



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Aline Machado Samaoui

**Psiquiatria (dinâmica), psicanálise e a descoberta do inconsciente**

Rio de Janeiro

2022

Aline Machado Samaoui

**Psiquiatria (dinâmica), psicanálise e a descoberta do inconsciente**



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.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro

2022

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

S187 Samaoui, Aline Machado  
Psiquiatria (dinâmica), psicanálise e a descoberta do inconsciente / Aline Machado Samaoui. – 2022.  
90 f.

Orientador: Marco Antonio Coutinho Jorge

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Psiquiatria - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Sujeito (Psicanálise) - Teses.  
4. Ética – Teses. I. Jorge, Marco Antonio Coutinho. II. Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

ml CDU 616.89

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

---

Assinatura

---

Data

Aline Machado Samaoui

**Psiquiatria (dinâmica), psicanálise e a descoberta do inconsciente**

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 25 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge (Orientador)  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Vinícius Darriba  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Cristina Lindenmeyer  
Université Paris Sorbonne Nord

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes e analisandos que pude até hoje conduzir e deixar-me conduzir por eles na direção de seus tratamentos.

Às minhas analistas de todo meu percurso de formação, que me ensinaram o que é o inconsciente e dedicaram seu tempo a restituírem-me a mim mesma.

Ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, que serviu de motor de trabalho para as questões da pesquisa atual.

À Rede de Psiquiatria e Psicanálise, onde encontro um debate profícuo com pares especiais.

À amiga Samira Soares Jacob, cujo apoio sempre importante foi fundamental para a realização da presente pesquisa.

À querida Marina Valle, cuja disponibilidade e interesse me estimularam.

Ao meu orientador Marco Antonio Coutinho Jorge, que me forneceu um suporte firme e arejado de forma a permitir minha escrita e a finalização da minha pesquisa.

À minha família, que me apoiou e compreendeu as minhas ausências.

À minha sobrinha e afilhada Ayah, que sempre me traz alegrias.

À minha companheira felina, que me acompanhou ininterruptamente durante todo o processo.

Nous vivons parfois de longues années les uns près des autres sans presque nous connaître, comme des voyageurs qui descendraient au fil de l'eau sans jamais chercher à explorer les rives du fleuve qui les emporte, rives dont leur esquif s'est détaché pourtant un jour, là-bas en amont.

*Victor Ellenberger*

## RESUMO

SAMAQUI, A. M. *Psiquiatria (dinâmica), psicanálise e a descoberta do inconsciente*. 2022. 87f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Objetiva-se, com este trabalho, mostrar como a relação entre a psiquiatria e a psicanálise pode, ainda hoje, ser frutífera no campo teórico-clínico, conforme ocorrera historicamente ao se constituírem como campos de saberes diferentes. Tal reconhecimento - o dos pontos de interseções entre ambas - reverbera na vivificação tanto da psiquiatria como da psicanálise em suas potências diferenciais, favorecendo, em última instância, cada sujeito que delas demanda auxílio. O percurso desenvolvido na pesquisa foi de, primeiramente, fazer um resgate histórico do processo de diferenciação da psicanálise a partir da psiquiatria dinâmica, segundo leitura da importante obra *Histoire de la découverte de l'inconscient*, de Henri Ellenberger. Este historiador, segundo Elisabeth Roudinesco, mergulha o freudismo no campo desta psiquiatria e, apesar da riqueza de detalhes em sua obra, faltou-lhe acrescer a esta o corte epistemológico da pulsão, realizado por Sigmund Freud e tão caro à psicanálise. A psiquiatria dinâmica se inicia com Franz Anton Mesmer, passa por Jean-Martin Charcot e segue com Pierre Janet até Sigmund Freud. Da hipnose à psicanálise, é possível acompanhar as formulações clínico-teóricas diante da clínica da histeria até o momento da revolução freudiana. Foi possível recolher, então, após esse resgate histórico, os efeitos que a psicanálise e sua descoberta do inconsciente dinâmico por Freud - à diferença da ideia de inconsciente descritivo por Janet - imprimiu sobre o campo psiquiátrico. Nessa linha de efeitos sobre a psiquiatria, partimos para o segundo momento do trabalho em que foram apresentadas articulações clínico-teóricas concretas na direção da contribuição da psicanálise para a clínica psiquiátrica hoje. A proposta de escuta do sujeito nesta clínica, assim como a de reposicionamento ético do médico de acordo com as contribuições da psicanálise de Freud a Jacques Lacan, nortearam as articulações referidas. No terceiro e último tempo do trabalho, foi possível, então, estudar os “passes de Freud”, isolando a pulsão, o recalque, o inconsciente e a ética do desejo para estudo.

Palavras-chave: Psiquiatria dinâmica. Psiquiatria. Psicanálise. Sujeito. Ética.

## RESUMEN

SAMAQUI, A. M.. *Psiquiatría (dinámica), psicoanálisis y la descubierta del inconsciente*. 2022. 87f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

El objetivo de este trabajo es mostrar cómo la relación entre psiquiatría y psicoanálisis puede, aún hoy, ser productiva en el campo teórico-clínico, como históricamente había ocurrido cuando se constituyeron como diferentes campos del saber. Tal reconocimiento - el de los puntos de intersección entre ambos - repercute en la vivificación tanto de la psiquiatría como del psicoanálisis en sus potencias diferenciales, favoreciendo en última instancia a cada sujeto que les demanda ayuda. El rumbo desarrollado en la investigación fue, primero, hacer un repaso histórico del proceso de diferenciación del psicoanálisis de la psiquiatría dinámica, según una lectura de la importante obra *Histoire de la découverte de l'inconscient*, de Henri Ellenberger. Este historiador, según Elisabeth Roudinesco, sumerge el freudismo en el campo de esta psiquiatría y, a pesar de la riqueza de detalles de su obra, carecía del corte epistemológico de la pulsión, realizado por Sigmund Freud y tan importante para el psicoanálisis. La psiquiatría dinámica tiene su inicio con Franz Anton Mesmer, pasa por Jean-Martin Charcot y continúa con Pierre Janet hasta Sigmund Freud. De la hipnosis al psicoanálisis, es posible seguir las formulaciones clínico-teóricas frente a la clínica de la histeria hasta el momento de la revolución freudiana. Así que fue posible recoger, luego de este repaso histórico, los efectos que el psicoanálisis y su descubrimiento del inconsciente dinámico por parte de Freud - a diferencia de la idea de inconsciente descriptivo de Janet - imprimieron en el campo psiquiátrico. Analizando estos efectos sobre la psiquiatría, pasamos al segundo momento del trabajo en el que se presentaron articulaciones clínico-teóricas concretas en la dirección del aporte del psicoanálisis a la clínica psiquiátrica en la actualidad. La propuesta de escucha del sujeto en esta clínica, así como el reposicionamiento ético del médico según los aportes del psicoanálisis desde Freud hasta Jacques Lacan, orientaron las referidas articulaciones. En la tercera y última etapa del trabajo, fue posible estudiar los “pasos de Freud”, aislando la pulsión, la represión, el inconsciente y la ética del deseo para el estudio.

Palabras clave: Psiquiatría dinámica. Psiquiatría. Psicoanálisis. Sujeto. Ética.

## RÉSUMÉ

SAMAOU, A. M.. *Psychiatrie (dynamique), psychanalyse et découverte de l'inconscient*. 2022. 87f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

L'objectif de ce travail est de montrer comment la relation entre psychiatrie et psychanalyse peut, aujourd'hui encore, être féconde dans le champ théorique et clinique, comme cela s'est produit historiquement lorsqu'ils constituaient des champs de connaissance différents. Une telle reconnaissance - celle des points d'intersection entre les deux - a des répercussions sur la vivification à la fois de la psychiatrie et de la psychanalyse dans leurs pouvoirs différentiels, favorisant finalement chaque sujet qui leur demande de l'aide. Le parcours développé dans la recherche était, dans un premier temps, de faire une revue historique du processus de différenciation de la psychanalyse de la psychiatrie dynamique, selon une lecture de l'important ouvrage *Histoire de la découverte de l'inconscient*, d'Henri Ellenberger. Cet historien, selon Élisabeth Roudinesco, plonge le freudisme dans le champ de cette psychiatrie et, malgré la richesse des détails de son travail, il lui manquait la coupure épistémologique de la pulsion, faite par Sigmund Freud et si importante pour la psychanalyse. La psychiatrie dynamique commence avec Franz Anton Mesmer, passe par Jean-Martin Charcot et se poursuit de Pierre Janet à Sigmund Freud. De l'hypnose à la psychanalyse, il est possible de suivre les formulations clinico-théoriques face à la clinique de l'hystérie jusqu'au moment de la révolution freudienne. Il a donc été possible de recueillir, après ce rappel historique, les effets que la psychanalyse et sa découverte de l'inconscient dynamique par Freud - contrairement à l'idée de Janet de l'inconscient descriptif - ont imprimés sur le champ psychiatrique. En analysant ces effets sur la psychiatrie, nous passons au deuxième moment du travail dans lequel des articulations clinico-théoriques concrètes ont été présentées dans le sens de la contribution de la psychanalyse à la clinique psychiatrique aujourd'hui. La proposition d'écoute du sujet dans cette clinique, ainsi que le repositionnement éthique du médecin selon les apports de la psychanalyse de Freud à Jacques Lacan, ont guidé les articulations précitées. Dans la troisième et dernière étape du travail, il a été possible d'étudier les "passes de Freud", en isolant la pulsion, le refoulement, l'inconscient et l'éthique du désir pour cette étude.

Mots clés : Psychiatrie dynamique. Psychiatrie. Psychanalyse. Sujet. Éthique.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	11
1	<b>DA PSIQUIATRIA DINÂMICA À PSICANÁLISE.....</b>	19
1.1	<b>A primeira psiquiatria dinâmica (séc XVIII-XIX ): de Mesmer a Charcot.</b>	19
1.1.1	<u>Histeria.....</u>	24
1.2	<b>A segunda psiquiatria dinâmica (séc. XIX-XX): de Janet a Freud.....</b>	27
1.2.1	<u>A dinâmica de Leibniz a Freud.....</u>	31
1.3	<b>A psicanálise e seus efeitos na história da psiquiatria (dinâmica) - Freud, Lacan, Henri Ey e o movimento da antipsiquiatria.....</b>	34
1.4	<b>“Psicanálise e Psiquiatria”, por Jacques Alain-Miller.....</b>	37
2	<b>CONSTRUÇÕES POSSÍVEIS ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE.....</b>	41
2.1	<b>Psicanálise e Psiquiatria no campo da saúde mental.....</b>	44
2.2	<b>Clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise.....</b>	47
2.2.1	<u>A escuta do sujeito na clínica psiquiátrica diante de um caso atravessado por múltiplas demandas: Caso N.....</u>	49
2.2.2	<u>A prática psiquiátrica orientada pela psicanálise: reorientação ética a partir da consideração do gozo.....</u>	53
2.2.3	<u>Contribuições da Psicanálise à clínica psiquiátrica diante da neurose obsessiva</u>	59
2.2.4	<u>“Variantes do tratamento psiquiátrico“: um breve estudo sobre a transferência em psicanálise e na clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise.....</u>	62
3	<b>A PSICANÁLISE E OS “PASSES DE FREUD”.....</b>	69
3.1	<b>O corte epistemológico da pulsão, nova força dinâmica.....</b>	69
3.2	<b>O recalque e o inconsciente.....</b>	74
3.3	<b>Ética do desejo.....</b>	77
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	80
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	87

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz parte de um trabalho incessante de elaboração sobre as articulações teórico-clínicas possíveis entre a psiquiatria e a psicanálise, exigido pela vivência de uma psiquiatra que, também analista, sustenta estas duas práticas clínicas diferentes. Advertida sobre as especificidades dos dois campos, mas inspirada nas contribuições mútuas possíveis entre eles, situo o presente trabalho.

Objetiva-se mostrar como a relação entre a psiquiatria e a psicanálise pode, ainda hoje, ser frutífera no campo teórico-clínico, conforme ocorrera historicamente ao se constituírem como campos de saberes diferentes. Tal reconhecimento - o dos pontos de interseções entre ambas - reverbera na vivificação tanto da psiquiatria como da psicanálise em suas potências diferenciais, favorecendo, em última instância, cada sujeito que delas demanda auxílio.

Como método, pretendo apoiar-me, primeiramente, na história da relação entre esses dois campos, resgatando o momento em que coexistiam e dialogavam em torno das descobertas envolvendo o sofrimento mental. E, uma vez iniciado o processo de rompimento e diferenciação da psicanálise em relação ao campo médico-psiquiátrico, pretendo recolher os efeitos desse ato freudiano sobre o último.

Este segundo momento encontra-se, de certa forma, dividido entre uma parte histórica e uma atual. Em outras palavras, abordarei os efeitos históricos da psicanálise sobre a psiquiatria, no nível de sua organização enquanto campo médico-psiquiátrico, ainda no primeiro capítulo (item 1.3). Quanto àqueles que podem ocorrer ainda hoje no nível teórico-clínico, apresento-os sob a forma de articulações entre os campos no segundo capítulo, intitulado “Construções possíveis entre psiquiatria e psicanálise”. O terceiro tempo do trabalho será dedicado, então, a aprofundar alguns conceitos importantes que demarcam a especificidade da psicanálise enquanto campo Outro.

Antes de aprofundarmo-nos neste percurso e apontarmos as referências teóricas para a confecção da pesquisa atual, contextualizo o caminho que percorri para chegar até a escolha do objetivo proposto:

A escolha da psiquiatria como especialidade médica situa-se em meu percurso como uma aposta de aproximação da minha prática médica a uma nova práxis, a da psicanálise. A aposta nessa ponte surgiu como consequência da minha experiência enquanto analisanda, que evidenciou a potência diferencial da abordagem pela palavra. Em um momento em que a minha atividade consistia em atuar como intensivista, tentando promover o diferencial no limite da vida em termos biológicos, a psicanálise surge como uma outra possibilidade de grande

potência para promover essa diferença na clínica, mas a partir de outras condições, as da linguagem dentro da relação transferencial.

