saída para essa angústia que as invade e questionamos sobre o porquê de tal porta de saída ser, na atualidade, tão comum entre as adolescentes. Uma epidemia de cortes? Seria a disseminação do ato de cortar-se uma roupagem na atualidade de uma epidemia histórica, cujo alcance toca mais diretamente os adolescentes?

Na base para pensarmos a questão da epidemia histórica temos a manifestação de identificações. Jorge e Travassos (2021) salientam que a histeria é a própria estrutura de base de todo sujeito neurótico e um traço relevante dessa estrutura é a sugestionabilidade, em gradações das mais diversas, assim, podemos observar que “há em todos nós, em maior ou menor grau, uma variação, uma labilidade identificatória tributária do fato de sermos sugestionáveis, às vezes de forma extrema” (p.10). Em virtude das transições experienciadas na adolescência, entre elas os lutos necessários a serem efetuados, como o luto da criança que foram um dia, dos pais idealizados e dos ideais da infância, alguns reflexos dessa sugestionabilidade evidenciam-se quando refletimos sobre os adolescentes no campo da neurose. Em meio a tantas incertezas, a sugestionabilidade pode ser ainda mais atuante em sua

forma de construir um novo modo de estar na cultura e os recursos ofertados por essa mesma cultura para tratar a angústia serão tomados para si. Jorge e Travassos (2021) ao afirmarem que “O desejo é o desejo do Outro, repete Lacan não só para significar que há uma continuidade intrínseca entre o sujeito e o coletivo, como também para designar a potência das marcas impressas pelo Outro em sua constituição” (p.90), nos fornecem mais elementos para compreendermos o que poderíamos chamar de pano de fundo para a “parceria” entre a adolescência e a prática dos cortes. Entendemos os cortes como significantes inscritos no corpo, não como significados: significantes privilegiados por alguns sujeitos e no coletivo na atualidade, a nos dar notícia de como o desejo do Outro tem incidido sobre o sujeito em suas tentativas de preencher suas faltas, suas falhas. A prática dos cortes acabou por ser um modo de manejar a angústia chancelado pelo social, um meio de legitimar o sofrimento tornando-o visível, quando não é possível colocá-lo em palavras, simbolizá-lo.

Elisabeth Roudinesco nos adverte quanto à relação da psicanálise com a cultura contemporânea: “no que concerne ao psiquismo, os sintomas não remetem a uma única doença (no sentido somático), mas a um estado. Por isso, a cura não é outra coisa senão uma transformação existencial do sujeito” (p.48) e, quanto a isso, os adolescentes são legítimos professores a nos ensinar como manejar seus tratamentos e a não recuarmos frente à necessidade de nos mantermos à altura do nosso tempo, como indicou Lacan.

A discussão que propomos no contexto do ano de 2021, em um cenário de pandemia de COVID – 19, não se fundamentaria se a propuséssemos há 15 anos, por exemplo, em decorrência da quantidade desses casos não ser vultuosa ainda. Há 15 anos outros modos de sofrimento se faziam mais presentes, por exemplo, os sintomas alimentares. Muitos adolescentes nos apontam que seus sofrimentos não se iniciaram após a pandemia de COVID 19, com o imperativo de isolamento social – alguns jovens já o faziam de certa forma – e o consequente aumento do convívio familiar; entretanto, eles associam a piora em seus sofrimentos ao impedimento de estar em outros espaços avalizados pela família, sendo fora do meio familiar, como a escola. A escola, muito além de um espaço educacional, é tomada pelos adolescentes como um espaço social, com uma diversidade de conflitos, inclusive situações críticas, mas ao mesmo tempo é também um refúgio em meio ao caos familiar. Neste trabalho não será possível nos determos na análise das dificuldades surgidas após o retorno às aulas presenciais no ano de 2022, mas é relevante marcarmos dois aspectos observados: aumento do número de episódios, denominados pela escola, como crises de ansiedade entre os adolescentes durante as aulas e aumento dos encaminhamentos de tais casos para o CAPSI. Não casualmente os episódios de grande ansiedade têm maior incidência no período de provas

e testes, quando as inseguranças quanto ao próprio desempenho se acentuam, seja por parte dos alunos, seja por parte da escola, ao convocar a saúde mental a falar - e não os próprios alunos, ali no espaço escolar.

Gostaríamos de ressaltar que na investigação psicanalítica falarmos sobre a prática dos cortes no corpo para essas adolescentes não esgota a vastidão do que outros tantos sujeitos têm a dizer sobre o lugar que os cortes têm para cada um, mas nos traz algumas hipóteses de leituras do que esses sujeitos vivenciaram. São três adolescentes do sexo feminino e acreditamos que a grande frequência de casos da prática de cortes no corpo entre as jovens não seja da ordem de uma casualidade. Assim, acrescentamos um elemento no contexto da nossa discussão sobre essa “parceria”: o feminino. Mais adiante tentaremos, através dos fragmentos de casos, pinçar alguns elementos para lançarmos luz sobre a bricolagem feita com esses três elementos.

3.1 “Ela me escuta, mas não me dá dicas...”

O cenário atual dos serviços de saúde mental é marcadamente povoado por discursos que se propõem a promover um empoderamento, um fortalecimento do eu para se alcançar a cura, pautados em saberes construídos pela equipe como referências a serem aplicadas em quem busca tratamento nesses locais, constituindo, a nosso ver, uma certa tentativa de adaptá-los à realidade.

Viganó (2010) nos apresenta outro modo de se conceber o trabalho na instituição, nomeado como a construção do caso clínico: “Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância” (p.2). Os envolvidos na construção do caso serão, então, o sujeito, seus familiares, os participantes da equipe de saúde mental e as demais instituições por onde ele transita. Figueiredo (2004) sublinha a diferença entre o que é da ordem de uma construção, onde temos um arranjo dos elementos do discurso e das ações do sujeito para se propor, a partir disso, uma conduta, e o que é da ordem da interpretação, cujo objetivo é fornecer um sentido.

A citação utilizada no parágrafo anterior foi pinçada muito mais pelo que revela do que pela explicação contida nela. Ao falar sobre a cegueira do saber e do medo da ignorância, Viganó toca em um ponto nevrálgico do trabalho na instituição, que nos remete às dificuldades vivenciadas em nossa prática em um CAPSI. Conforme observávamos no CAPSI

o aumento da quantidade de casos de adolescentes com relatos de cortes em seu próprio corpo, observávamos também algumas estratégias da equipe frente a eles, principalmente a de constatar serem quadros de grande sofrimento psíquico e, ainda assim, direcioná-los para outros serviços da rede. Esse paradoxo foi, talvez, o maior motivador de nossa pesquisa. Se uma adolescente em franco sofrimento psíquico não é elegível para tratamento em um CAPSI, em qual local seria? O que isso sinaliza sobre o funcionamento dessa equipe? Uma hipótese que trazemos é desse rechaço ser originado pelo medo da ignorância perante a angústia do outro, cujo efeito era gerar angústia na própria equipe. Viganó (2010), ao falar sobre o termo “caso”, nos remete à sua origem na palavra latina *cadere*, “cair”, para destacar que, ao construirmos o caso, nos deparamos com o que tem a ver com “sair de uma regulação simbólica e, portanto, encontro direto com o real” (p.9). Acreditamos que nesse encontro com o real, com o que escapa às palavras, se a equipe se encastelar em seu saber já constituído e não suportar acolher esse não-saber, ela recuará e não reconhecerá o sujeito do inconsciente apresentado por meio do seu sintoma.