Na prática da psiquiatria, já eram visíveis as diferenças em relação à medicina intensiva: em vez de minuciosas anotações dos parâmetros do exame físico e dos resultados laboratoriais centrais para o cuidado do paciente, passam a valer parâmetros mais humanos cuja valorização e interpretação dependiam da relação médico-paciente e da subjetividade do próprio médico. O ponto no orgânico que orientava, anteriormente, a maioria das condutas médicas na medicina intensiva, ao mesmo tempo, isolava a avaliação diagnóstica e a decisão do tipo de tratamento dos atravessamentos que a complexidade inerente à toda relação humana embute à clínica. A primazia ética desta área de salvar vidas encontrava seus maiores desafios, para além do domínio da técnica científica e sua aplicação, na relação com a família que necessitava de acolhimento tanto ao deixar seu familiar aos cuidados da unidade quanto ao receber a notícia da perda de seu ente querido.

A discussão quanto ao momento de encerrar os investimentos no corpo biológico, mesmo amparada por protocolos científicos, também encontrava suas maiores dificuldades nos pontos da relação humana que a equipe estabelecia com o caso e sua história. Em psiquiatria, contudo, esses norteadores biológicos e científicos mais diretivos, apesar de ainda importantes, passam a ocupar um outro lugar. O saber médico sobre o corpo não mais comparecia no lugar de principal orientador do manejo clínico. As histórias e as relações humanas estavam em primeiro lugar; as contadas pelo próprio paciente, seus familiares, vizinhos, até representantes da lei e da ordem social, a depender do caso. E, para além disso, surge a importância das palavras e da seleção daquelas que seriam fundamentais de serem valorizadas como guias do tratamento médico diante de tantos relatos.

Nesse contexto, a análise pessoal, que já havia mostrado seu papel no direcionamento da minha escolha pela psiquiatria a partir da via do desejo, se reanuncia como um suporte necessário para o cuidado psíquico do psiquiatra e, conseqüentemente, de sua clínica. Afinal, existiria algo mais humano que o desejo para direcionar a clínica diante das relações humanas? Aquele que vivifica o homem e dá sentido à sua vida para além da biológica? Como reconhecer esse norte no caso-a-caso em minha clínica psiquiátrica? De outra forma, o despertar do desejo e sua própria subjetividade no médico permitiria, através da análise pessoal, aumentar a permeabilidade tanto da escuta ao diferente como da conduta médica à singularidade de cada paciente. O uso da medicação e a formulação diagnóstica passavam, com esse suporte, a estar mais afinados com o particular de cada caso.

Minha aposta na psiquiatria como ponte para seguir em direção à psicanálise me permitiu, em um primeiro momento, extrair algumas contribuições da psicanálise para a minha prática psiquiátrica. Além disso, para alguns casos, permitiu a travessia de lugar, de psiquiatra para o de analista.

A psicanálise em sua dimensão mais essencial, sua direção do tratamento em torno da falta, do desejo, da incompletude e da parcialidade das satisfações pulsionais deslocou o norteador clínico para o sujeito do inconsciente estruturado como linguagem, exteriorizável e traduzível apenas em certas condições transferenciais e de escuta sensibilizada previamente para “lê-lo”. No entanto, essa travessia entre lugares diferentes se tornou motor de muito trabalho. Questionamentos surgiam sobre as diferenças de lugares, sobre os limites do trabalho de cada área e, diante dos atravessamentos possíveis experienciados na clínica, questionei sobre as condições em que estes poderiam ocorrer sem se perder de vista a importância da ética da psicanálise.

Atravessada sempre pelos pontos que a psicanálise abria para a reflexão e questionamentos teórico-clínicos, localizo o aprofundamento deste trabalho de elaboração das relações entre a psiquiatria e a psicanálise, especialmente a partir da minha inserção no Corpo Freudiano Escola de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro, em 2013. Além disso, minha participação entre 2017 e 2018 no Seminário de Psicanálise e Medicina da Escola Brasileira de Psicanálise contribuiu para enriquecer a discussão através da exposição entre os colegas de casos clínicos situados nessa interface.

Abro um parêntese aqui para enumerar outras instituições que contribuíram também para o meu caminho de aprendizado. No Instituto Municipal Phillippe Pinel (IMPP), cursei a residência médica em psiquiatria no regime multidisciplinar da Prefeitura do Rio de Janeiro (2008-2010). Nesse período, pude experienciar as atividades clínicas nos setores da emergência, ambulatório, internação e, em estágio externo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Infantil Maurício de Souza, CAPS Álcool e Drogas Mané Garrincha e CAPS II Ernesto Nazareth), no departamento de Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), assim como no ambulatório Piquet Carneiro e Clínicas da Família conveniadas ao último hospital. Após este período, ingressei como parte do corpo clínico no CAPS III Maria do Socorro (2010-2013), Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ 2012-2014), CAPS II Ernesto Nazareth (2015-2018). Além dessas importantes passagens institucionais, a aposta na escuta orientada pela psicanálise desde 2010 no consultório, motor

de muito trabalho psíquico apoiado pela análise pessoal e supervisão, atravessou tanto a minha prática psiquiátrica como me forneceu bases para a clínica psicanalítica.

Sobre as referências bibliográficas para o momento de retomada histórica, localizado no primeiro capítulo “Da psiquiatria dinâmica à psicanálise”, apoio-me principalmente na obra *Histoire de la découverte de l'inconscient*, de Henri F. Ellenberger (1905-1993). Nesta encontramos a história da psiquiatria dinâmica e da psicanálise conectadas intimamente segundo esse importante historiador. De acordo com Elisabeth Roudinesco (1994), Ellenberger é um autor de referência para a história do freudismo e da psiquiatria dinâmica e o primeiro a mergulhar a psicanálise na história desta última. Esse recorte proposto para o primeiro capítulo visa vivificar o processo de passagem da psiquiatria dinâmica à psicanálise, que permitiu a Sigmund Freud apoiar-se para seguir adiante em seu trabalho incessante e diferencial de inaugurar um campo novo. Além disso, permitirá recolher, em direção inversa, os efeitos da psicanálise para a psiquiatria dinâmica e outras. Essas contribuições e diálogos entre os dois campos, conforme apontado previamente, estarão no item 1.3, em que incluirei também Henri Ey e sua teoria organodinâmica.

Nesse contexto, cabe citar a apresentação que Ellenberger faz de Freud e da psicanálise no capítulo que a estes dedica em seu livro:

Sigmund Freud marca uma virada decisiva na história da psiquiatria dinâmica. [...] Freud rompe abertamente com a medicina oficial. Inaugura a era das escolas dinâmicas modernas [...]. O nascimento dessa nova forma de psiquiatria dinâmica se acompanha de uma revolução cultural de porte comparável àquela que Darwin suscitou (ELLENBERGER, 1970/1994, p. 437).

Esse trecho parece ressaltar bem as duas direções possíveis de contribuição entre a psiquiatria (dinâmica) e a psicanálise. Enquanto a inauguração freudiana necessitou apoiar-se, num primeiro momento, nas descobertas realizadas no seio do campo médico-psiquiátrico, a psiquiatria, por sua vez, pôde, em um segundo momento, beneficiar-se dos avanços clínico-teóricos realizados por Freud. Destaca-se, ainda, que o termo “dinâmica”, presente na obra de Ellenberger, me capturou como um representante do meu percurso. Ao vê-lo associando a história da psiquiatria e da psicanálise intimamente, ao mesmo tempo que marcando um rompimento entre as duas, o termo me motivou a seguir o estudo da obra de forma a elaborar melhor a relação paradoxal entre esses dois campos. Cabe ressaltar que o termo “psiquiatria dinâmica”, em *Histoire de la découverte de l'inconscient*, inclui também a participação do famoso neurologista da época, Jean-Martin Charcot, figura especial e estimulante para a direção de Freud às suas novas descobertas.

Como referência bibliográfica de apoio para essa parte da pesquisa, pretendo recorrer também à obra de Gregory Zilboorg, *A história da psicologia médica*, de 1941, que exerceu influência no estudo de Ellenberger sobre essa psiquiatria. Outras referências, como *Histoire critique de l'hystérie*, de Cesbron (1909), *A cura pelo espírito*, de Stefan Zweig (1931/2017), e *Freud e o inconsciente*, de Luiz Alfredo Garcia-Roza (1984/2018), foram fontes importantes para esta pesquisa. Para tratar da psiquiatria dinâmica de Henri Ey (1978), será utilizado seu *Tratado de psiquiatria*. No item 1.4, retomarei o texto “Psicanálise e Psiquiatria”, de Jacques Alain-Miller, por este trazer contribuições importantes para o diálogo entre os campos.

Dedicarei o segundo capítulo da presente pesquisa, intitulado “Construções possíveis entre psiquiatria e psicanálise”, a recolher os resultados do percurso de formação exposto anteriormente. O trabalho consequente de elaboração teórico-clínica sobre as articulações possíveis entre psiquiatria e psicanálise foi dividido em dois eixos para fins de organização: o da saúde mental e o da clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise. Nesta última trarei quatro eixos de articulações: a partir da relação entre demanda e desejo, a partir do gozo, do diagnóstico estrutural, exemplificado pela neurose obsessiva, e da transferência.

Cabe ressaltar que a contribuição da psicanálise para a complexificação diagnóstica em psiquiatria atravessará todo o trabalho, devido ao seu grau de importância. Sob o nome de “clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise”, apresentarei, em suma, a proposta de uma clínica cuja abertura do psiquiatra à ética e à escuta analíticas pode permitir a transmissão de uma chance ao paciente, a de se posicionar como sujeito do seu sofrimento. Uma aposta que potencializa o sujeito e seu desejo em seu percurso de tratamento.

Sobre as referências bibliográficas, destaco dois textos essenciais que me inspiraram e orientaram. O primeiro deles trata-se da conferência introdutória à psicanálise de Sigmund Freud (1916-17/1996e), número XVI: “Psiquiatria e Psicanálise”, cujo apontamento das diferenças entre os métodos dos dois campos, mas, ao mesmo tempo, do potencial de complementaridade entre ambos, me inspirou a não recuar diante do trabalho exigido ao psiquiatra, também analista, na árdua tarefa de manejar as duas práticas clínicas diferentes sem perder de vista a irreducibilidade de um campo no outro. O segundo texto, “O lugar da psicanálise na medicina”, de 1966, capítulo do livro *Psicanálise de crianças separadas*, de Jenny Aubry, retrata na íntegra a intervenção de Jacques Lacan junto aos médicos no Colégio de Medicina em Paris. Este evento, organizado por essa importante psicanalista francesa, origina um artigo mais conciso e de mesmo nome em que Lacan aponta dois norteadores para a prática médica, sendo eles: a relação entre a demanda e o desejo, e o fenômeno do gozo

inerente ao corpo. Esses conceitos enunciados foram de extrema importância como norteadores teórico-clínicos tanto no meu percurso prático como no de elaborações exigidas pelo trabalho no segundo capítulo.

Neste evento, Lacan alerta aos médicos sobre o risco do afastamento ético a que estavam submetidos em relação à função original do médico, uma vez que o avanço do discurso científico sobre a prática da medicina fazia perder de vista os dois ensinamentos que sublinhara em sua intervenção. É advertida por esses ensinamentos que localizo a aposta na clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise, em que o posicionamento ético do médico considera a dimensão demanda-desejo, a importância do gozo na clínica e escuta do sujeito como orientadores do tratamento. Uma abertura à ética da psicanálise que permite apontar a pacientes em tratamento psiquiátrico a chance de sujeito. É interessante notar que, na abertura deste importante evento, Aubry menciona “o lugar da psicanálise na psiquiatria”, ponto que ainda será melhor debatido adiante.

No eixo da saúde mental, apresentarei algumas situações clínicas vivenciadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cuja leitura da psicanálise contribuiu para a singularização e direção de tratamento dos casos. A inclusão do sujeito como parte importante do seu projeto de tratamento, assim como a hipótese do diagnóstico estrutural aventada nesta clínica foram os principais diferenciais oferecidos pela psicanálise neste eixo.

Dentro da clínica do psiquiatra sensibilizado pela psicanálise, por sua vez, tratarei de três casos clínicos diferentes. O caso N. será utilizado para ilustrar especialmente a contribuição da psicanálise no manejo das múltiplas demandas que um caso em psiquiatria pode trazer ao tratamento.

No eixo do gozo, onde percorrerei algumas passagens sobre o gozo e a ética em Lacan, abordarei o caso B. Inspirada pela proposta de reorientação ética do médico, a partir da intervenção de Lacan de 1966 supracitada, o caso ilustra como a escuta do sujeito e a consideração do gozo no tratamento psiquiátrico podem conduzir à sensibilização do paciente para o desejo de apostar em seu saber de sujeito. No caso, foi possível realizar um encaminhamento para análise a partir desta aposta.

Em item reservado ao estudo da neurose obsessiva, objetiva-se, a partir deste diagnóstico estrutural, exemplificar as contribuições que a psicanálise pode trazer à clínica psiquiátrica no tocante à direção de tratamento. A partir de Freud e Lacan, reservei a atenção em especial ao lugar do gozo e do desejo que, caros ao diagnóstico psicanalítico, podem enriquecer a clínica psiquiátrica.

No eixo da transferência farei um breve estudo desse fenômeno importante da clínica analítica, recortando algumas contribuições para a clínica do psiquiatra com escuta sensível à emergência do inconsciente. Apoio-me no texto “Variantes do tratamento padrão” (1954), de Lacan, para, em seguida, expor um caso em que a instalação da transferência para o tratamento analítico ocorreu em condições atípicas, consequência da aposta na escuta analítica, desdobramento da clínica do psiquiatra sensibilizado pela psicanálise. Nomeei este eixo de “Variantes do tratamento psiquiátrico”, inspirada na proposição de Lacan que menciona, no texto supracitado, que aquilo que se espera do analista é a psicanálise, “padrão ou não”.

No terceiro tempo do trabalho, então, serão recolhidos alguns conceitos teórico-clínicos essenciais da psicanálise resultantes do seu processo de diferenciação a partir do campo médico-psiquiátrico. Entre esses conceitos, temos a pulsão, o recalque, o inconsciente e a transferência, esta última abordada no eixo anterior, “Variantes do tratamento psiquiátrico”. Apresentarei um breve estudo sobre a dimensão da ética do desejo em psicanálise ao final. Para este capítulo, recorreremos a determinadas obras, dentre as quais citamos algumas a seguir:

Marco Antonio Coutinho Jorge (2000) demarca a inauguração de uma nova sexualidade a partir do conceito de pulsão por Freud. Através de um conceito limite entre o físico e psíquico, Freud se afasta de um saber biológico sobre a sexualidade humana, “errática e subdita a uma lógica diferente daquela que rege os instintos animais” (p. 21). Jorge aponta como a formulação desse importante conceito fora uma resposta de Freud a Fliess em torno do tema da bissexualidade. Um posicionamento teórico que garantia a articulação dos processos psíquicos ao recalque e não ao sexo biológico, como defendia Wilhelm Fliess, importante correspondente de Freud por muitos anos (1887-1904).

Em “Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise”, Freud (1912/1996c) percorre o caminho de seu refinamento teórico sobre a concepção de inconsciente desde o período da técnica hipnótica até o da associação livre que inaugura. De um inconsciente descritivo - sinônimo de não consciente - até o inconsciente dinâmico, Freud apresenta o caminho lógico que percorreu na sua construção do conceito. Diferenciando-o de outras concepções não analíticas, como a de Pierre Janet, tal passo constitui um corte fundamental de repercussões clínicas.

Na obra *O desejo e sua ética*, de Denise Maurano (2018), encontramos importantes referências sobre a ética do desejo que orienta o analista. Maurano aborda a ética proposta pela psicanálise articulando-a à experiência radical do inconsciente, longe de uma racionalidade conceitual. Além disso, situa-a na radicalidade da falta cuja parcialidade da satisfação pulsional

torna impossível a aposta ética num ideal de bem supremo. Afirma, ainda, que o desejo é irreduzível às balizas da genitalidade. Por fim, seguirei com as conclusões, então, para a finalização da pesquisa.

## 1 DA PSIQUIATRIA DINÂMICA À PSICANÁLISE

Henri Ellenberger, historiador, antropólogo, psiquiatra e psicanalista, afirma, em sua obra *Histoire de la découverte de l'inconscient*, que existia uma dicotomia entre a história da teorização do inconsciente e a de sua utilização terapêutica. A primeira começara com os filósofos da Antiguidade, prosseguira com os grandes místicos até, no século XIX, consolidar-se com Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche e a psicologia experimental (Johann Herbart, Hermann Helmholtz e Gustav Fechner). Quanto à história da aplicação terapêutica da noção de inconsciente, Ellenberger (1970/1994) remonta à arte do feiticeiro, do xamã, da confissão cristã, até chegar à medicina e à psicanálise. Nesta última linha, então, encontrar-se-ia a psiquiatria dinâmica, que, segundo sua análise, faria a primeira tentativa de integrar a dicotomia descrita por ele entre investigação do inconsciente e sua aplicação terapêutica.

A psiquiatria dinâmica de que trata Ellenberger compreende duas fases: a primeira, que se inicia com o magnetismo animal de Franz Anton Mesmer e finaliza com o hipnotismo de Jean Martin Charcot, e a segunda, que dividiu-se nas escolas de Pierre Janet e de Sigmund Freud. Desta última derivaria, então, a psicologia individual de Alfred Adler e a do tipo analítica de Carl Gustav Jung.

Segundo Roudinesco (2017), Ellenberger se utiliza do termo “psiquiatria dinâmica“, de Gregory Zilboorg - psiquiatra e psicanalista, redator da primeira história da psiquiatria de 1941, *Historia de la Psicología Médica* - e o expande. A psiquiatria dinâmica seria, para o primeiro, a expressão de uma história de exploração do inconsciente e seu uso terapêutico. Zilboorg (1941), por sua vez, trata a psiquiatria como uma especialidade relativamente recente que surge a partir da história da psicologia médica e cuja prática dependia de uma postura humanista por parte do médico. Esse realizaria um esforço de compreensão da linguagem do enfermo a partir de certa identificação com o próprio. Roudinesco (2017) apresenta um ponto chave sobre a psiquiatria dinâmica: existiria um deslizamento dinâmico entre o normal e o patológico. Acresço também, como evidenciado a seguir, a presença de um deslizamento entre consciente e inconsciente na prática da psiquiatria dinâmica, assim como entre o corpo físico e psíquico.

### 1.1 A primeira psiquiatria dinâmica (séc. XVIII-XIX): de Mesmer a Charcot

Ellenberger apresenta Mesmer como aquele que, em 1775, faz uma virada decisiva do exorcismo (Gassner) para a psicoterapia dinâmica. No entanto, aponta que suas descobertas levaram quase um século para serem integradas à psiquiatria oficial por Charcot e seus contemporâneos. A primeira psiquiatria dinâmica, em oposição à psiquiatria organicista, se desenvolveria a partir do estudo dos efeitos do magnetismo de Mesmer e do sonambulismo, que, derivado do primeiro método, segue como técnica praticada por Puységur. Ellenberger compara Mesmer a Cristóvão Colombo: “Um e outro descobriram um mundo novo, um e outro permaneceram no erro sobre a natureza exata de suas descobertas até o fim da vida, um e outro morreram amargamente desapontados” (ELLENBERGER, 1970/1994, p. 87).

Stefan Zweig, em *A cura pelo espírito*, trata também dessa aproximação entre ambos, apresentando Mesmer como um descobridor solitário da psicoterapia, não reconhecido por lançar luz sobre uma terceira via de ver o mundo para além da completa luz ou sombra. Descreve esta via como o “lusco-fusco” da transição entre consciente e inconsciente que a medicina da época, apoiada puramente na razão, não conseguiu reconhecer. Sobre essa visão de mundo dicotomizada que contribuiu para as dificuldades de Mesmer, Zilboorg a reforça em sua obra ao descrever que o mesmerismo encontrou dificuldades, pois estava diante de um campo dividido entre céu e inferno e, ao tratar da natureza, era reconhecido como terreno, corporal, algo inconcebível na visão de mundo da época. Em sua relação com a história da psiquiatria, o mesmerismo, segundo Zilboorg (1941), atraiu a atenção para a neurose - esquecida com o rápido avanço da anatomia, fisiologia, neurologia - e introduziu a terapia na prática médica.

Ellenberger mostra que a formação de Mesmer seguiu da teologia para a filosofia, em seguida para o direito e, finalmente, para a medicina, onde sua tese sobre a influência dos planetas sobre as doenças lhe rendeu, em 1766, o título de doutor aos 33 anos. Entre 1773 e 1774, influenciado pelo uso de ímãs por médicos ingleses, Mesmer tem a ideia de provocar uma espécie de maré artificial no doente através da ingestão de uma bebida contendo uma mistura de ferro e da fixação de três ímãs sobre seu corpo deste, em seus ombros e no estômago. A corrente estranha que era então sentida atravessando o corpo do doente causava a remissão, por algumas horas, do mal queixado. Mesmer conclui, em seguida, que essa corrente magnética que atravessava o corpo se devia a algo do próprio corpo e os ímãs apenas a reforçavam e a direcionavam. Nomeia essa corrente de magnetismo animal. Para Mesmer, a crise artificialmente provocada era a prova da doença, ao mesmo tempo que fornecia o meio de sua cura.

Segundo Zilboorg e Henry (1941), Mesmer afirmava que todos os seres humanos estavam sob a influência das estrelas através da corrente constante de um fluido magnético universal, cujo equilíbrio protegia de doenças e cujo desequilíbrio as causava. O magnetizador era quem poderia estabelecer esse equilíbrio através da magia do contato humano chamada de *rappont*. Tratava-se de um procedimento empírico sem um postulado teórico bem definido. Sobre isso, Garcia-Roza (1984/2018) aponta que Mesmer substituiu a eficácia do ímã pelo seu próprio corpo.

A nova técnica de Mesmer ganha fama e causa uma demanda crescente por tratamento, muitas vezes expressa através da precipitação espontânea de crises e sintomas no público envolvido. Um efeito de contágio que obrigou a criação de abordagens em grupo. Ellenberger aponta a importância do contexto da época, que influenciava a escolha dos instrumentos utilizados para essa prática, afinados com as crenças e culturas do público atendido. Enquanto Mesmer tratava da nobreza, Puységur, seu discípulo mais fiel, seguia aplicando na classe camponesa o sonambulismo ou sono magnético, que lhe chamava a atenção durante sua prática do magnetismo. Essa última relação terapêutica, em especial, é classificada por Ellenberger como de autoridade e subordinação. Cabe salientar que marquês de Puységur, assim como seus dois irmãos, visconde e conde de Chastelet, contribuíram para a história do magnetismo animal. No entanto, diferentemente de Mesmer, eram oficiais militares sem formação médica. Em uma exposição sobre os princípios do magnetismo, Puységur explica que bastava “crer e querer”, referindo-se, respectivamente, à crença no próprio poder de ação sobre seus semelhantes e à vontade consequente de fazer uso deste.

Para Ellenberger, a principal descoberta de Mesmer foi a relação (*rappont*) que se estabelecia entre o magnetizador e seu paciente, enquanto Puységur trazia a novidade do sono magnético ou sonambulismo artificial, que, semelhante ao sonambulismo espontâneo, diferenciava-se deste por poder ser induzido e finalizado à vontade na exploração de funções psíquicas desconhecidas e, além disso, para fins terapêuticos. Mesmer foi perseguido e acusado de charlatanismo por não conseguir provar a existência do fluido magnético e pelo fato dos efeitos terapêuticos provocados não se sustentarem ao longo do tempo.

Segundo Zilboorg e Henry (1941), Alexander Bertrand pode ser considerado historicamente como o ponto de transição do mesmerismo para o hipnotismo, pois foi o primeiro a articular o sonambulismo artificial (sono hipnótico) à imaginação, o que, vinte anos depois, James Braid confirma quando atribui ao mesmerismo a presença de processos psíquicos em vez de fluidos. É este também que introduz os termos “hipnotismo”, “hipnotizar” e

“hipnótico”. Esse “braidismo” – ou, ainda, método de domesticação –, conforme nomeações introduzidas por Garcia-Roza (1984/2018), fora o substituto do mesmerismo a partir da segunda metade do século XIX e serviu de ponto de apoio para a neurologia e as investigações de Charcot. Tratava-se de uma técnica hipnótica que rompia com a ideia de fluido ou poder especial do terapeuta, atribuindo sua eficácia ao estado físico e psíquico do paciente que, uma vez em estado hipnótico, depositava no médico o controle do seu próprio corpo.

O hipnotismo se estabelece completamente em torno de 1880, e duas escolas são especialmente importantes nesse contexto: a escola de Nancy, composta por Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904) e Hippolyte Bernheim (1840-1919), e *La Salpêtrière*, com o famoso neurologista Jean-Martin Charcot (1825-1893).

Liébeault, oriundo de uma família de camponeses, se torna médico às custas de muito esforço. Enquanto estudante de medicina, tem acesso a um livro sobre o magnetismo, já em desuso na época, que lhe interessa. Ele oferece a seus pacientes esta prática de forma gratuita em oposição ao tratamento oficial com custos habituais e, com isso, consegue fazer uma grande clientela em tratamento magnético. Bernheim, médico e professor universitário, busca Liébeault para conhecer seus métodos e decide aplicá-los no hospital onde leciona. Ellenberger ressalta que a forma de hipnotizar de Bernheim era autoritária e seu sucesso terapêutico relacionava-se à tendência do paciente à obediência.

Segundo Zilboorg e Henry (1941), enquanto o objetivo na escola de Nancy era a cura do paciente, em *La Salpêtrière*, Charcot e seus assistentes se limitavam a descrever os efeitos do hipnotismo, traduzindo-os como manifestações de anormalidade em termos de defeitos cerebrais ou de patologia. Em 1886, Bernheim publica seu manual e, em oposição às ideias de Charcot, proclama que a histeria não era um estado patológico próprio da hipnose, mas um efeito da sugestão. Define a sugestibilidade como a “aptidão de transformar uma ideia em ato” que se fazia presente, em graus diversos, em todos os homens. Bernheim reservava a denominação de histeria apenas quando da ocorrência de crises convulsivas, o que Cesbron, em *Histoire critique de l’hystérie*, de 1909, aponta como arbitrário, uma vez que a ideia da histeria como doença autônoma dependeria de algo impossível, a garantia do isolamento dos efeitos da sugestão.

Aqui, além da discussão em torno do normal e patológico, estava em voga a busca por uma definição da histeria. Cabe ressaltar também que a complexa relação entre o corpo físico e o psíquico, tanto na sua participação na causalidade dos quadros, como nos processos terapêuticos, era valorizada. Segundo Ellenberger, Bernheim utilizava rotineiramente a hipnose

para tratar diversas afecções orgânicas do sistema nervoso, para os reumatismos, as doenças gastro-intestinais e problemas menstruais. Este então, abandonará progressivamente a hipnose sustentando que os efeitos obtidos por esse método poderiam ser atingidos pela sugestão em estado de vigília, a psicoterapia. Parece que, enquanto a escola de Nancy estava envolvida com um certo psicologizar, *La Salpêtrière* tendia a um patologizar.