A cegueira pelo saber e pelo medo da ignorância interferirão diretamente no que a equipe se disponibilizará a acolher, no que ela suportará acolher. Ao longo do tempo, verificamos modificações na conduta da equipe e atribuímos, principalmente, a dois fatores: 1) a entrada do discurso psicanalítico nas brechas do discurso vigente, podendo estranhar o não-pertencimento de tais casos ao CAPSI– tão óbvio àqueles que o fundamentavam, e substituir a certeza do “porque sim!” por novas questões. Por que não no CAPSI? 2) O segundo fator foi a continuidade da chegada (e aumento da quantidade) de adolescentes e seus cortes no corpo, nos dando notícias sobre essa nova modalidade de fazer limite ao sofrimento experienciada por tantos deles, ou mais especificamente, delas. Já não era mais possível não as ver e não reconhecer em suas chegadas ao CAPSI uma convocação para refletirmos sobre nossa prática.

Jorge e Travassos (2017) nos trazem relevante fundamentação para lançarmos luz sobre uma certa armadilha encontrada na clínica:

O que Lacan permitiu elucidar foi que a aptidão contínua da histérica à sugestão é um fato de estrutura: faltoso em seu cerne, o sujeito se fascina por todo significante mestre (S1) que lhe dê a ilusão de poder preencher sua falha, mas ato contínuo denuncia a impotência do saber do mestre para tamponá-la” (JORGE & TRAVASSOS, 2017, p.324).

A armadilha consiste em o profissional tentar atender à demanda (ou até mesmo pautar seu trabalho nessa conduta) de fazer desaparecer o sofrimento do sujeito e “restaurá-lo”, fazendo-o retornar ao seu estado (mítico) anterior à irrupção de tal sofrimento. Muito

sedutoras são as convocações, na neurose, para que se assume um lugar de mestria: “Tem alguma dica do que devo fazer quando me sentir assim?” Na atualidade todas as formas de apagamento da angústia são passíveis de virarem prescrições, inclusive literalmente. Podemos perceber o equívoco nesta conduta mesmo sem discutirmos as diferenças entre o que é da ordem da demanda e o que é da ordem do desejo para a psicanálise, e isso vale como uma advertência para qualquer profissional da saúde mental (não apenas desse campo, mas o privilegamos por se tratar de nosso campo de pesquisa): quando o profissional, frente à angústia que comparece no discurso do sujeito, se apressa em lhe fornecer “dicas” e estratégias para “combatê-la”, ele se abre para o discurso da moda atual e fecha a sua escuta do inconsciente. Não à toa vemos frases motivacionais coladas nas paredes em instituições de saúde, talvez na tentativa de fazer tais discursos “colarem”. Em contrapartida, vemos os cortes nos corpos denunciando a angústia presente e que esses discursos não a calam.

Escutamos com frequência a expressão entre os adolescentes: “É sobre isso...”, que costuma convocar outro adolescente a complementá-la com “E tá tudo bem!” Essa “dupla” é utilizada de diversas formas, gíria famosa entre eles e muito interessante clinicamente quando, durante um atendimento é transformada em “É sobre isso... e não está tudo bem”. Figueiredo (2004) nos sugere acerca do manejo clínico:

Em vez de nos perguntarmos *o que podemos fazer por ele*, a pergunta deve ser feita de outro modo: *o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte*. Isso significa que temos de suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato. (Grifo da autora) (FIGUEIREDO, 2004, p.81).

Deixemos o sujeito falar! Muito ajuda o profissional que não atrapalha o sujeito em seu encontro com o real. A música *Preciso conversar*, do cantor Hiosaki, nos foi indicada por uma adolescente ao descrever como vinham sendo suas noites. Ela havia construído um certo roteiro para lidar com a angústia mais intensa durante a noite: deitava-se, ouvia música e tinha crise (sic). As músicas de Hiosaki eram frequentemente escutadas por ela porque descreviam a existência, assim me disse essa jovem. Eis a música:

Preciso conversar

Eu só quero uma arma pra atirar
 Uma lâmina pra cortar ou alguém pra conversar
 A sacada é muito alta
 Por favor, alguém me ajuda
 Eu não quero me jogar
 Então, me mande uma mensagem perguntando se eu tô bem
 Eu juro que dessa vez eu não vou mentir
 Eu tô precisando conversar contigo
 Tô precisando desabafar pra ti
 Pra ver se eu me sinto bem
 Então, por favor atenda quando eu ligar

Às três da manhã chorando e se lamentando
 Por que em tudo que eu faço eu tenho que falhar
 Eu só quero uma arma pra atirar
 Uma lâmina pra cortar ou alguém pra conversar
 A sacada é muito alta
 Por favor, alguém me ajuda
 Eu não quero me jogar
 Então me mande uma mensagem perguntando se eu tô bem
 Eu juro que dessa vez eu não vou mentir
 Eu tô precisando conversar contigo
 Tô precisando desabafar pra ti
 Pra ver se eu me sinto bem
 Então por favor atenda quando eu ligar
 Às três da manhã chorando e se lamentando
 Por que em tudo que eu faço eu tenho que falhar

O discurso da psicanálise na instituição é a aposta no terceiro item proposto na música, aposta de que, se a equipe suportar sustentar a oferta de ser alguém para conversar, abre-se a possibilidade para o sujeito não lançar mão da arma para atirar nem da lâmina para cortar. Ao conseguir simbolizar o seu sofrimento, o sujeito pode sair do ato e passar à palavra. Lacan define o ato como uma transgressão, que causa um corte numa cadeia e faz surgir algo novo. Miranda e Cerquise (2013) apontam que “Há uma mudança no sujeito depois do ato, ele não é mais o mesmo de antes. A cada verdadeiro ato o sujeito morre e renasce de outra forma, o que faz Lacan afirmar que o verdadeiro ato, único bem sucedido, é o suicídio” (p.10). Podemos considerar a prática dos cortes no corpo no campo do ato? Acreditamos que sim. Sejam os cortes tomados enquanto uma atuação, um *acting out*, sejam tomados enquanto passagens ao ato – distinção que só poderemos verificar ao pensarmos dentro de cada caso e não de forma generalizada -, os cortes são material do que podemos chamar de clínica do ato, a “clínica do *nonsense* onde o que aparece é a posição de objeto que o sujeito ocupa para o Outro” (MIRANDA E CERQUISE, 2013, p.11). Daí podemos inferir, com Lacan, que o ato diz algo, não é uma ação motora qualquer, posto que para uma ação motora ser considerada um ato, faz-se necessário que ela tenha promovido um antes e um depois, trazendo o novo. Vejamos agora os fragmentos de casos, tendo em mente essa dimensão do ato como um dizer.

3.2 Fragmentos clínicos

Apresentaremos agora pequenos recortes sobre os atendimentos de três adolescentes no CAPSI, recebidas individualmente ao chegarem na referida instituição e cujos nomes atribuídos são fictícios para manutenção do anonimato. Nina, a primeira jovem dos relatos, após poucos meses de atendimento individual, passou a participar de atendimentos em grupo

com outros adolescentes e algumas vezes, depois do término da sessão em grupo, solicitou atendimento individual. Elena e Madá apenas foram acompanhadas individualmente.

Nosso objetivo ao trazer esses recortes não é de ilustrarmos a teoria, como meros exemplos de uma hipótese de pesquisa. Além desses casos terem operado como motor para investirmos em nossa pesquisa, desejamos tomá-los como contribuição para o nosso estudo, como causa de trabalho e, por isso, mesmo sendo recortes já nos movem.

Caso Nina: “A gente nunca é boa o suficiente para mãe da gente!”

Nina é uma adolescente de 12 anos que chega ao CAPSI encaminhada pelo Conselho Tutelar, acionado pela escola, após tentar enforcar-se com uma blusa no banheiro da unidade de ensino e por relatos de já haver cortado o próprio corpo. Na realidade esta foi a segunda vez que Nina e sua mãe buscam o CAPSI ao longo dos últimos seis anos. Na primeira vez, ainda criança, informaram que a menina tinha epilepsia, com crises convulsivas regulares quando ficava sem tomar sua medicação. A mãe sinalizava não conseguir mais custear o tratamento na rede particular e foram orientadas a buscar os serviços na rede municipal referentes à questão neurológica e clínica, pela equipe da época ter percebido que Nina aparentava estar descuidada quanto à higiene pessoal, com dermatites e pediculose. A primeira crise convulsiva de Nina foi aos dois anos de idade, para sua mãe a epilepsia era de ordem espiritual e, na vinda mais recente ao CAPSI, agora já adolescente, Nina afirma saber que é um fardo para todos desde que nasceu.

Nesta última chegada ao CAPSI a jovem relata que ultimamente as brigas com sua mãe são frequentes, motivadas pela não aceitação, por parte da mãe, do seu namoro com um rapaz de 22 anos. O rapaz é amigo da família, querido pelos pais de Nina, inclusive a mãe de Nina refere-se a ele como “meu genro” ao falar com outros familiares, mas não permite que namorem. O episódio de tentar enforcar-se ocorreu em seguida a uma dessas discussões com a mãe. Nina mantém uma gilete embaixo do travesseiro: “não vou me cortar, mas e se eu precisar?”

O pai de Nina é pouco falado por ela, mas é descrito como um pai amoroso, disposto a agradar a filha, ainda que isso lhe cause embaraços com a esposa (mãe de Nina). Já a mãe é presente em suas falas constantemente, desde “A gente nunca é boa o suficiente para mãe da gente!”, em que tentava localizar qual atitude sua alegraria a mãe a ponto de não mais compará-la com as filhas de suas colegas, até “Não chamo mais ela de mãe, agora é só X

(nome da mãe)”. Nina possui irmãos caçulas e divide-se com a mãe nos cuidados deles, não sem comparar a qualidade dos cuidados prestados por ela e pela genitora a eles e a quem as crianças são mais apegadas. As comparações e disputas são recorrentes, variando apenas a temática, mas sempre girando ao redor da feminilidade e da maternidade. Nina, com sua frase “A gente nunca é boa o suficiente para mãe da gente!” já assinala um mal-estar não exclusivo da sua relação com sua mãe, e sim do campo da relação mãe e filha.

Caso Elena: “Que mãe faz isso?”

Elena comparece ao CAPSI depois de uma conversa de sua mãe com o psicólogo que atendia seu irmão. Assim, é através de outro filho que a mãe de Elena consegue falar sobre a jovem de 17 anos. A mãe notara que a filha se encontrava muito entristecida, cortando seus braços, além do intenso sentimento de incerteza quanto ao seu futuro e incapacidade de dedicar-se aos estudos ou a qualquer curso profissionalizante. Elena refere-se à fala do pai como uma praga, a que se apegou: “Você não vai ser ninguém na vida!”

Em sua infância havia perdido sua irmã mais velha, falecida abruptamente e sem que lhe fosse dada alguma explicação sobre o ocorrido, o que a levava a acreditar que a irmã se ausentaria apenas momentaneamente. Da sua mãe recebe a promessa de que conversariam sobre a ausência da irmã quando Elena crescesse. A mãe de Elena decide engravidar novamente por considerar que, se Elena morresse, ela não mais seria mãe e, depois do nascimento deste filho, engravida mais outra vez. Elena apega-se à irmã caçula, a quem define como a cópia da irmã falecida, e, mesmo sem entender ao certo como cuidar, tinha a certeza de precisar acolhê-la, pois sua mãe havia sido diagnosticada com depressão pós-parto. A jovem relata o episódio em que, enquanto a bebê chorava, a mãe permaneceu chorando em um canto do quarto e ela, mesmo chorando, carrega a irmã e a acalma.

Neste primeiro contato com o CAPSI Elena comparece apenas a duas sessões, ainda não era possível falar de suas angústias. Um ano depois retorna, agora grávida, com episódios frequentes de muita angústia e temor de não conseguir cuidar de sua filha, o que viria a confirmar a crítica/profecia recebida de uma vizinha. A relação com a mãe havia se esgarçado em função da briga entre Elena e o padrasto, por ele não aceitar o incômodo dela quanto à proibição feita por ele aos enteados de frequentarem a casa onde reside com a esposa. Elena se incomoda, questiona como a mãe aceitava tal proibição, ela lhe responde que apoiará o marido e ele afirma que ninguém gostará da filha de Elena se ela for tão mimada como Elena

e os irmãos. Durante os episódios de intensa angústia a jovem chora bastante e, por vezes, não consegue levantar-se da cama ou sair de casa. Permanece vestida, mas sem força para sair desta casa, em que vivia com a mãe e os irmãos antes dela deixá-los, ao escolher ir morar com o marido. Em decorrência da briga de Elena com o padrasto, seus irmãos passam a residir com a mãe, e o namorado de Elena vem morar com ela. Elena prefere omitir suas crises de angústia para o namorado: “ninguém gosta de ter uma pessoa do lado chorando”.

Caso Madá: “Pega a gilete, pega a gilete!”

Madá é uma adolescente de 16 anos, vem ao CAPSI trazida por sua mãe, preocupada por ter encontrado sua filha deitada na cama, medicada, com os braços cortados após ter tirado uma nota baixa na escola pela primeira vez. A relação com sua mãe melhora a partir desse episódio, mas ainda não consegue conversar com ela sobre as questões que lhe angustiam, preferindo conversar com profissionais na escola, apesar de acreditar que sua mãe se sinta culpada por ela se cortar. A jovem não consegue expor sua opinião quando discorda da mãe, por temer ser vista por ela como “a errada” e interroga-se quanto a poder confiar nas pessoas ao seu redor.

A jovem relata para a psicóloga que um tio tentou estuprá-la algumas vezes na casa da avó materna, porém a avó não acreditou quando a neta lhe contou, assim como não acreditou quando a filha (mãe de Madá) denunciou que o padrasto a violentou. O tio dos episódios de tentativas de estupro com Madá é filho desse padrasto.

A relação mãe e filha oscila entre momentos de conflitos e de cumplicidade. Madá comparece poucas vezes no CAPSI e, sem nos comunicar, se afasta por um ano. Passado esse período, retorna e justifica sua ausência em função dos episódios de intensa angústia terem desaparecido naquele momento e formula um pedido: “preciso de ajuda para sair dessa dependência emocional!” Seus pais haviam se separado durante o período em que esteve afastada do CAPSI e um dia ela foi surpreendida pela mãe, que lhe procurou chorando e afirmou que o pai de Madá lhe agrediu fisicamente. A partir desse dia tornam-se frequentes as discussões entre seus pais, em que cada um tenta conseguir o apoio de Madá contra o outro genitor e ela tenta se desvencilhar dessa disputa, mas se esforça para proteger a mãe do contato com o pai. Madá volta a ter diversos sintomas corporais como taquicardia, dor no peito e falta de ar e por vezes tem o pensamento: “pega a gilete! Pega a gilete!”. Nem sempre consegue evitar de se cortar. A mãe sugere que o namorado da filha durma na casa com elas, por temer que o ex-marido apareça durante a madrugada, em função dele mandar fotos

rondando a residência e, assim, Madá e o namorado passam a morar juntos – decisão que até aquele momento não era cogitada pelo jovem casal.