Em 1870, Charcot fica responsável por um setor de mulheres que sofriam de convulsões. Nesse momento, ele tenta estabelecer os critérios que permitiriam distinguir as crises epiléticas daquelas históricas, que mimetizavam as primeiras. Utiliza o mesmo método das afecções neurológicas orgânicas e faz uma descrição, junto a seu discípulo Paul Richer, da crise histérica completa e típica, a grande histeria. Em 1878, Charcot estende suas pesquisas para o hipnotismo e descreve três estágios sucessivos que observava nas pacientes sob hipnose: a letargia, a catalepsia e o sonambulismo. Em 1882, essas descobertas são comunicadas e reconhecidas pela Academia de Ciências, o que deflagra uma retomada do hipnotismo, apagado há algum tempo pela sua própria condenação por essa mesma Academia.

Mais tarde, Charcot vai utilizar a hipnose para diferenciar as paralisias dinâmicas - ou históricas - das orgânicas, assim como estabelecer a diferença entre a amnésia dinâmica e a orgânica. Sobre as condições em que ocorriam as investigações clínicas em *La Salpêtrière*, Ellenberger marca certos aspectos que contribuíram para os achados de Charcot: a concentração de pacientes históricas num mesmo setor e o próprio autoritarismo de Charcot, que inibia as manifestações contrárias às suas ideias, tanto no corpo de colaboradores quanto nas pacientes. Não sem razão, no fim da sua vida, conforme escreveu Ellenberger, Charcot se interessa pelas curas relacionadas à fé e escreve, em 1893, para os Arquivos de Neurologia, o artigo *A fé que cura*.

Sobre o nascimento da psicoterapia, Zilboorg o atribui a Braid e a Liébault. Afirma ainda que esta fracassa, como técnicas anteriores, na tentativa de desvencilhar o homem do prejuízo das neuroses. No entanto, para este autor, tal acontecimento abre uma nova rota de investigação para esses distúrbios funcionais, conforme nomeação da época, e inclui a neurose de maneira mais definitiva na esfera da psiquiatria. Iniciou-se, assim, uma amplificação da ideia de enfermidades mentais sem, no entanto, o alcance de um entendimento profundo dos processos psíquicos implicados. Em consequência, essa limitação se refletia nos métodos terapêuticos empregados. Além disso, Zilboorg destaca que as escolas de Nancy e *La Salpêtrière* contribuíram para uma forma mais humanista de orientação para a psiquiatria que, segundo o autor, ao invés de tratar “textos ambulantes de fisiologia” passa a lidar com

“pessoas vivas”, inseridas em sociedade e com seus problemas decorrentes disso. Apesar das críticas à escola de Charcot, “mais preocupada com a anatomia e a fisiologia”, Zilboorg valoriza o caráter humanista que o contato com a neurose destas escolas produziu .

### 1.1.1 Histeria

Início esse tema com a citação presente no verbete “histeria” do *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise - O legado de Freud e Lacan*, editado por Pierre Kaufmann. Numa tentativa de emoldurar a dificuldade encontrada para abordar a histeria, objetivando evidenciar sua passagem das investigações clínicas da primeira para a segunda psiquiatria dinâmica, destaca-se o trecho a seguir:

Antes de mais nada, nela nenhum sintoma pode ser dito típico, uma vez que seu contrário estará igualmente presente. [...]. Mas essa instabilidade no descomedimento é acompanhada por uma outra, de ordem temporal. Fazer a história da histeria é atribuir-lhe sintomas que não cessam de mudar. Não há relação necessária entre a histeria e os sinais que ela produz aos olhos dos espectadores... e dos historiadores. No entanto, esses sintomas não se produzem ao acaso; ao contrário, parecem ser bem determinados segundo a chance que têm, em dado período, de chamar a atenção e despertar a inquietação dos especialistas que, por seu saber, são os esteios do poder político ou religioso: médicos, filósofos, teólogos, inquisidores (KAUFMANN, 1996, p. 245).

O termo histeria remonta ao período pré-hipocrático (1900 a.C., Papiro Kahun - medicina egípcia), referindo-se a uma doença feminina de causa uterina e cujos sintomas eram incompreensíveis. A partir do século XVI, alguns médicos sustentam sua causa no cérebro e expandem o seu alcance também para os homens. A teoria comumente aceita em fins do século XIX sobre a histeria, sustentada por numerosos neurologistas e ginecologistas, articulava a histeria à frustração da satisfação sexual, que funcionaria como base de causalidade.

A histeria passará do campo da demonologia para o da psiquiatria dinâmica, esta última ora reconhecida pela psiquiatria oficial, ora recusada. Bernheim exercerá um papel imprescindível nesta passagem ao atribuir à sugestão, fenômeno inerente ao humano, os estigmas que representantes da Igreja traduziam como possessão demoníaca. Com Charcot, a histeria, que é inicialmente investigada no campo neurológico, será incluída no campo psiquiátrico oficial a partir de sua apresentação, em 1882, à Academia de Ciências de Paris. Esta reconhece a descrição de Charcot, em termos puramente neurológicos, dos estados hipnóticos apresentados por suas pacientes histéricas.

Sobre isso, Ellenberger aponta que Charcot, ao colocar no mesmo plano a histeria e a hipnose, conseguirá, pela primeira vez, a inclusão da teoria dos antigos magnetizadores e, portanto, da psiquiatria dinâmica na psiquiatria oficial. Algo que fora impossível de realizar anteriormente quando diante da mesma Academia foram apresentados os trabalhos relacionados ao magnetismo. Charcot, sem se dar conta, retoma a concepção dos antigos magnetizadores quanto à equação entre o sonambulismo, a letargia e a catalepsia, além de aproximar a histeria de outro quadro magnético, o de desdobramento da personalidade. A histeria parece, então, ter servido de pivô para voltar a atenção do campo médico à técnica hipnótica, assim como para retomar as discussões quanto aos critérios necessários para a inclusão de uma enfermidade neste campo, o que, por sua vez, envolvia considerar os limites entre a psiquiatria e a neurologia.

Segundo Garcia-Roza (1984/2018), a existência ou não de lesão anatômica relativa a determinados sintomas era um fator de extrema importância para a psiquiatria do século XIX, e a anatomia patológica era o meio pelo qual uma doença era reconhecida como parte do campo médico. Charcot segue por essa via para elaborar inicialmente a definição da histeria e incluí-la no campo da medicina. Posteriormente, ele revê este correlato anatomopatológico e introduz a histeria no campo das perturbações fisiológicas (ou funcionais) do sistema nervoso, quando a hipnose passa a exercer um papel essencial em suas investigações. Esse método, Garcia-Roza acrescenta, apoiaria a tentativa de definir os sintomas da histeria e enquadrá-la como doença neurológica.

A histeria, para Charcot, passa então a ter uma íntima relação com o método hipnótico, de modo que os quadros histéricos típicos ganham a mesma adjetivação dos métodos que o produzem. Assim, Cesbron (1909), em seu estudo crítico sobre a histeria, mostra como Charcot correlaciona em sua tese de 1888 o grande e o pequeno hipnotismo, respectivamente, à grande e à pequena histeria. Essa correlação não incluía, para Charcot, o hipnotismo geral, não relacionado à histeria. Charcot retomará as ideias de Briquet, primeiro a conduzir um estudo objetivo e sistemático da histeria segundo Ellenberger (“Tratado clínico e terapêutico da histeria”, de 1859), opondo-se a essa teoria da época. Ele reconhecia a importância do componente sexual, mas não o reduzia à frustração da satisfação sexual. Paul Richer, discípulo de Charcot, escreve, em 1881, sobre a crise da “grande histeria” poder estar relacionada a uma reatualização de um traumatismo psíquico anterior que, em sua maioria, mas não exclusivamente, remeteria a um episódio de natureza sexual.

Garcia-Roza (1984/2018) acrescenta ainda que Charcot elabora a teoria do trauma como tentativa de superar o impasse no qual a histeria se mostrava mais sintonizada com o desejo do médico do que com o corpo neurológico. Assim, mesmo com o artifício da hipnose para alcançar uma regularidade na definição dos sintomas, havia algo que escapava a esse objetivo, evidenciando a distância das manifestações histéricas de uma determinação neurológica. Nesta teoria, a sugestão que era imposta artificial e temporariamente pela hipnose encontrar-se-ia sob um estado hipnótico permanente na histeria, o que adviria da ocorrência de um trauma em vigência de uma predisposição hereditária (ou funcional). Tal estado objetivar-se-ia por sintomas diversos no corpo, como a cegueira e a paralisia.

O termo “dinâmica” marcava essa predisposição ou ausência de lesão orgânica no grupo de paralisias. As ditas dinâmicas, portanto, conforme nomeação de Charcot, incluíam as do tipo histéricas, hipnóticas e pós-traumáticas. Na medida em que o trauma em questão não era de natureza física, ressurgiu a necessidade do médico escutar a história pessoal do paciente para localizar o momento traumático responsável pela histeria. A partir daí, surge algo que apenas com Freud será valorizado e orientará as investigações clínicas subsequentes: a ligação entre histeria e sexualidade.

Sobre a relação entre histeria e hipnotismo que Charcot retoma em 1882, vale considerar outro eixo de discussão para além da relação entre a histeria e o campo médico abordado até aqui. A divisão da consciência categorizada como um quadro de desdobramento de personalidade surgira, ao mesmo tempo, como efeito do hipnotismo e como uma manifestação da própria histeria. O sono magnético, que surgira durante a prática do magnetismo e seguiu sendo explorado sob o nome de hipnose, causou um impacto devido ao surgimento de um “novo estado de consciência”, que não se comunicava com aquele do sujeito quando fora dos efeitos hipnóticos. Sob o nome de “dipsiquismo” ou “dualidade do eu”, esse ponto de interesse atraiu a atenção de investigações clínicas durante todo o século XIX.

Em 1890, Dessoir expõe a teoria sobre o “dipsiquismo”, em sua obra *O duplo eu*, em que articula dois níveis de espírito humano: a “consciência superior” e a “inferior”, sendo esta última aquela que se manifestaria nos sonhos e no sonambulismo espontâneo. Ellenberger aponta que existiam duas hipóteses sobre o “espírito” que permanecia escondido, se este seria fechado ou aberto. Na primeira concepção, este comportaria apenas dados que em algum momento passaram pela mente consciente, em particular memórias esquecidas ou possivelmente memórias de impressões fugazes da mente consciente, ou mesmo memórias de devaneios ou de jogos de imaginação. Na forma aberta, outros autores afirmariam que o

“inconsciente” estaria em comunicação com um misterioso mundo extra-individual onde se acessava o passado e o futuro. Segundo Ellenberger (1970/1994, p. 180), o dipsiquismo sob a forma “fechada” representaria o modelo de onde Janet retira sua noção de subconsciente e Freud retira a sua primeira teoria do inconsciente enquanto o conjunto de todas as lembranças e tendências recusadas.

A teoria do “dipsiquismo” tentava explicar os quadros de desdobramento de personalidade, mas não era suficiente para a compreensão daqueles mais complexos, de múltiplas personalidades. Assim, a teoria do “polipsiquismo” surge desarticulando a ideia de unicidade da personalidade e do Eu. Tal teoria apresenta um conjunto de “sub-eus” como constituintes de nossa vida inconsciente, cujas consciências próprias estariam submetidas, por sua vez, a uma consciência geral. Sobre essa teoria, Ellenberger (1970/1994) acrescenta mais uma articulação: Freud passaria de um modelo dipsíquico (consciente-inconsciente) para um polipsíquico, representado pela tríade “eu-isso-supereu”.

Marco Antonio Coutinho Jorge e Natália Pereira Travassos, no livro *Histeria e sexualidade* (2021), propõem uma rica e ampla retomada histórica da histeria através de seus primórdios, desde a medicina egípcia até a psicanálise. Sublinham que a estrutura histórica é marcada por uma divisão do sujeito, o que parece ter sido anunciado de forma mais rudimentar pelos quadros de “desdobramentos da personalidade” exibidos com a prática hipnótica. Além disso, no que diz respeito à passagem para a segunda psiquiatria dinâmica, em que Ellenberger situará Freud historicamente, cabe recolher a influência que Charcot exercerá sobre este e que os autores citados também destacam. Sobre isso, ressalta-se:

A ênfase na soberania da clínica, sustentada por Charcot através de seu célebre lema “A teoria está muito bem, mas isso não impede que os fatos existam”, que Freud gostava de repetir, marcou profundamente o percurso teórico e clínico freudiano. Além disso, Freud se sentiu de algum modo designado por Charcot a prosseguir o estudo psicológico da histeria. Narrou ter ouvido dele um dia: “Descrevo as formas clínicas e anatômicas das patologias, mas, em relação aos mecanismos psicológicos, aguardo que algum outro o faça” (JORGE; TRAVASSOS, 2021, p. 35).

Cabe mencionar a transmissão que Ellenberger (1970/1994) destaca dessa importante relação entre Charcot e Freud: “Charcot fornece a Freud um modelo de identificação, assim como o germe da ideia de dinamismo psíquico inconsciente” (p. 768).

## 1.2 A segunda psiquiatria dinâmica (séc. XIX-XX): de Janet a Freud

Ao longo de todo o século XIX, subsistia um dualismo entre a psiquiatria dinâmica e a psiquiatria oficial. Esta última era reconhecida pelo Estado e ensinada nas escolas médicas. Segundo Ellenberger, a partir do momento em que a psiquiatria dinâmica é reconhecida pela medicina oficial, conforme abordado anteriormente, ela sofre uma larga difusão, o que se deveu também ao contexto sócio-político e cultural da época. Em 1880 o mundo se via atravessado por uma cultura de colonizadores em que a classe dominante concentrava a riqueza, enquanto a de trabalhadores vivia em péssimas condições de pobreza. Reinava o autoritarismo, o machismo e a segregação das mulheres.