Os pais da adolescente subitamente reatam o casamento e, por escolha da mãe, se mudam para outro local para evitar as lembranças das brigas ocorridas ali e levam com eles apenas a filha caçula. Madá e o namorado continuam na casa e os episódios de agressões verbais entre eles têm início, chegando ele a empurrá-la durante duas discussões. Antes das agressões verbais o namorado já lhe proibia de vestir as roupas que usava antes de namorarem, além de impedir que ela mantivesse contato com amigos homens e primos. Depois de descrever uma discussão do casal para uma prima, ela lhe diz “Esse relacionamento é tóxico” e a partir dessa fala a adolescente começa a se interrogar sobre as atitudes e cobranças do namorado, até então compreendidas por ela como adequadas por agora ser “uma mulher casada”. Madá sente-se cada vez mais angustiada, depois das discussões os sintomas corporais se intensificam, o namorado oscila entre acalmá-la e afirmar que ela é fresca. A jovem observa que certo roteiro se repete aí: ela decide se separar, ele se recusa a aceitar e modifica o comportamento durante uma semana e na semana seguinte a ignora, não lhe dirigindo uma palavra. Essa última etapa do roteiro, segundo ela, é a que mais lhe fere.

O que a jovem nomeia como dependência emocional é sua hesitação em conseguir romper esse relacionamento, pelo companheiro acusá-la de estar errada. Em dada ocasião, muito angustiada depois de discutir com ele, a jovem pede ajuda à mãe, porém ela lhe afirma não poder ir vê-la pois precisava sair com sua tia. Quem lhe acalma nesse momento é o próprio namorado e Madá se interroga sobre a ausência da mãe: “eu já estava acabada por dentro, como ela fez isso?”.

3.2.1 A menina e sua mãe

A adolescência traz em si dois longos (e árduos) trabalhos, como nos lembra Alberti (2008), são eles: a elaboração de escolhas e a elaboração da falta no Outro. O processo de separação dos pais será empreendido pelo adolescente e, caso ele possa contar com os pais para isso, mais recursos simbólicos ele terá para realizar tais elaborações. Porém, caso os pais se retirem antes mesmo que o adolescente tenha podido se separar deles, Alberti (2008) aponta que isso poderá ser vivenciado como abandono e o lançará na luta desesperada pela atenção deles. A autora sublinha que ao adolescente somente será possível escolher lançar mão ou não dos pais se eles estiverem presentes, não em sua ausência. Nina, Elena e Madá

falarão, cada uma ao seu modo, dos efeitos da vivência desse abandono. Nos três casos a ambivalência na relação com a mãe ocupará um lugar de destaque e, entre muitas lições que tiramos do encontro com essas jovens, destacamos a corroboração da relevância e da intensidade da relação mãe e filha nas construções da feminilidade para cada uma. Foi em torno deste aspecto que pautamos nossa discussão sobre a “parceria” entre adolescência e a prática dos cortes no corpo e o feminino.

Zalcborg (2019) nos indica: “Uma relação intensa demais entre filha e mãe pode dificultar a passagem da menina a mulher, implicando uma falha na conquista da feminilidade da filha. A mãe ausente demais pode lançá-la numa busca eterna - e nunca satisfeita - de amor.” (p.11). Como podemos notar, ao falarmos sobre a relação mãe e filha facilmente esbarraremos no que é da ordem de um “demais” - intensa demais, ausente demais... A autora ressalta ser o amor da mãe o que dará consistência para o ser, a fornecer-lhe uma imagem através do olhar que lhe dirige e a partir da qual a filha construirá o próprio corpo. O grande amor que a menina nutre por sua mãe, Zalcborg nomeará como “genuíno, mas não desinteressado” (p.9). Assim como o menino, ela precisará da mãe para receber seus cuidados, mas, diferente dele, precisará da mãe também para, através dela, construir o seu próprio modo de ser mulher. É importante lembrarmos que, ao falarmos sobre a mãe não nos referimos à biologia, e sim a quem exerça tal função, a quem tenha adotado aquele bebê como seu.

Nina, após sua mãe compreender seu quadro de epilepsia como um problema espiritual, tem seu sofrimento físico deslegitimado e seu corpo passa a ser compreendido como o que carrega algum mal, com o qual ela se identifica e afirma ser o fardo da família. Corpo a revelar com as dermatites e a pediculose o desinvestimento vivenciado na infância e a revelar nos cortes a presença da angústia na adolescência. Sua frase “A gente nunca é boa o suficiente para a mãe da gente!”, repetida diversas vezes depois de escutar as críticas de sua mãe, aponta suas tentativas frustradas de ocupar o lugar de objeto do desejo dela, que recaem sobre Nina como indícios de sua insuficiência e não do que é da ordem de uma impossibilidade.

Zalcborg (2019) com a seguinte afirmação nos traz um elemento importante para pensarmos a articulação entre adolescência, a prática de cortes no corpo e o feminino:

Uma filha espera que sua mãe esteja preparada para aceitar a sua individualidade e até ajudá-la a se individualizar. Mesmo que, em princípio, a mulher nunca se separe totalmente de sua mãe, ela precisa poder sentir-se suficientemente autônoma e independente para fazer suas próprias escolhas de vida. Esse é um processo construído aos poucos por ambas. (ZALCBORG, 2019, p.157)

As três jovens nos dão notícias de que o processo da mãe aceitar e ajudar a filha a se individualizar ocorreu de forma muito claudicante e acreditamos que isso possa favorecer a eleição dos cortes como meio de inscrever um limite, uma distinção entre elas. Nina procura sustentar suas próprias escolhas, como ao escolher manter seu namoro apesar das brigas com a mãe, mas, frequentemente, lança mão dos cortes depois de tais brigas. Poder fazer escolhas diferentes das de sua mãe lhe dói na carne. Seu pai poucas vezes se interpõe entre elas e talvez o hábito de Nina manter uma gilete guardada embaixo do travesseiro – “e se eu precisar?” - funcione como uma metáfora de um terceiro na relação dela com sua mãe. Haveria uma distância segura entre elas?

Elena inicia a prática dos cortes em seus braços assombrada de um lado pelo temor materno de que ela morresse a qualquer momento, o que (segundo a mãe acredita) retiraria a genitora do lugar de mãe e, por outro lado, pela profecia paterna de que ela “não seria ninguém na vida!” Poderia, então, ser alguém na vida? Se, como vimos acima na citação de Zalcberg, o processo de individuação da filha é construído aos poucos por mãe e filha, talvez a mãe tenha soltado sua mão mais rapidamente do que Elena conseguia lidar. Observamos no episódio em que Elena permanece vestida para sair, mas imóvel, no quintal da casa onde morou com sua mãe e os irmãos, sem forças (sic), como ela vivencia a ausência de sua mãe enquanto algo paralisante. A mãe sai dessa casa e Elena (ainda) não consegue sair. Após engravidar, os cortes em seus braços já não ocorrem mais e o destino da angústia passa a ser o que ela denomina como crises de pânico e o medo de morrer passa a ser seu, como se o tivesse herdado de sua mãe.

Madá vivencia ao longo de sua vida diversos momentos de certa indissociação com sua mãe, em que um traço se repete: a violência. Mãe e filha abusadas sexualmente por pai e filho - nessa ordem. Ambas tiveram suas denúncias desacreditadas pela mesma mulher: mãe de uma, avó de outra. Madá corta-se quando o medo de ser vista como “a errada” lhe ronda os pensamentos e perante o silêncio do outro sente-se deixada cair de seu desejo. Como nessa estrofe da música *Esquece e vem*, de Nico Rezende, Madá nos ensina que “Dói mais teu silêncio do que tua agressão” e nos remete à afirmação de Zalcberg (2019): “o primeiro eu é o eu corporal formado pela imagem de seu corpo unificado refletido no olhar da mãe. O fato de a criança inicialmente só entrever seu corpo no olhar da mãe significa que no seu imaginário ela é de alguma forma capturada no campo desse Outro” (p.88). Madá permanece como que capturada pelo arranjo com que sua mãe vivencia a própria feminilidade e em meio à disputa dos pais para que a adolescente decrete quem é o errado na briga do casal, busca proteger a

mãe da violência do pai e repete em sua própria vida amorosa a violência do casal parental. Os pensamentos “Pega a gilete! Pega gilete!”, que surgem nesses momentos, nos dão notícia de quão invasivo tem sido para esse sujeito se manter nessa fusão com sua mãe.

Tornar-se mulher será um trabalho que a menina precisará desenvolver ao longo de sua vida, inúmeras vezes, posto que não existe um significante que dê conta de representá-la como mulher, e o desenvolvimento de tal trabalho será atravessado – até mesmo atropelado – pelas consequências da relação mãe e filha. É importante sublinharmos que a mãe também está submetida ao trabalho de tornar-se mulher, por sua condição feminina, que a maternidade não recobre totalmente. Quanto mais a mãe esteja “advertida” desse não-recobrimento totalizante, mais ela transmitirá à filha sua divisão: mulher e mãe. A partir da bricolagem com que sua mãe criou a sua própria vivência da feminilidade é que a filha inventará a sua, porém, quando a mãe abdica da sua dimensão de ser mulher, o que recairá sobre a relação com sua filha é da ordem de uma devastação. Nos casos em que a mãe abdica de sua função materna e deixa a dimensão de ser mulher imperar, como a personagem Medéia na tragédia grega, os caminhos também conduzem à devastação. Freud referiu-se aos imbróglis na relação mãe e filha, marcadamente ambivalentes, como catástrofe. Lacan apontará ser uma devastação para a filha os efeitos de um vínculo excessivamente intenso com sua mãe

O lugar ocupado pela filha no desejo de sua mãe, seu Outro fundamental, deixará marcas no seu psiquismo e não lhe será possível ficar indiferente a ele. Contudo, o que fora enquanto objeto do desejo materno não é - ao menos não deveria ser - da ordem de uma profecia a reger seu destino como mulher. A mudança de posição entre “desejar o que a mãe deseja” para a posição de sujeito desejante é possibilitada pela entrada do significante do Nome-do-pai, que limitará a lei da mãe, à qual a filha estava submetida. O pai (ou quem faça a função paterna) desempenha duas funções de grande relevância no processo de feminilização de sua filha: quando intervém separando-a de sua mãe, impedindo que o bebê seja devorado pelo desejo materno, função esta que também opera para o filho. E a segunda função será, na entrada na adolescência, a de validar a feminilidade da filha, sem que, para isso, rompa a barreira do incesto, o pai irá “separar a mocinha que ela está deixando de ser da mulher na qual está se transformando, sabendo numa fase, como em outra, manter o limite do interdito” (ZALCBERG, 2019, p.126). Assim, vemos que o pai opera um corte na relação mãe e filha, não em seus corpos, mas abrindo espaço para o desejo aparecer.

Constatamos ser a devastação na relação mãe e filha o pano de fundo para problematizarmos o cenário atual de inúmeros casos de adolescentes expressando seu sofrimento através dos cortes no corpo. Frente a esse cenário, refletiremos sobre o trabalho do

analista na instituição de saúde mental é pensar um trabalho cuja essência é dar legitimidade aos escombros desses sujeitos, para, a partir disso, contribuir para que eles possam tratar esse sofrimento simbolizando-o, tratá-lo pela via da palavra em vez de presentificado em seu corpo. Se inicialmente o que verificamos na prática dos cortes é a tentativa de inscrever no real do corpo aquilo que não está inscrito no simbólico, o discurso psicanalítico tomará os cortes como abertura para a ressignificação do sofrimento. Privando-se de cair em um *furor curandis*, o analista opera na contramão de uma obturação dos cortes com significantes mestres da própria instituição, com seus imperativos de superação e felicidade. Tomemos, então, os cortes como brechas para o sujeito poder inventar outras saídas para a angústia que o acomete, ao invés de silenciá-la. Repetindo a gíria famosa entre os adolescentes “É sobre isso... e está tudo bem”, tratemos da angústia e não de tampar os cortes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciar o momento de concluir sobre um tema tão enraizado em nossa prática clínica cotidiana configura um desafio por implicar, em si, uma castração. Muito ainda teríamos a falar sobre a parceria entre a adolescência, a prática dos cortes no corpo e o feminino e como todos esses fatores convocam ao trabalho no CAPSI. Porém, dada a necessidade de darmos limites à nossa pesquisa, trazemos agora *Red – Crescer é uma fera*, filme de animação da Pixar, produzido no ano de 2020, cuja estreia ocorreu no ano de 2022, para nos auxiliar na construção das considerações finais.

O filme narra a história de Meilin Lee, jovem de 13 anos - que fala de si como uma adulta por já ter habilitação para dirigir - em meio aos embaraços da entrada na adolescência. A primeira frase do filme leva o espectador ao que será a discussão central:

A regra nº1 na minha família? Honre seus pais. Eles são seres supremos que lhe deram a vida, que suaram e se sacrificaram para lhe dar um teto e colocar comida no seu prato. Uma quantidade épica de comida! O mínimo que se pode fazer em troca é fazer todas as coisas que eles pedirem. Tem gente que diz: “tome cuidado! Honrar os pais parece ótimo, mas se levar isso a sério demais pode acabar não honrando a si mesmo. (transcrição direta da fala da personagem Meilin).

Meilin faz parte de um pequeno grupo de amigas e, apesar de afirmar só fazer o que quer, por um lado esquiva-se dos convites das amigas para dedicar-se ao trabalho realizado junto com sua mãe no templo da família e, por outro lado, esconderá de sua mãe seu enamoramento pela banda 4-Town e por Devon, o jovem atendente de um mercado. Longe das amigas, Meilin reconhece não ser possível fazer somente o que quer e nos dá notícias da intensa relação com sua mãe: “Eu faço minhas próprias escolhas, mas é que algumas escolhas minhas são dela também.” Meilin parece levar a sério demais o mandamento de honrar seus pais...

A mãe, senhora Ming, elogia o alto desempenho escolar da filha enfatizando o quanto os seus ancestrais ficariam orgulhosos dela e Meilin, espelhadamente, repete os gestos de sua mãe durante seu trabalho no templo. A figura respeitada de sua ancestral Sun Yee oculta uma característica da família, conforme descobriremos ao longo do filme. Sun Yee é a ancestral mais venerada entre todos, protetora do panda-vermelho, animal que abençoa a família com sorte e prosperidade desde os tempos mais antigos.