Além disso, havia a vida teatral, o excesso de lazer e a atmosfera de paixões súbitas que Ellenberger associa à ascensão da histeria entre 1880-1900. Os debates científicos eram prejudicados por questões nacionais e políticas. Friedrich Nietzsche fora, segundo Ellenberger, a fonte comum de Adler, Freud e Jung. Sobre isso, ele destaca que Nietzsche transpõe o princípio da termodinâmica de conservação e transformação de energia de Robert Mayer, médico e físico alemão, para o campo da psicologia. Segue um trecho do livro *Histoire de la découverte de l'inconscient*, em que Ellenberger expõe essa relação:

Assim ele mostra como < um quantum de energia (psíquica) acumulada > poderia aguardar até que fosse suscetível de utilização e como uma causa desencadeadora mínima poderia liberar uma poderosa descarga de energia psíquica. A energia mental poderia ser acumulada para uso posterior ou transferida entre instintos. Nietzsche foi levado a considerar o sistema humano como um sistema de pulsões e a ver nas emoções um complexo de representações inconscientes e de disposições de vontade. Nietzsche concebia o inconsciente como um reservatório de pensamentos, emoções e instintos confusos, ao mesmo tempo que um lugar de uma reatualização de etapas anteriores pelas quais haviam passado o indivíduo e a espécie (ELLENBERGER, 1970/1994, p. 300).

Acresce ainda que ambos entendiam o inconsciente como “um reino de instintos selvagens e bestiais que não encontraram permissão de saída, enraizados no passado longínquo do indivíduo e da espécie que se exprimem através da paixão, sonhos e doença mental” (ELLENBERGER, 1970/1994, p. 305). A noção de inconsciente estava sendo admitida nesse período. No entanto, antes de Freud, sem seu estatuto da pulsão e o conceito de recalçamento, a noção de inconsciente se confundia com a ideia de não-consciente. Quanto a isso, é importante retomar os trabalhos de Janet, elo entre a primeira psiquiatria dinâmica e seus sucessores Freud, Adler e Jung.

Segundo Ellenberger, Pierre Janet (1859-1947) pode ser considerado o ponto de junção entre a primeira e a segunda psiquiatria dinâmica, uma vez que foi o primeiro a propor um novo sistema que substituiria aquele do século XIX. Iniciando seus estudos pela filosofia como o tio,

Paul Janet, e aproximando-se da clínica com a parceria do irmão médico, Jules Janet, Pierre Janet segue suas próprias pesquisas e se encontraria mais próximo do espírito das Luzes, em oposição a Sigmund Freud, Alfred Adler e Carl Gustav Jung. Estes últimos, apesar de sofrerem influência de Janet, conforme sustenta Ellenberger, se mostrariam mais afinados com o Romantismo. Janet, Freud, Adler e Jung constituem, portanto, os quatro representantes da segunda psiquiatria dinâmica, de modo que cada um apresenta seu próprio sistema de pensamento: Janet, a análise psicológica; Freud, a psicanálise; Adler, a psicologia individual e Jung, sua psicologia analítica. Nos ateremos a abordar o percurso de Janet não só para esclarecer esse ponto de passagem da primeira para a segunda psiquiatria dinâmica, como também para examinar as aproximações e afastamentos em relação a Freud e à psicanálise que inaugura.

Janet praticará a hipnose e a sugestão, procurando selecionar os pacientes que não tinham sido submetidos a um tratamento anterior. Se interessa pela histeria e pela psicastenia. Após sustentar, em 1885, através da exposição de seu trabalho com a paciente Leonie, a possibilidade de realizar a sugestão à distância - o que, por sua vez, rendeu grande repercussão - ele descobre que esta teria um histórico de tratamentos anteriores com magnetizadores. Isso o faz pesquisar e descobrir na geração anterior um conhecimento que, em sua época, estava sendo tratado como inédito. A parte histórica de seu livro, chamado *As medicações psicológicas*, é dedicada a esse assunto.

A partir disso, Janet estabelece três critérios metodológicos para sua clínica: examinar os pacientes sem testemunhas, anotar precisamente a fala e o comportamento destes durante o exame e investigar minuciosamente o passado de adoecimento e tratamentos de cada um. O resultado da aplicação de tais critérios seriam o ponto de partida para a sua tese principal sobre o “Automatismo psicológico”, de 1889. Janet sempre teve o cuidado de não utilizar a filosofia no campo da psicologia, pois, apesar de ter herdado através de Paul Janet uma tradição de psicologia filosófica, desejava participar da elaboração de uma nova psicologia experimental (ELLENBERGER, 1970/1994). A tese sobre o automatismo serviria como o primeiro passo na direção deste seu desejo.

Em 1889, inicia sua formação médica oficial e tem a oportunidade de estagiar em diversas clínicas, incluindo a *Salpêtrière*. Finaliza seu curso em 1893 com uma tese que recebeu alta menção diante de um júri presidido por Charcot e do qual participou Charles Richet. Janet é convidado, a partir de então, para dirigir um laboratório de pesquisa da *Salpêtrière* cujo objetivo era incorporar a psicologia experimental ao serviço. A parceria entre Charcot e Janet,

que parecia promissora, dura apenas três semanas, interrompida pela morte repentina de Charcot. Enquanto isso, Freud seguia trabalhando com as histéricas.

É em 1913 que ocorrerá um infeliz encontro entre Janet e Freud no Congresso Internacional de Medicina ocorrido em Londres. Janet se sente injustiçado por não ter seus trabalhos anteriores referenciados por Freud. Acreditava que a cura catártica das neuroses que Freud reivindicava como sua descoberta teria sido consequência de suas próprias ideias que deram esteio para o desenvolvimento da psicanálise. Além disso, estende suas críticas sobre a teoria freudiana tanto à interpretação dos sonhos quanto à origem sexual das neuroses. Segundo Ellenberger, Janet se arrepende de sua reação, apesar de conservar a convicção por toda sua vida de que havia sido injustiçado por Freud. No entanto, sobre a questão teórica defendida por cada um, cabe retomar uma importante diferença entre ambas no que diz respeito principalmente à concepção do inconsciente e à sua operação fundante sobre a qual Freud, em detrimento de Janet, consegue avançar.

Pereira (2008) explicita as diferenças teóricas entre Janet e Freud. Enquanto Janet defende o automatismo psicológico, operação de ordem passiva, como base dos quadros de divisão da consciência nas pacientes histéricas, Freud introduz o recalçamento, um ato defensivo ativo e voluntário neste lugar. Assim, Janet parecia afinar-se à ideia de patológico com uma teoria que justificava a divisão do sujeito como algo exterior a sua vontade, enquanto Freud abre para o paciente em tratamento analítico toda a potência de “cura” a partir de sua fala. O alcance da ideia de dinamismo psíquico que Freud apreende com Charcot parece ultrapassar, pela primeira vez, os limites das barreiras de resistência que surgiam no tratamento das histéricas até o território escondido do inconsciente (ELLENBERGER, 1970/1994).

A ideia de dinâmica, conforme Freud a concebe na sua elaboração teórica, marca essa diferença em relação a Janet. Assim, encontramos no verbete “dinâmico”, do dicionário de Laplanche e Pontalis, esse posicionamento diferencial de Freud em 1909:

Nós não deduzimos a clivagem do psiquismo de uma incapacidade inata do aparelho psíquico para a síntese, antes a explicamos dinamicamente pelo conflito de forças psíquicas que se opõem e nela reconhecemos o resultado de uma luta ativa dos dois agrupamentos psíquicos um contra o outro (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967, p. 165).

A ideia de um inconsciente freudiano dinâmico *versus* descritivo, como proposto por Janet, será abordada no próximo capítulo, no item reservado ao inconsciente (item 3.2). Sobre o termo “dinâmica”, reservarei a seguir uma breve retrospectiva de seu histórico de uso e significações, uma vez que este parece marcar um paradoxo na relação entre psicanálise e

psiquiatria dinâmica. Ao mesmo tempo que aponta para o passo a mais de Freud em direção ao inconsciente, apoio para sua elaboração metapsicológica, o termo dinâmica também funciona como o elo que Ellenberger sublinha entre os dois campos. Quanto a isso, o autor aponta:

Sigmund Freud marca uma virada decisiva na história da psiquiatria dinâmica. [...] Freud rompe abertamente com a medicina oficial. Inaugura a era das escolas dinâmicas modernas [...] O nascimento dessa nova forma de psiquiatria dinâmica se acompanha de uma revolução cultural de porte comparável aquela que Darwin suscitou (ELLENBERGER, 1970/1994, p. 437).

Sobre esse ponto, é interessante destacar que Freud, em 1910, identifica como compromisso de sua metapsicologia uma restauração da metafísica, área que faz menção a Leibniz, o criador do termo dinâmica. Pontuação, no entanto, que o pai da psicanálise revê em 1915, quando define a metapsicologia como a descrição dos processo psíquicos em três termos: dinâmico, tópico e econômico.

### 1.2.1 A dinâmica de Leibniz a Freud

Segundo a obra de Ellenberger, o termo “dinâmica” apresenta um histórico de usos e significações muito diverso antes da psicanálise. Retomaremos esse percurso histórico a seguir, mostrando essa diversidade desde a criação do termo que atravessa a psiquiatria dinâmica, e que, a partir do trabalho freudiano, é apropriado de uma forma absolutamente nova. Seguem os cinco grupos de significações recortados pelo historiador:

A primeira está relacionada à ideia de movimento no campo da física, a partir do qual G. Wilhelm Leibniz (1646-1716) inaugura a área da dinâmica dentro das ciências mecânicas, em oposição à cinética e à estática. Leibniz é o primeiro também, segundo Ellenberger, a tentar teorizar sobre o inconsciente. Em consulta ao artigo “Em torno da dinâmica de Leibniz”, de Vicente Menendez (2002), físico especializado em Epistemologia e História da ciência, verificamos que a física de Leibniz advinha da metafísica e os fundamentos para sua dinâmica embasavam-se em três princípios e três entidades metafísicas. A força, conceito chave, tratava-se de uma destas entidades e subdividia-se em ativa e passiva (ou morta), que atuavam na dinâmica e estática, respectivamente. Apesar de influenciado por Descartes, a este se opôs quanto à ideia de força, considerada por Leibniz como originária de Deus, que a aplicaria a toda matéria, mantendo-a sempre em mesma quantidade no universo. Além dessa ideia de conservação da quantidade de energia, havia também a de harmonia, segundo a qual a existência

deveria retomar uma ordem pré-estabelecida por Deus na sua criação. Herbart, por sua vez, aplicaria a ideia de movimento de Leibniz aos estados de consciência, nomeados como estáticos ou dinâmicos. Ellenberger inclui esse uso também por fisiologistas, magnetizadores e por Flechner.

Uma segunda significação do termo surge para marcar a ausência de causa orgânica em determinados quadros psicopatológicos. Uma oposição entre os quadros ditos funcionais ou dinâmicos (sem lesão orgânica) e os orgânicos (com lesão). As paralisias dinâmicas, por exemplo, eram aquelas às quais Charcot atribuía causas como a histeria, a hipnose e os traumatismos psíquicos. Cabe acrescentar aqui que ainda hoje encontramos esse tipo de classificação no campo da neurologia: as paralisias funcionais são assim nomeadas quando não se localiza um correlato causal em termos orgânicos.

A terceira significação citada se refere ao uso pelo neurologista Brown-Sequard, que falava em ações dinâmicas no sistema nervoso, de forma que um estímulo nesse sistema poderia acarretar aumento, a dinamogenia, ou diminuição de seu funcionamento. Aqui inclui-se também o uso em psiquiatria do termo “dinâmica” para referir-se a problemas mentais, em especial à neurose, às vezes complementado com outras noções emprestadas da psicologia cerebral.

A quarta e penúltima significação envolve o ideodinamismo de Bernheim e o sistema de psicologia dinâmica. O uso da palavra dinâmica no primeiro caso apoiava a noção de sugestibilidade, tendência das ideias tornarem-se atos quando aceitas, base de apoio para os tratamentos via magnetismo e hipnotismo. No sistema de psicologia dinâmica, por sua vez, o termo acompanhava a descrição das ideias e emoções como feixes nervosos dinâmicos. Influenciados pelas ideias de Brown-Sequard, esses feixes eram lidos como efeitos das ações dinâmicas no sistema nervoso.

Até aqui, pode-se dizer que a dinâmica remete à ideia de movimento, força, energia e suas leis, daquilo que anima o corpo. De início formulada do mais exterior, como presente na elaboração de cunho teológico de Leibniz, passa a ser incorporada aos poucos de forma a delimitar o psíquico e sua relação com o físico dentro de um corpo, mas não só. Para além disso, o termo se estendia para incluir a relação entre o campo do psíquico e do físico que ocorria entre terapeutas e pacientes na corrente da primeira psiquiatria dinâmica. Estão dentro dessa linha o magnetismo, o hipnotismo e a sugestão do ideodinamismo de Bernheim. Neste último caso, uma ideia externa dirigida ao sujeito teria o potencial de se transformar em atos quando aceita por ele, o que conhecemos hoje ainda pelo mesmo nome de sugestão.

Por último, destaca-se a seguir a quinta significação do termo dinâmica, sobre a qual Ellenberger marca um potencial de influência sobre Freud. Reportando-se à ideia de doença mental de Jacques Joseph Moreau de Tours, Janet cria a sua própria teoria dinâmica. Segundo Garcia-Roza (1984/2018), Moreau de Tours fora o Claude Bernard (fundador da medicina experimental) da psiquiatria, pois a partir de seu uso experimental do haxixe a relação do psiquiatra com a loucura sai do nível de uma exterioridade, abrindo-se um espaço comum entre o normal e o patológico. Conclui, posteriormente, que encontraríamos também nos sonhos esse espaço, sem a necessidade, no entanto, de uma indução artificial, via droga. Ellenberger (1970/1994, p. 319) traz a definição de doença mental deste psiquiatra como um mundo autônomo, comparável ao dos sonhos, “mesmo que fundamentalmente diferente do mundo cotidiano, de onde retirava seus elementos”. A causa desse processo estaria no rebaixamento do funcionamento intelectual a favor do qual certas atividades inferiores tomariam um desenvolvimento desproporcional.

Nesse contexto, Hughlings Jackson introduz, posteriormente, uma teoria similar em neurologia que ele aplicará de início nos estudos da afasia e da epilepsia. O termo dinâmico, como entendido por Jackson, associava diversas significações anteriores da palavra. Designava o aspecto fisiológico em oposição ao anatômico, o aspecto funcional (ou psíquico) em oposição ao orgânico, o componente regressivo em oposição ao *status quo*, tudo exprimindo ao mesmo tempo o aspecto energético e até mesmo, às vezes, as ideias de conflito e de resistência. A concepção de Jackson exerceu uma profunda influência não somente sobre neurologistas, mas também sobre psiquiatras, como provavelmente sobre Freud (ELLENBERGER, 1970/1994). Segundo Roudinesco (2017), esse modelo jacksoniano influenciou também Henri Ey em sua teoria do organodinamismo.

Neste último grupo Ellenberger (1970/1994) localiza a segunda psiquiatria dinâmica, composta de dois troncos principais, conforme abordado anteriormente: a análise psicológica de Pierre Janet centrada na exploração do subconsciente e a psicanálise de Freud, fundadora do inconsciente. Mas segue a pergunta na tentativa de diferenciar o que Ellenberger concilia entre psiquiatria e psicanálise através do termo dinâmica: qual é a especificidade da dinâmica de Freud? Para tal, é importante isolar uma força fundamental a que se refere Freud quando fala do conflito psíquico através do termo dinâmico, a saber, a pulsão. Força essa, diferente da concebida por Leibniz, que, por sua vez, a descrevia como exterior ao corpo. Na linha histórica das diversas significações e usos do termo dinâmica, não há, antes de Freud, algo próximo da força que este delimita para a ideia de dinâmica.

Ao retomar a crítica de Roudinesco sobre a falta de um corte francês na obra de Ellenberger, Jorge (2010) o traduz no nível epistemológico, como a falta do conceito de pulsão na obra. A partir dessa “nova concepção de sexualidade” (p. 18-19), conforme nomeia esse advento da pulsão, localizamos um reconhecimento do lugar do corpo biológico, mas também um recorte do objeto de interesse da psicanálise para além dele. A dinâmica cujo sentido envolvia o psíquico e o físico e suas relações normais e patológicas antes de Freud passa, com este, a ser relativa ao conflito pulsional, localizado no interior do psíquico. O terceiro capítulo - “A psicanálise e os passes de Freud” – será dedicado ao aprofundamento desse importante conceito em item reservado (3.1).

### **1.3 A psicanálise e seus efeitos na história da psiquiatria (dinâmica) - Freud, Lacan, Henri Ey e o movimento da antipsiquiatria**

Segundo Elisabeth Roudinesco (1986), em *Histoire de la Psychanalyse en France*, o modelo jacksoniano estava para Henri Ey assim como o freudiano estava para Lacan. Ey, colega de trabalho e importante interlocutor de Lacan, fora o mais nobre representante da psiquiatria dinâmica no período entre guerras. A partir de 1936, Ey começava a elaborar a noção de organodinamismo, inspirada na neurologia de Hughlings Jackson, que também fora útil para Freud servir-se para alguns de seus instrumentos teóricos. Esse modelo baseava-se na hierarquia das funções psíquicas interdependentes entre si. Assim, a dissolução das atividades nervosas superiores desencadearia uma liberação ou desligamento das atividades inferiores, anteriormente controladas pelas primeiras.

Para Ey, era preciso reunir a neurologia e a psiquiatria para dotar esta última de uma verdadeira teoria, integrando o freudismo. Para Lacan, no entanto, interessava renovar o corte freudiano e deixar de repensar o saber psiquiátrico a partir do modelo do inconsciente freudiano. Entretanto, ambos concordavam com a ideia de que a descoberta freudiana havia restituído um sentido à psiquiatria, na medida em que refutou a ideia de uma nosologia separada da dimensão humana da loucura.

No que se refere ao dualismo entre o orgânico e o psíquico é importante marcar também a diferença de posição entre Henri Ey e Lacan. Enquanto orientado pela leitura de um dualismo hierarquizado de cunho psicofisiológico, o primeiro discordava de uma pura psicogênese dos transtornos mentais que, por sua vez, teria em sua origem a dissolução das funções orgânicas

determinantes das atividades psíquicas. Lacan, contrariamente, não opunha a psicogênese à organogênese, mantendo a ideia de uma simetria original entre o orgânico e o psíquico, mas substituiu essa dupla pela psicogenia, que privilegia a ideia de uma estrutura mental, uma organização puramente psíquica da personalidade. Dessa forma, a causa orgânica fica secundarizada (ROUDINESCO, 1994, p. 146).

Ey introduz uma definição interessante do campo psiquiátrico em seu *Tratado de Psiquiatria*, de 1978. Ramo da medicina, esta teria como objeto a patologia da vida de relação do homem no nível de uma integração que assegurasse a autonomia e a adaptação do mesmo às condições de sua existência. Sobre o conceito de adaptação, Ey esclarece que não se trata de um condicionamento automático imposto pelo meio, o que faria menção à ideia de norma-desvio de uma média quantitativa. Trata-se, pelo contrário, de referenciar à psiquiatria um eixo de desvio relativo à conformidade com as regras e modos de existência próprios que assegure a autonomia e liberdade de cada um (normativa). Uma questão importante a ser destacada é que este eixo referencial, proposto como norteador da clínica psiquiátrica, permite considerar essa especialidade médica para além de uma aplicação de saber científico exterior ao sujeito, reduzido a um mero objeto a ser readaptado socialmente. Ey complexifica ainda mais o tema quando acrescenta que não existiria nenhum limite superior à normativa, apenas apreciada mediante uma relação intersubjetiva na qual o saber do psiquiatra desempenha um papel determinante. O autor parece estabelecer uma individualização do eixo da normativa caso a caso, incluindo a participação do saber médico para tal (EY, 1978, p. 60).

No entanto, sobre a liberdade que afirma Ey (1978), Guy Briole, psiquiatra e psicanalista francês, acresce uma crítica interessante com seu texto “O futuro da psiquiatria: a psicanálise”. Este diz: “O sujeito livre é aquele que assume sua causa” (p. 258). Analisando o “sujeito da psiquiatria científica”, submetido a uma causa alheia ao seu dizer, assim alienado e sem liberdade, propõe aos psiquiatras a retomada do debate entre Lacan e Ey sobre o tema da relação entre liberdade e causalidade. Em “Formulações sobre a causalidade psíquica”, em busca de uma causa verdadeira para a loucura, Lacan faz diversas críticas ao organodinamismo em que o colega se apóia teoricamente. A defesa de uma causa orgânica por Ey, “no tegumento do corpo”, ao invés de no uso da palavra, forma de recusa ao conceito de psicogênese, retiraria do processo de adoecimento a participação do sujeito e a importância de sua esfera simbólica. Crítica essa que vai de encontro ao apontamento de Briole, da qual extraio um pequeno trecho:

Quando um sujeito situa a causa dos seus sintomas no acontecimento ou na lesão, ele não é mais sujeito livre e responsável, mas um sujeito submetido a uma relação

particular com o déficit. A causa não é um dado desde o começo. O que será construído pelo sujeito como tal não se pode saber a priori (BRIOLE, 1998, p. 258).

Sublinho a importância da valiosa contribuição de Lacan ao destacar a participação do sujeito no seu adoecimento mental. E, mais além, ressalto o cuidado que ele teve em sua intervenção ao não desconsiderar o limite entre os sintomas oriundos desta natureza e aqueles realmente provenientes de lesão orgânica. Ao utilizar o exemplo de um caso neurológico, Lacan mostrou seu refinamento teórico não apenas em psicanálise, mas apoiou-se no seu saber médico para discernir entre o sintoma no qual o sujeito pode ser implicado, daquele em que, consequência de lesão neural não se trata disso.

Após esse breve aprofundamento na discussão quanto às diferenças entre a teoria de Ey e a de Lacan sobre a natureza da doença mental, é importante ressaltar a indubitável contribuição que a psicanálise trouxe à psiquiatria. Em seu *Tratado de Psiquiatria*, Ey (1978) aborda como o descobrimento da estrutura do inconsciente e seu papel patogênico por Freud revolucionou a psiquiatria clássica. O aspecto orgânico e anatomopatológico do processo mórbido foi o primeiro que perdeu sua excessiva vigência em benefício das concepções psicogênicas e psicodinâmicas. A forma rígida das entidades tende a desaparecer para dar lugar a uma interpretação mais dinâmica do papel desempenhado pela atividade psíquica na formação dos quadros clínicos.

São apresentadas ainda quatro correntes teóricas que, combinadas ou não, seriam referenciais para o movimento psiquiátrico da época. Sublinho duas delas, as mais interessantes no âmbito do diálogo entre psiquiatria e psicanálise. Uma trata do organo-dinamicismo sob o qual Ey se apóia e abordamos previamente. A segunda, “a teoria psicodinâmica do inconsciente patogênico”, refere-se à leitura das enfermidades mentais como manifestações simbólicas do inconsciente. Lembrando a frase de Lacan sobre o inconsciente ser a verdadeira doença mental do homem, a teoria psicodinâmica parece aplicar ao pé da letra essa afirmação para a psiquiatria. Quais as implicações dessa posição?

Ey aponta as vantagens e desvantagens da orientação da psiquiatria a partir dessa ideia de influência quase exclusiva do inconsciente na concepção do objeto de interesse desse campo médico. Considera que esta teoria contribuiu, por um lado, para a reação necessária da psiquiatria a um modelo mecanicista, mas, por outro, levou à negação do fenômeno psicopatológico enquanto tal.

Em *Médecines de l'âme*, Ellenberger aponta que a psicanálise fora um ponto de partida, em certo momento, para uma vasta expansão da psiquiatria dinâmica. Os representantes desse movimento, Carl Gustav Jung (1875-1961) e Alfred Adler (1870-1937), com suas respectivas

escolas, psicologia analítica e individual, foram inicialmente influenciados pelas descobertas freudianas, mas destas se afastaram, como o fizeram em relação aos limites tradicionais da psiquiatria. Essa expansão que se seguiu após 1920 Ellenberger a chama de “explosão psiquiátrica”, na qual estão incluídos diversos representantes de abordagens clínico-teóricas diferentes do campo, incluindo Henri Ey e sua psiquiatria organodinâmica .

No entanto, Ellenberger marca a advertência de Ey quanto à multiplicidade dessas teorias trazerem o risco da dissolução do campo da psiquiatria, o que os movimentos anti-psiquiátricos, posteriormente, vieram representar. Em “O(s) movimentos antipsiquiátrico(s)”, Octave Mannoni acrescenta um contraponto interessante:

Diz-se que certos antipsiquiatras negam a existência da loucura: não é exato, eles não negam os distúrbios psíquicos; o que eles negam, sim, é que a loucura (e, em particular, a “esquizofrenia”) seja consentânea com o conceito “cientificamente” elaborado pela psiquiatria, ou com a sintomática que produz a internação (MANNONI, 1992, p. 183).

Mannoni aponta que o centro da questão entre psiquiatria e antipsiquiatria estaria naquilo que Lacan já apontara, na relação de liberdade do homem com sua loucura, conforme abordamos anteriormente. David Cooper, antipsiquiatra do Reino Unido, é apresentado por Mannoni (1992) com seu manejo clínico interessante que concilia a prescrição medicamentosa e um lugar para a fala do paciente. Prescrevia medicamentos em doses baixas, informando tratar-se “de uma forma de facilitação para que se pudessem falar dos assuntos que importam” (p. 178). O remédio, no caso, não ocuparia o lugar da fala.

No entanto, sabe-se que privilegiar o lugar da fala pode abrir para muitas possibilidades diferentes de desdobramentos. A depender do tipo de escuta do médico e da relação transferencial estabelecida com o paciente, o tratamento pode ficar apenas no nível da compreensão e do acolhimento humano, ou mais além, restituir algumas verdades de sujeito ao paciente em pontos que se repetem na clínica e podem interferir na evolução do caso se não valorizados.

A psicanálise e sua ética, portanto, podem orientar o psiquiatra na clínica desse “mais além”. E não só isso, a psicanálise pode trazer também uma complexificação enriquecedora para a psiquiatria através de alguns de seus conceitos fundamentais. Tratarei deste tema no segundo capítulo, “Construções possíveis entre psiquiatria e psicanálise”.

#### 1.4 “Psicanálise e Psiquiatria”, por Jacques Alain-Miller

Jacques-Alain Miller, psicanalista francês, realiza a conferência “Psicanálise e psiquiatria” no Brasil em 1981, cujos título e conteúdo são apropriados para enriquecer o debate do trabalho atual no que concerne a alguns pontos importantes sobre a relação entre os dois campos. Apresentarei um breve extrato dos pontos por ele abordados.

Miller parte da ideia de antinomia entre a posição do psiquiatra e do psicanalista, apoiando-se como ponto de partida para justificar essa afirmação na análise da estrutura da demanda. Enquanto dirigida ao psicanalista, a demanda parte do próprio paciente, de seu movimento, a partir de sua exigência e ideal. Trata-se do modo de interpretar para si mesmo o seu sintoma, assim como o desconforto especial que este lhe traz, a partir do que sabe e do que não sabe. A demanda feita ao psiquiatra, diferentemente, estaria atravessada pelo social. Sobre isso, Miller discute tanto situações em que o paciente não escolhe seu hospital, o que é feito por terceiros, como aquelas em que essa escolha é feita pelo próprio, mas no sentido de um refugiar-se doentio, quando o esforço deveria ser de afastá-lo dessa instituição. O social, que é articulado à demanda psiquiátrica, é retomado nos debates ao final da conferência, oportunidade para se explicitar o nível de relação do psiquiatra com o poder do Estado, em oposição ao analista. Além disso, Miller lembra da seleção dos pacientes psiquiátricos pelo viés social, o da não adaptação, que retoma o estudo de Michel Foucault da época em que não existia uma preocupação terapêutica com os loucos na sociedade.