Na cena em que, junto com sua mãe, auxilia o pai a cozinhar, Meilin apreensivamente aguarda o veredito dele sobre seu desempenho. Já pode voltar a respirar ao ouvi-lo decretar: “Perfeito!”. Meilin é surpreendida pela entrada em cena do seu desejo,

subitamente se descobrindo enamorada por Devon ao reconhecê-lo nos desenhos que acabara de rascunhar e nos fazendo recordar as palavras de Lacadée (2016): “A adolescência é, antes de tudo, um significante que designa a mudança que ocorre um dia na criança.” (p.71). Meilin não consegue parar de desenhar o rapaz e somente a chegada de sua mãe no quarto lhe freará. Será que a mãe aceitará a sexualidade da filha? Infelizmente não. A cena seguinte trará a filha invadida pelas interjeições de sua mãe ao ver esses desenhos e exposta por ela no mercadinho onde o rapaz trabalha. Como ele ousou despertar o desejo de sua menina doce e inocente?

Meilin abafa seus gritos na almofada, recrimina-se e esconde-se embaixo da cama enquanto repete “Mamãe, eu sinto muito!” Isso nunca mais poderia acontecer, pois a mãe se orgulha dela! – pensa a adolescente. Mas, como ocultar o seu encontro com o real do sexo? Na manhã seguinte Meilin já habita outro corpo: havia se tornado um panda-vermelho. A cor vermelha faz uma alusão à menarca e à raiva que sente de sua mãe. Sua fera acordou: “Sou um monstro vermelho nojento”. A mãe desespera-se ao saber da menarca da filha. “Mei-me, eu sei que é perturbador, mas vamos superar isso juntas”, dirá ela enquanto tenta lhe ofertar diversos objetos: absorventes variados, analgésicos, vitamina B, bolsa de água quente... Algum deles deveria servir para silenciar a sexualidade de sua filha! A mãe afirma para a filha, enquanto tenta convencer a si mesma: “Você é uma mulher agora... O seu corpo está crescendo e mudando. Não tem que ficar com vergonha!”

Meilin, isolada em seu quarto, descobre conseguir regular sua fera. Quando se acalma ao pensar nas amigas, volta à forma humana. Curiosamente, o filme sinaliza não ser mais possível voltar ao mesmo físico, de menina, após esse encontro com o real do corpo trazido com a entrada na adolescência: Meilin agora tornara-se ruiva!

A mãe ronda sua sala de aula e, na frente de todos, mais uma vez expõe a sexualidade de sua filha, que angustiada transforma-se em panda. Meilin acaba se deixando ver pelo outro não mais como a menininha estudiosa, mas como uma fera. Vendo a filha transformada em panda, o pai de Meilin afirmará para a esposa ser chegado o momento de contar e ela revelará a parte oculta da história familiar: Sun Yee, buscando proteger suas filhas e sua vila durante a guerra pediu aos pandas-vermelhos que a transformassem em um deles. Seu pedido foi atendido e ela transmitiu às suas filhas essa capacidade de dominar suas emoções para se transformar em uma fera. Esse traço de feminilidade das mulheres dessa família foi transmitido por várias gerações, até deixar de ser uma dádiva e se tornar uma maldição para as gerações mais recentes. Meilin questiona sua mãe sobre o porquê de ter ocultado essa parte da história, e recebe a intrigante resposta: “Eu achei que tivesse mais tempo. Você ainda é muito criança. Achei que se eu vigiasse você, eu veria os sinais e

conseguiria me preparar.” Haveria alguma preparação para uma mãe poder acolher e auxiliar o processo de individuação de sua filha? A menina espera receber de sua mãe as insígnias de sua feminilidade e, como aponta Zalcborg (2003), quanto mais difícil for para a mãe apresentar-se em falta e a partir disso conseguir inventar o seu modo de tornar-se mulher, mais ela favorecerá que a filha se mantenha aguardando receber “um signo indubitável de feminilidade” (Capítulo III, p.22).

Ming orienta Meilin a participar de um ritual onde o espírito do panda será trancado em um medalhão. Cada mulher dessa família possui a sua fera trancada em algum objeto de adorno: medalhão, broche, enfeite de cabelo etc. A fera pode ser contida, mas ainda será mantida junto ao corpo destas mulheres. O filme se desenrola a partir disso mostrando como a adolescente passa a vivenciar sua fera não como uma maldição, mas como um encontro com seu desejo, separando-se das escolhas da mãe e se autorizando a fazer outras escolhas.

O medo de se desintegrar ao se separar da mãe, de não se reconhecer no que restará de si ao se separar da mãe, acompanhará Meilin em sua trajetória e observamos tal medo nas adolescentes em nossa pesquisa. Perante a angústia avassaladora, Meilin transforma-se em panda no início do filme, enquanto Nina, Elena e Madá cortam seus corpos. Meilin, através do apoio das amigas e do novo lugar que passa a ocupar no social – bem mais integrada ao grupo – prescindirá do ritual por escolher não ocultar este seu lado. Já não precisa ser perfeita e consegue suportar não satisfazer todas as demandas da mãe, bem-dizendo seu panda.

Acreditamos que o trabalho desenvolvido no CAPSI, a partir da escuta da singularidade, possa ser uma aposta na abertura de um espaço onde o sujeito se expresse e se responsabilize por suas escolhas. Os casos dessas adolescentes, trazendo nos cortes em seus corpos algo da ordem do irrepresentável foram mobilizadores para a nossa pesquisa e para operar uma reflexão dentro da equipe do CAPSI quanto ao que eles nos convocam em nossa clínica. Conforme afirmamos no capítulo anterior, não propomos um enquadramento dos cortes delimitado ao *acting out*. Acreditamos que os cortes, enquanto saídas frente à angústia, estejam no campo das atuações, sejam elas *actings*, a demandar uma interpretação, portando um apelo ao Outro, ou passagens ao ato, fazendo o sujeito desaparecer, caído como objeto dejeito. Miller (2014) sublinha que o ato é sempre “auto”, um ato de autopunição: “O ato é sempre auto, quer dizer, ele é precisamente o que separa do Outro.” (p.7). Desse modo, será o sujeito a nos demonstrar o que os cortes terão sido para ele pelas suas consequências, não por sua origem.

No vai e vem do discurso desses sujeitos, entre cortes e laços - conforme o título desta pesquisa- outro trabalho pôde ser construído com eles, talvez até mesmo uma passagem

da parceria entre adolescência, a prática dos cortes no corpo e o feminino para uma parceria entre esses sujeitos e o CAPSI.

Encontramos diversos artigos ao longo de nossa pesquisa pondo em discussão as contribuições e os conflitos advindos da inserção do discurso psicanalítico nas instituições, todavia a maior parte deles é dirigida ao tratamento das psicoses nesses serviços. Nossa proposta de pensar essas contribuições e os conflitos no tratamento das neuroses traz em si o desafio “extra”, dado logo na entrada desses pacientes nas instituições de saúde mental: o de sustentar, junto à equipe, que ali eles também tenham lugar. Receber em tratamento casos de neurose nesses serviços muitas vezes só é possível sustentado pela presença do psicanalista. As dificuldades surgidas no tratamento de psicóticos impactam a equipe por tocarem em seu não-saber, com suas idiossincrasias tão distintas das vividas por cada um dali, mas o embaraço causado pelo neurótico desconforta e angustia a equipe por confrontar o seu saber, fazer furo em seu excesso de saber. A neurose denuncia as inconsistências do discurso do outro e, por isso, facilmente acaba sendo rechaçada, educadamente rechaçada sob a fala de “esse caso não é para cá!”.