O segundo eixo em que apóia sua argumentação se situa no nível do sintoma. Miller defende que a clínica da psiquiatria baseada na observação faz com que o sintoma seja constituído pelo psiquiatra. Agente este que observa, descreve, classifica e dá nome ao sintoma. A ausência de um modelo psicopatológico que ordene a clínica em psiquiatria constitui-se como um complicador. Em psicanálise, por sua vez, o sintoma só existe quando falado pelo paciente, no dispositivo analítico. Enquanto autoclínica, diferentemente da heteroclínica psiquiátrica, o endereçamento do sintoma ao analista o implica como parte deste.

A reorganização do sintoma que Freud aborda no primeiro momento do tratamento, portanto, trata dessa relação entre analista e sintoma que não é de exterioridade. Retomando a exposição que Charcot fez de seus pacientes, Miller aponta como o psiquiatra também desconhece a parte que toma na produção do objeto de seu estudo. Em oposição, Freud demonstra, através de sua obra, o lugar de objeto a partir do qual se estabelece na relação com sua clínica.

O real enquanto impossível de suportar na clínica, como afirmara Lacan, estaria posto, por sua vez, para o sujeito na psicanálise, enquanto que na psiquiatria, para o corpo social. O movimento antipsiquiátrico, contudo, ao exaltar essa dimensão do social, implica um mal-entendido a partir do qual, para Miller, seus defensores se identificariam com os loucos e, ao proporem a liberação dos mesmos do confinamento manicomial, na verdade, objetivariam liberar a si mesmos. Nessa época, havia uma tensão entre os defensores do movimento e Lacan, por este não aderir à mesma proposta.

Miller retoma a relação entre Henri Ey e Lacan, colegas de residência de psiquiatria que, apesar de divergentes teoricamente, mantinham uma troca profícua. Aponta como importante o fato de Lacan ter mantido, nessa época, suas atividades de apresentação clínica de pacientes psiquiátricos no sanatório de Sainte-Anne. Com isso, lembra aos analistas que não devem esquecer a psiquiatria.

A partir de sua experiência como aluno de Lacan em Sainte-Anne, Miller aponta que a clínica fundamental é a psiquiátrica, inclusive para a psicanálise. Ainda, a psicanálise nada tem relação com compreender, e, por último, a verdadeira disciplina do diagnóstico espera-se da psicanálise.

Miller faz, em seguida, uma retomada da constituição da clínica psiquiátrica historicamente. A partir do momento em que não se descobrem mais “entidades clínicas de observação”, o que se dá em 1920-30, esta clínica em essência termina. É a partir da psicanálise que aos psiquiatras é colocada a questão da sistematização e, a partir dos anos 50, os tratamentos químicos dissolvem o interesse clínico.

A relação da psiquiatria com a psicanálise não é de exterioridade, pois as categorias freudianas são utilizáveis. Ao mesmo tempo, Miller se pergunta como a psicanálise se construiria sem a psiquiatria, uma vez que esta é o alicerce de suas referências através da classificação dos sintomas. Os sintomas são padronizados em psiquiatria e dão fundamento à clínica. A psicanálise, por sua vez, com sua vocação para mudar a clínica, como o fez com a clínica da histeria, ainda tem muito a fazer.

O privilégio da psicanálise sobre a psiquiatria, por sua vez, diz respeito ao que a experiência analítica ensina de que não se deve compreender o paciente. Não se deve prejudicar o significado ligado a um significante. Da ideia das relações de compreensão que Lacan desfaz no seu seminário sobre a psicose é preciso manter distância, pois o que importa é perceber o discurso do outro em sua particularidade.

As estruturas em psicanálise são sólidas, não se modificam. Freud aponta que as estruturas apresentam lógica e sintoma, por vezes difíceis de serem revelados. O estilo como o paciente diz seus sintomas aponta para a diferença entre histeria e psicose, enquanto o conteúdo da fala pode ser o mesmo. Essa distinção nem sempre é fácil, mas Lacan sempre soube decidir. É preciso procurar o ponto de certeza no diagnóstico da psicose e não se deve recusar realizar o diagnóstico estrutural.

A psicanálise pode oferecer à psiquiatria concurso para exame dos casos e seu desenvolvimento. É preciso que os psicanalistas se defrontem com a loucura enclausurada pelo fato dos loucos demonstrarem a exterioridade do inconsciente. A psicose, fio do ensino de Lacan, leva à lição do automatismo mental, segundo a qual o inconsciente funciona fora e deste lugar domina o sujeito.

Clérambault, psiquiatra e mestre de Lacan, criou o “automatismo mental”, conceito que permite agrupar tudo que provém de influência externa sobre o sujeito. Toda parte do ensino de Lacan que o conduziu a distinguir entre o outro semelhante e o grande Outro, lugar de fala, está apoiada na experiência nomeada por esse conceito. Trata-se do fato dos pensamentos serem comentados ou mesmo impostos, sem mediação, se fazendo ouvir no interior do sujeito, que assim imagina a voz do Outro.

Lacan, vindo da psiquiatria, chegou à psicanálise através da tese sobre a psicose paranóica, última grande tese da clínica francesa clássica. Escolhe, dentre trinta casos semelhantes, apenas um deles, “O caso Aimée”, para, a partir da ideia do particular, retirar lições gerais. Propõe para o singular do caso o fato da passagem ao ato fazer desaparecer o delírio, que “a natureza do tratamento demonstra a natureza da doença” (LACAN apud MILLER, 1997). Portanto, a cura no caso se fez pelo efeito do ato cometido, a punição, a mesma, por sua vez, o princípio de sua doença.

Baseando-se em Freud, a partir do conceito de Supereu, instância do mecanismo de autopunição, Lacan nomeia o caso de sua paciente como paranóia de autopunição, inverso da de reivindicação. Tal conceito freudiano é importante na dimensão que comporta a divisão do sujeito e o trabalhar contra si próprio. Miller aponta para a necessidade de se manter distância do “terapeutizar” as pessoas, supondo-lhes um sujeito unidade, preconceito psiquiátrico, psicológico e filosófico.

## 2 CONSTRUÇÕES POSSÍVEIS ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE

Em sua conferência “Psiquiatria e Psicanálise”, Freud (1916-17/1996e) tratou da relação entre esses dois campos e o papel diferencial do psiquiatra ao considerar a psicanálise e sua relação com a psiquiatria. Sobre isso, destaca-se o trecho a seguir:

A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise [...]. Mas existe uma contradição, uma oposição nisso? Não é o caso de uma complementar a outra?... O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise está para a psiquiatria como a histologia para a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. É inconcebível uma contradição entre essas duas modalidades de estudo, sendo uma a continuação da outra (FREUD, 1916-17/1996e, p. 301).

Nessa conferência, Freud marca a diferença dos métodos técnicos empregados pela psiquiatria e pela psicanálise. Ao aproximar a anatomia da psiquiatria, Freud traça um eixo comum, o do observador externo. Assim, o estudo das manifestações observáveis dos fenômenos psíquicos em psiquiatria estaria em proximidade com aquele das formas dos órgãos anatômicos. Entre a histologia e a psicanálise, por sua vez, Freud apresenta a ideia de estruturação e profundidade. O estudo histológico dos tecidos e células presentes no interior dos órgãos equivaleria àquele dos processos psíquicos inconscientes da psicanálise. Além disso, apesar de marcar as diferenças entre os métodos da psiquiatria e da psicanálise, Freud aponta, ao mesmo tempo, a existência de uma relação complementar entre eles e uma continuidade entre ambas as modalidades de estudo.

Primeiramente, partamos das diferenças entre psiquiatria e psicanálise para seguirmos com algumas reflexões. A psiquiatria, enquanto ramo da medicina, é norteada em sua prática clínica pela formulação do diagnóstico baseado em sintomas médicos. Estes, compreendidos como indesejados por causarem um sofrimento psíquico e uma perturbação do funcionamento prévio do paciente, chegam ao clínico sob a forma de demanda de tratamento. É a partir dessa perspectiva de transtorno da vida mental e de prejuízo do desempenho laborativo e social que se planeja a terapêutica em psiquiatria.

A psicanálise, por sua vez, trabalha com a ideia do diagnóstico estrutural que visa situar o sujeito em sua relação com a linguagem e o campo do Outro, no interior do laço social. Além de utilizar outros parâmetros e condições para sua formulação, o diagnóstico em psicanálise encontra-se em outro lugar na clínica. Ele contribui para orientar o manejo da transferência, esta mesma condição para sua formulação. Sobre o objetivo do tratamento, não há uma

preocupação primeira com o restabelecimento funcional do indivíduo, mas uma aposta de que o próprio poderá se reorganizar a partir da sua verdade de sujeito, resgatada sob transferência com o analista. O sintoma em psicanálise é sinal de que há sujeito, enigma a ser decifrado.

No entanto, apesar das distinções claras entre os campos, é possível reconhecer muitos pontos de contato e contribuições mútuas entre eles. Na prática clínica, o psiquiatra sensível à psicanálise e sua ética pode, com escuta advertida por sua análise pessoal, desempenhar um papel importante em um trabalho de parceria com o analista. O ato de medicar, por exemplo, pode amenizar uma angústia ou sintoma paralisante e, com isso, viabilizar a continuidade de uma análise em curso. Ao relativizar, também, a aposta radical que muitos pacientes trazem no diagnóstico e na medicação, o psiquiatra mantém uma abertura potencial para que o sujeito compareça e se implique em seu tratamento. Assim, permite-se uma singularização da evolução dos casos e a oportunidade para o diferencial de cada sujeito emergir.

Diferentemente, a atribuição exclusiva do prognóstico aos efeitos medicamentosos e aos limites imaginários supostos pelo diagnóstico psiquiátrico engessam o paciente em uma posição passiva em relação a seu sofrimento e o tratamento médico no nível da demanda. Esse espaço para surgir o sujeito e seu saber, assim como seu desejo ao longo do acompanhamento é garantido por uma certa escuta do sujeito pelo médico, sensibilizada previamente à existência do inconsciente. Nesse contexto, ainda é possível, para alguns casos, realizar uma aposta no encaminhamento para um trabalho analítico que pode ser diferencial na evolução clínica do sujeito.

A psicanálise, portanto, complexifica a leitura clínica dos casos, assim como orienta de forma mais fina o manejo destes em psiquiatria. Por meio da noção de diagnóstico estrutural explicitada anteriormente, o posicionamento de cada sujeito em relação a seu próprio discurso e à dimensão de alteridade passa a ser um elemento fundamental que enriquece a percepção clínica do psiquiatra e ilumina a direção de tratamento.

Em sua conferência de 1966 intitulada “O lugar da psicanálise na Medicina”, Lacan introduz duas contribuições psicanalíticas fundamentais ao campo médico: a distinção entre os registros da demanda e do desejo - aquilo que o paciente solicita ao médico não é necessariamente aquilo que ele de fato deseja - e a ideia de que o gozo é um fenômeno do corpo. Com isso, Lacan faz repensar o lugar do médico diante de sua função ética original, oferecendo uma chance destes se reposicionarem diante das demandas e do gozo na clínica. Dito de outro modo, além de cuidar para não responder indiscriminadamente às demandas a ele dirigidas e,

assim, abrir para o desejo do paciente como sujeito, a consideração do gozo na clínica é diferencial.

Até aqui, pode-se inferir que a noção de sujeito é central e diferencial na construção das relações entre a clínica psicanalítica e a psiquiátrica. Segundo Chemama, o conceito de sujeito refere-se ao:

Ser humano, submetido às leis da linguagem que o constituem, e que se manifesta de forma privilegiada nas formações do inconsciente [...] em psicanálise, é o sujeito do desejo que S. Freud descobriu no inconsciente... efeito da imersão do filho do homem na linguagem. É preciso pois, distingui-lo tanto do indivíduo biológico quanto do sujeito da compreensão (CHEMAMA, 1995, p. 208).

Mário Eduardo Costa Pereira, em *Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da psiquiatria* (2017), afirma que a psicopatologia concebida por Freud, ligada à vida cotidiana de cada um, aponta para a dimensão constituinte e incurável de todo sujeito humano, sua condição pática. Sobre o *pathos* que mobiliza o paciente na direção de buscar a ajuda de um médico, Pereira (2017) sublinha a importância do seu atravessamento pela inserção singular do sujeito na linguagem e, por extensão, da subjetividade de cada um. Propõe como orientação ética para a direção do tratamento psiquiátrico o acolhimento dessa condição psicopatológica construída por Freud. Assim, os meios clínicos e técnicos próprios à psiquiatria se debruçariam para propiciar ao sujeito “alguma forma de instalação subjetiva em sintonia com o próprio desejo e passível de inscrever-se ética e responsabilmente no interior do laço social” (PEREIRA, 2017, p. 188).

Pierre Fédida, por sua vez, escreve em seu livro *Clínica psicanalítica - Estudos*, no capítulo dedicado ao “amor e morte na transferência”, uma passagem sobre a contribuição freudiana à noção de psicopatologia. Sobre isso destaca o seguinte:

Não há simplesmente normal e patológico. Como vocês sabem, a descoberta da psicanálise consiste na possibilidade da experiência interna do que é o psicopatológico, desde que essa experiência interna não se psiquiatrize no sentido de se tornar patologia crônica e nada ensinar àquele que a vive (FÉDIDA, 1988, p. 29).

Na direção da contribuição que a psicanálise oferece à psiquiatria ainda, alguns conceitos fundamentais merecem destaque. São estes: o de sujeito do inconsciente manifesto na transferência e o de pulsão, evidenciado no fenômeno da repetição.

Para fins de organização, as construções das articulações possíveis entre psiquiatria e psicanálise, especialmente na direção das contribuições da psicanálise à psiquiatria, serão abordadas a seguir em dois eixos: (1) o eixo da saúde mental, do qual, dentre outras áreas, a psiquiatria participa e se beneficia da contribuição da psicanálise na supervisão clínica dos

casos; (2) o da clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise, onde a abertura do psiquiatra à ética e à escuta analíticas permite transmitir ao paciente a chance de posicionar-se como sujeito diante do próprio sofrimento, o que, em alguns casos, culmina no encaminhamento do mesmo para um trabalho de análise.