A função do discurso psicanalítico na instituição não é de tornar-se um especialista, portador de um saber prévio sobre os casos e seus manejos, e sim de fomentar que o trabalho seja um operador de diferença para que, nas palavras de Figueiredo, Guerra & Diogo (2006), “com isso, abra caminho de fato para o sujeito se situar em face daqueles que o acompanham e de seu próprio tratamento, responsabilizando-se por ele” (p.135). Esta tarefa terá êxito ou não a depender de como a equipe lidará com o saber, se ela sustentará manter um “vazio de saber” (p.135) para construir o caso clínico a partir dos elementos trazidos pelo sujeito, para além de qual seja sua estrutura psíquica, e não enxertados pelo saber da instituição. Talvez a mais sutil e relevante contribuição da psicanálise nas instituições de saúde mental seja esta: a de sustentar a abertura para que o sujeito do inconsciente compareça.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *O que é o Contemporâneo?* In: *O que é o Contemporâneo? e outros ensaios*; [tradutor Vinícius Nicastro Honesko]. — Chapecó, SC: Argos, 2009

ALBERTI, Sônia. (2008). *O adolescente e o Outro* (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

BIRMAN, Joel. (1993). *Sobre o sujeito no discurso freudiano*. Rio de Janeiro. UERJ/IMS. Série Estudos em Saúde Coletiva nº 69. p.1–33. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2017/05/SESC-069.pdf>

_____ (2020) *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. – 3ª ed. Ampliada – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BASTOS, Maristela A. F. O. (2013); *Compulsão: uma resposta ao mal-estar contemporâneo?* In: *A Clínica do Ato*. Organização Elisabeth da Rocha Miranda, Georgina Cerquise, - 1 ed. Rio de Janeiro: Sete letras. v.1. p.149-156.

CAMPOS, Sérgio de. (2015) *Supereu/Uerepus. Da origem aos seus destinos*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 276 p.

COSTA-MOURA, Fernanda; COSTA-MOURA, Renata. (2011). Objeto A: ética e estrutura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online]. 2011, v.14, nº 2 [Acessado 28 Agosto 2022], p. 225-242. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000200005>>. Epub 05 Dez 2011. ISSN 1809-4414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000200005>.

COUTINHO, Luciana & MADUREIRA, Bruna. (2021) *Os Cortes na Adolescência e a Busca por um Lugar na Cidade*. *Revista Educação e Realidade*. v. 46, nº 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/hnQ6XxnbgfBH5qdbBcd4nnz/?format=pdf&lang=pt>

DAIBERT, Daniela de Oliveira Martins Mendes; CALDAS, Heloisa. (2012) *O imperativo de gozo do supereu e sua conexão com a demanda de amor insaciável das mulheres*. *Rev. Mal-Estar Subj*, Fortaleza. v.12, nº 3-4, p.583-606. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 de abril de 2022.

FERREIRA, Nadiá P. & BARROS, Eliana L. dos S. (2011) *O lugar da psicanálise na contemporaneidade*. VI Congresso Nacional de Psicanálise da UFC- XV Encontro de Psicanálise da UFC. (Congresso). p.1-7. Disponível em: <http://www.psicanalise.ufc.br/hot-site/pdf/Trabalhos/59.pdf>

FIGUEIREDO, Ana C. (2004) *A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, ano VII, nº 1, p.75-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>

_____ (2005). *Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial* In Mental, vol. III, nº 5, Universidade Presidente Antônio Carlos Barbacena, Brasil.

FIGUEIREDO, Ana C., GUERRA, Andréa M.C. & DIOGO, Dóris R. (2006) *A prática entre vários uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial*. Bastos, A. (org.) Psicanalisar Hoje, Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica UFRJ, Rio de Janeiro, Editora Contra Capa, p.123-142.

FREUD, Sigmund. (1894) *Rascunho E - Como se origina a angústia*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1987, p.211-217.

_____ (1895 [1894]) *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.3. Rio de Janeiro: Imago, 1987, p.89-114.

_____ (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.7. Rio de Janeiro: Imago, 1972, p.123-250.

_____ (1908) *A moral sexual "cultural" e a doença nervosa moderna*. In Cultura, Sociedade, Religião – O mal-estar na cultura e outros escritos. Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020. Ebook Kindle.

_____ (1914 a) *Recordar, repetir e elaborar*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p.191-203.

_____ (1914 b) *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.14. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.85-119.

_____ (1915) *As pulsões e seus destinos*. In: Obras incompletas de Sigmund Freud, tradução Pedro Heliodoro Tavares – 1 ed.; 1 reimp - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014. Ebook Kindle.

_____ (1917a) *Conferência XVII O sentido dos sintomas*. In Conferências introdutórias à psicanálise [1916-1917]. Obras completas, v. 13. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2014. Tradução Sérgio Tellaroli. P.200-212. Versão digital.

_____ (1917b) *Conferência XXIII Os caminhos da formação dos sintomas* In Conferências introdutórias à psicanálise [1916-1917]. Obras completas, v.13. Tradução Sérgio Tellaroli. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2014. P.277-291. Versão digital.

_____ (1917c) *Conferência XXV A angústia*. In Conferências introdutórias à psicanálise [1916-1917], Obras completas, v.13. Tradução Sérgio Tellaroli. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2014. P.302-316. Versão digital.

_____ (1917d) *Conferência XXVI A teoria da libido e o narcisismo*. In Conferências introdutórias à psicanálise [1916-1917], Obras completas, v. 13. Tradução Sérgio Tellaroli. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2014. P.317-331. Versão digital.

_____ (1917e) *Uma dificuldade no caminho da psicanálise*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.17. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.171-179.

_____ (1919 [1918]) *Caminhos da terapia psicanalítica*. In Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas de Sigmund Freud, tradução Cláudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. Ebook Kindle.

_____ (1920) *Além do princípio do prazer*. 1 ed; 1 reimp. In Obras incompletas de Sigmund Freud/ Coordenação Gilson Iannini, Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020, p.57-220.

_____ (1921) *Psicologia das massas e análise do eu*. In Cultura, Sociedade, Religião – O mal-estar na cultura e outros escritos. Obras incompletas de Sigmund Freud/ Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020. Ebook Kindle.

_____ (1923) *O eu e o isso*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.13-83.

_____ (1926 [1925]) *Inibição, sintoma e angústia*. In Obras completas, v.17. Tradução Paulo Sérgio de Souza. Rio de Janeiro: Companhia das letras, 2014. P.9-98. Versão digital.

_____ (1930) *O mal-estar na cultura* In Cultura, Sociedade, Religião – O mal-estar na cultura e outros escritos. Obras incompletas de Sigmund Freud/ Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020. Ebook Kindle.

_____ (1933 [1932] a). *Conferência XXXI A dissecação da personalidade psíquica*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.22. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.75-102

_____ (1933 [1932] b). *Conferência XXXII Ansiedade e vida instintual*. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v.22. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.103-138.

GARCIA-ROZA, Luiz A. (2009). *Freud e o inconsciente*. 24.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

GEREZ-AMBERTÍN, M. (2020) Vozes do Supereu na clínica e o mal-estar contemporâneo (paradoxos e trevo do Supereu). **Reverso**, Belo Horizonte v.42, nº 79, p.15-22. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952020000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2022.

HERZOG, Regina. (2004) *O laço social na contemporaneidade*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v.7, nº 3, p.40-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003004>

IANNINI, Gilson & TAVARES, Pedro H. (2020) *Para ler o mal-estar*. In Cultura, Sociedade, Religião – O mal-estar na cultura e outros escritos. Obras incompletas de Sigmund Freud/ Belo Horizonte: Autêntica. v.1, p.7-31. Ebook Kindle

IANNINI, Gilson & SANTIAGO, Jesús (2020) *Mal-estar: clínica e política* In Cultura, Sociedade, Religião – O mal-estar na cultura e outros escritos. Obras incompletas de Sigmund Freud/ Belo Horizonte: Autêntica. v.1, p.33-63. Ebook Kindle

JORGE, Marco A. C. (2002) *Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos* In Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, 17-32.

_____ (2007) *Angústia e castração*. Reverso [online]. Vol.29, nº 54, pp.37-42.

_____ (2008) *Fundamentos da psicanálise de Freud á Lacan*. Vol.1 As bases conceituais. 5ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. Transmissão da Psicanálise.

JORGE, Marco. A. C; TRAVASSOS, Natália. P. (2017) *A epidemia transexual: histeria na era da ciência e da globalização?* In Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 20(2), p.307-330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p307.7>

_____ (2021). *Histeria e sexualidade – Clínica, estrutura, epidemias*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. Ebook Kindle

LACADÉE, Philippe. (2016) *A esperança da adolescência: “delicada transição” e elemento de novidade* In Errâncias, adolescências e outras estações. Orgs. Heloísa Caldas, Aline Benfica e Clarisse Boechat. Belo Horizonte: Editora EBP, p.34-59.

LACAN, Jacques. (1953-1954) *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; versão brasileira de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____ (1957-58) *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; tradução de Vera Ribeiro; revisão de Marcus André Vieira - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

_____ (1962-63) *O Seminário, livro 10: A angústia*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; versão final Angelina Harari e preparação de texto André Telles; tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____ (1964) *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; tradução de MD Magno -2 ed.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____ (1972- 1973) *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; tradução de MD Magno -2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____ (1993). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1998) *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LAURENT, Eric. (2013). *Psicanálise e violência: sobre as manifestações da pulsão de morte*. Entrevista com Eric Laurent. In: Machado, O. M. R. e Derezensky (Org.) – *A violência: sintoma social da época*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, p.33- 44.

LEITE, Sônia. (2011). *Angústia*. Coleção Psicanálise passo-a-passo; nº 92. Rio de Janeiro: Zahar.

LEWKOVITCH, Andréa D. P.; GRIMBERG, Angélica B. de F. R. (2016) *A atualidade dos conceitos freudianos de eu ideal, Ideal do eu e supereu*. Estud. pesquis. psicol. Rio de Janeiro, v.16, n. spe, p.1189-1198. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2022.

MAIA, Aline B.; MEDEIROS, Cynthia P. de & FONTES, Flávio. (2012) *O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução*. Estilos clin. [online]. v.17, nº 1, pp.44-61. ISSN 1415-7128. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v17i1p44-61>

MANSO DE BARROS, Rita M. (2019). *Antes da vida, a morte; a pulsão e a questão do mal*. In: CALDAS, Heloísa & DARRIBA, Vinícius (orgs.) *Um século de metapsicologia: Freud e seu legado conceitual*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Programa de Pós-graduação em Psicanálise. 186p., p.85- 102.

MILLER, Jacques-Alain. (1999). *Perspectivas do Seminário 5 de Lacan: as formações do inconsciente*. Tradução Maria Josefina Sota Fuentes; revisão técnica, Sandra Grostein – Rio de Janeiro; Jorge Zahar Ed.

_____ (2005). *Introdução à leitura do Seminário da angústia de Jacques Lacan in Opção lacaniana*, nº43. Visualizado em 21 de março de 2022. Disponível em: <http://lacanempdf.blogspot.com/2018/09/introducao-leitura-do-seminario-da.html>

_____ (2014) *Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato*. Em: Opção Lacaniana Online, nova série, ano 5, n° 13. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Passagem_ao_ato.pdf

_____ (2015). Em direção à adolescência. Intervenção de encerramento da 3ª Jornada do Instituto da Criança. Texto reproduzido in *Errâncias, adolescências e outras estações/* (orgs.) Heloísa Caldas, Aline Benfica e Clarisse Boechat – Belo Horizonte: Editora EBP, 2016, p.19-33.

MIRANDA, Elisabeth da R.; CERQUISE, Georgina. (2013). Apresentação – O ato ilumina o desejo. In: Rocha Miranda, E. & Cerquise, G. *A clínica do ato*. Organização 1 ed, Rio de Janeiro: 7 Letras.

MORETTO, Maria L. T.; PRISZKULNIK, Léia. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. In: *Tempo psicanal*, Rio de Janeiro, v. 46, n° 2, p.287-298. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 maio 2022.

MORETTO, Maria L. T (2019). Sobre a centralidade do corpo na clínica psicanalítica: sintoma, sofrimento e indiferença. In: CALDAS, Heloísa & DARRIBA, Vinícius (orgs.) *Um século de metapsicologia: Freud e seu legado conceitual*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Programa de Pós-graduação em Psicanálise. 186p., p.55-64.

NICOLAU, Roseane Freitas; CALAZANS, Roberto. (2016). O Mestre e o Psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v.16, n. spe, p.1119-1137.

PENA, Breno Ferreira. (2011) O supereu e suas nuances. **Reverso**, Belo Horizonte, v.33, n° 62, p.15-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 abr. 2022.

QUINET, Antônio. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar. 15ª reimpressão.

_____ (2011). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 4 ed. – Rio de Janeiro, Zahar.

_____ (2012). *Os outros em Lacan*. Coleção Psicanálise Passo-a-passo n° 94, Rio de Janeiro, Zahar.

_____ (2015). *Édipo ao pé da letra: fragmentos de tragédia e psicanálise*. 1. Ed, Rio de Janeiro, Zahar.

RINALDI, Doris L. (2000). *O conceito de angústia em Lacan*. III Simpósio da Intersecção Psicanalítica do Brasil.

_____ (2015). *Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental*. *Ciênc. Saúde Coletiva [online]*, vol.20, nº 2, p.315-323

ROUDINESCO, Elisabeth. & PLON, Michel. (1998) *Dicionário de psicanálise*. Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge – Rio de Janeiro: Zahar.

ROUDINESCO, Elisabeth. (2000) *Por que a psicanálise?* Tradução Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

RUDGE, Ana M. (2006). Pulsão de morte como efeito do supereu. *Revista Ágora [online]*, Rio de Janeiro: Contracapa. IP/UFRJ, vol. IX, nº 1, p.79-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000100006>

SPINILLO, André *et al.* (2021). *Conversação clínica: o que o caso da jovem homossexual ainda nos ensina*. Disponível em: <https://icprj.com.br/blog/category/clinica-e-politica-do-ato/>

TAILLANDIER, Gêrôme. (1994). *Resenha do seminário “A identificação”, de J. Lacan*. In: M. Mannoni, (org), *As identificações na Clínica e na Teoria Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, p.17- 27.

VIGANÓ, Carlo. (2010). A construção do caso clínico. In: *Opção Lacaniana online* nova série. Ano 1, nº 1. Disponível em: opcaolacaniana.com.br/pdf/numero1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf

VIVÉS, Jean-Michel. (2013). A voz na psicanálise. In: *Reverso*. Belo Horizonte, ano 35, nº 66, p.19-24.

VENOSA, Viviana. (2015). *O “Ato de Cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina*. Dissertação (Mestrado- Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 138f.

ZALCBERG, Malvine. (2003). *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier. Versão digital.

_____ (2012). A devastação: uma singularidade feminina. *Revista Tempo psicanalítico*, v.44.2, p.469-475, Rio de Janeiro.

_____ (2019). *De menina à mulher: cenas da elaboração da feminilidade no cinema e na psicanálise*. 1ed. Rio de Janeiro: Edições de Janeiro.