## **2.1 Psicanálise e Psiquiatria no campo da saúde mental**

Quanto ao campo da saúde mental, cabe situar que o trabalho em equipe multidisciplinar nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) na cidade do Rio de Janeiro conta, em geral, com a supervisão clínica realizada por um psicanalista. Trata-se de uma escuta dos casos clínicos atendidos pelo serviço, a partir do relato dos profissionais mais envolvidos com cada um destes. Nesse contexto, coexistem diversos olhares, como o do musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, técnico de enfermagem, administrador e psiquiatra. Desses saberes técnicos diferentes, das muitas subjetividades de cada profissional e suas permeabilidades diversas à psicanálise, a supervisão visa à construção de uma direção de leitura e tratamento para cada caso, o que é chamado de “PTS”, projeto terapêutico singular.

Em última instância, vivencia-se um trabalho de sensibilização da equipe quanto à importância da singularidade de cada caso, assim como quanto à necessidade da adequação do dispositivo de saúde mental, dentro de certos limites, a essa particularidade. Além disso, de acordo com a política de saúde mental, que visa à reinserção social dos usuários do serviço, há a preocupação com a medicalização do sofrimento inerente ao humano e com a cronificação dos casos na instituição. Assim, a pronta resposta em atender as demandas de forma automática e assistencialista é evitada, a fim de potencializar a construção de saídas criativas por cada paciente como sujeito dentro do território em que circulam. Essas diretrizes políticas e a escuta de um analista supervisor aproximam, dentro de certos limites, a orientação clínica do serviço da ética da psicanálise. A dimensão do singular nessa experiência aponta também para a noção de sujeito, cara à psicanálise.

Apresentamos a seguir o resumo de uma situação clínica vivenciada pela autora enquanto psiquiatra em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de um exemplo em que a psicanálise contribuiu, dentre outros aspectos, no nível da formulação diagnóstica e efetuou um diferencial tanto na direção do tratamento quanto na evolução do caso.

Uma paciente de 45 anos, solteira, sem filhos e sem vínculos familiares tinha o diagnóstico psiquiátrico de transtorno bipolar do humor tipo I. Apresentava crises típicas de mania - aceleração do pensamento, agitação, insônia e ideias de grandeza - que culminavam em sua internação como forma de protegê-la dos riscos aos quais se expunha nesse padecimento. O tratamento medicamentoso era voltado para esse quadro. A paciente recebia acompanhamento psicológico em paralelo ao psiquiátrico no serviço. A partir de um certo momento, a formulação de uma hipótese de diagnóstico estrutural no eixo da neurose histérica permitiu uma aposta mais contundente para o sujeito, o que radicalmente modificou seu prognóstico a longo prazo.

As crises maníacas, cujo contorno medicamentoso se fazia necessário, mostravam uma certa repetição de padrão. Estas ocorriam após uma sequência de fatos empreendidos pela paciente que, malsucedidos, a faziam tensionar seus laços até o ponto de perder sua moradia. O desencadeamento da crise, que lhe fazia recorrer ao CAPS, parecia ter embutida uma certa demanda por retirá-la da cena que construiu para si. A partir do momento em que se reavalia o lugar simbólico e efetivo da internação para esse caso e ensaia-se outra conduta, através de uma certa suspensão da demanda, abre-se uma nova evolução. A resposta habitual do serviço, na verdade, desresponsabilizava a paciente por seus atos e lhe conferia uma posição de incapacidade frente à realização de seus desejos.

Independentemente do diagnóstico psiquiátrico, uma aposta no sujeito se fazia necessária. Então, foi combinado com a paciente um projeto diferente de tratamento para sua crise: além do manejo medicamentoso, se intensificariam os atendimentos com sua psicóloga. A ideia era não retirá-la da cena da vida em que se enredava e, ao mesmo tempo, oferecer um espaço para elaboração da sua repetição. Daí surgiram também construções de saída para as condições sociais consequentes do seu padecimento agudo, o que fortalecia a sua rede de relações. As crises maníacas dessa paciente, uma vez manejadas desta forma, se tornaram mais breves e esparsas. Foi possível assistir uma drástica redução na frequência de internações e, mais além, sua conquista de um relacionamento amoroso há muito desejado.

Para além da aposta na implicação da paciente como sujeito no caso acima, a suspeita do diagnóstico estrutural de histeria auxiliou o manejo clínico. Sem invalidar o diagnóstico psiquiátrico e a necessidade do auxílio farmacológico, a formulação de um diagnóstico mais complexo, em dois níveis diferentes, fruto da contribuição da psicanálise, introduziu um diferencial na evolução do caso. Quanto à reflexão sobre o lugar simbólico do tratamento proposto para a paciente, podemos dizer que se trata de mais uma diferença enriquecedora da

psicanálise na prática em saúde mental e, conseqüentemente, em psiquiatria. A suspensão da resposta habitual do serviço de utilizar a internação como recurso para as crises desse caso permitiu abrir a demanda da paciente para uma direção diferente, a de construir condições para a realização de seu desejo.

A valorização da constelação simbólica de cada sujeito permite a avaliação do lugar singular de diversas intervenções médicas no tratamento psiquiátrico. Destaca-se aqui, por exemplo, tanto a prescrição medicamentosa como também o manejo da informação diagnóstica para cada caso. Serão expostas a seguir duas outras situações clínicas vivenciadas no CAPS que podem exemplificar essa ideia.

Um paciente jovem, cujo diagnóstico estrutural formulado estava no eixo da psicose, apresentava uma rica atividade alucinatória em que se entremeavam tanto conteúdo sem sentido, como informações que lhe eram extremamente caras. Dizia que sua sensopercepção aguçada lhe permitia antever algumas situações reais consigo próprio e com pessoas queridas. Procurava sempre informar a essas últimas sobre o conteúdo que julgava importante para protegê-las de qualquer perigo. Sentia-se conectado com o seu entorno dessa forma. No entanto, essa mesma via também o prejudicava, pois, em certos momentos, as alucinações se intensificavam ao ponto de não encontrar um lugar simbólico para elas, nem uma via de saída dentro de sua inserção social. Muitas delas, sem sentido, lhe causavam insônia, desorganização e, em situações de desespero, o colocavam em risco de vida.

Para serem aceitos, a prescrição medicamentosa e seu respectivo ajuste de dose necessitaram ter um lugar simbólico construído dentro da realidade de sujeito deste paciente. No caso, a ideia acordada foi de uma prescrição que tentasse reduzir sua vivência alucinatória sem retirá-la de todo. Uma proposta que lhe permitiria manter o material psíquico necessário para sustentar o laço social já construído a seu modo.

Em outro caso, o nome da medicação fazia diferença dentro do contexto simbólico do paciente. Enquanto o nome remetia ao problema que o paciente considerava como alvo do seu tratamento, a prescrição era aceita. Sem consciência do seu real adoecimento, mas com benefício do tratamento que o mantinha ativo e inserido socialmente, o paciente seguia em uso da “risperidona para sua respiração”.

Existem, no entanto, certos limites para a consideração da constelação simbólica do sujeito na tomada de decisão médica, assim como para a formulação de uma hipótese de diagnóstico estrutural no tratamento psiquiátrico. Em situações que requerem uma intervenção rápida como nas crises graves de agitação e agressividade que se anunciam nas emergências

psiquiátricas, a intervenção física e farmacológica são fundamentais para a manutenção da integridade física do sujeito. Isso permite que, posteriormente, se estabeleçam as condições para a fala e a escuta singular. Uma vez atingidas essas condições, a psicanálise apresenta perguntas enriquecedoras que complexificam a clínica do psiquiatra.

Na prática institucional, para além da vivência nos CAPS, especialmente no nível hospitalar em que a exigência de uma rápida resposta às numerosas demandas de pacientes é exigida, vemos o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia sendo utilizado de forma corrente. Nesse grupo, encontramos sujeitos de estrutura tanto neurótica de gravidade exacerbada, quanto psicótica. Uma diferenciação neste nível do diagnóstico estrutural poderia trazer contribuições importantes para a direção do tratamento de alguns casos, com repercussões possíveis no grau de institucionalização, medicalização e reinserção social. A implicação do paciente como sujeito em seu processo de adoecimento, especialmente nos casos de neurose, seria, nesse contexto, diferencial.

Outro diagnóstico psiquiátrico que o diagnóstico estrutural da psicanálise ilumina, contribuindo com a complexificação diferencial de leitura e manejo clínicos em psiquiatria, é o de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Especialmente diante de casos graves, o psiquiatra advertido pela psicanálise deve atentar-se para o diagnóstico diferencial entre neurose, psicose e paranoia mediante uma escuta mais cuidadosa. Sobre isso, em item específico (2.2.2) apresentarei um breve estudo sobre a neurose obsessiva, diagnóstico estrutural que pode coincidir algumas vezes com essa classificação psiquiátrica (TOC) mas cujo reconhecimento em sua especificidade psicanalítica pode contribuir para o manejo clínico do caso em psiquiatria.

## **2.2 Clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise**

Para além da vivência clínica nos serviços de saúde mental, o lugar simbólico do diagnóstico psiquiátrico para cada paciente e o conseqüente manejo dessa informação caso-a-caso permeiam o tratamento em psiquiatria em outros níveis de assistência, como o ambulatorial. Seja no âmbito do SUS ou da saúde privada, a psicanálise ilumina sobremaneira os casos clínicos com a formulação do diagnóstico estrutural.

Localizo também aqui a confecção de laudos e atestados cujo lugar deve ser considerado dentro da direção de tratamento de cada caso. Nesse tema, cabe ponderar o valor para cada

sujeito que determinado conteúdo de um laudo pode trazer, positiva ou negativamente, para sua evolução no tratamento. A forma de descrever um mesmo quadro psicopatológico assim como o tipo de classificação utilizada, dentro dos limites de cada situação, pode fazer diferença. Da mesma forma, por exemplo, diante de um pedido de afastamento das atividades ocupacionais pode-se tensionar, para certos casos, a resposta a tal demanda em direção às questões que mobilize o sujeito a encontrar outras saídas. Proposta que se aplica para situações específicas, considerando a potência singular de cada caso, assim como o momento do seu percurso no tratamento.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais número 5 (DSM-5), o transtorno de personalidade *borderline* se caracteriza por “um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos; além de impulsividade que surge no início da vida adulta e se presentifica em vários contextos” (APA, 2014, p. 327). Dentro da hipótese deste transtorno, por exemplo, encontramos sujeitos de organização próxima tanto da psicose quanto da neurose grave.

O manejo da informação diagnóstica para cada paciente faz diferença. No caso de uma histeria grave, por exemplo, a enunciação por parte do psiquiatra de um diagnóstico fechado deste transtorno de personalidade supracitado pode criar condições de identificação que cristalizam o funcionamento da paciente no mesmo modo de sofrimento que a levou ao tratamento. Não se trata de não formular um diagnóstico em psiquiatria, mas de suspendê-lo de um lugar de saber fechado sobre o paciente que possa obliterar sua construção de saída nova e criativa como sujeito. É possível utilizar nomenclaturas trazidas pelo próprio paciente em algumas situações, sem que seja necessário para tal um oferecimento de signos novos por parte do psiquiatra. Quando não, a transmissão do diagnóstico deve incluir a possibilidade de cada sujeito se surpreender com seu diferencial na evolução do tratamento.

Ainda em consideração ao diagnóstico psiquiátrico de transtorno de personalidade *borderline*, quando para o caso suspeita-se de tratar-se de um paciente psicótico, a explicação do primeiro pelo psiquiatra pode, muitas vezes, mediante alguma palavra enunciada, produzir um apoio para certa identificação que estabiliza momentaneamente o quadro instável do transtorno.

2.2.1 A escuta do sujeito na clínica psiquiátrica diante de um caso atravessado por múltiplas demandas: Caso N.<sup>1</sup>

A seguir, apresentaremos um caso que pode ilustrar a diferença que o tipo de manejo do diagnóstico em psiquiatria pode fazer. No entanto, para além do cuidado com o signo que o diagnóstico ofereceria ao paciente, tratou-se, especialmente, de perceber que o pedido desta informação estava atravessada por uma demanda diferente, chamativa para a dimensão do desejo. Além disso, considero esse mesmo atravessamento nas demandas que surgiam também a partir dos familiares no caso. Segue o relato clínico:

N. me procura como psiquiatra e pede que eu confirme o diagnóstico com que ele se identifica, [REDACTED]

[REDACTED] O diagnóstico em questão tinha o potencial de fixar o comportamento deste rapaz e interferir na evolução do seu quadro. [REDACTED]

Em sua primeira consulta, me conta os pormenores de um projeto que realizou no passado [REDACTED]

---

<sup>1</sup> Com o intuito de preservar a privacidade e o sigilo dos pacientes cujos relatos foram expostos neste trabalho, a autora optou por omitir determinadas passagens através do uso de uma tarja na cor preta.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Chamou-me a atenção esse relato de tamanha potência criadora de sua parte que, empreendida no passado, encontrava-se hoje em seu relato entusiasmado, ao mesmo tempo, entremeadado em anunciar a própria morte. [REDACTED]

[REDACTED] Ao mesmo tempo, demandava tratamento medicamentoso para se sentir capaz de novamente empreender como conseguira no passado.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Precisei ajustar a medicação em uso para contornar os sintomas depressivos que trazia como queixa, assim como para seu descontrole de impulsos. Tratando-se de um caso cuja hipótese estrutural estava no eixo da neurose, tentei desdobrar essa demanda inicial sobre seu diagnóstico e sustentar uma abertura da escuta dele como sujeito no tratamento psiquiátrico.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

A partir da escuta orientada pela psicanálise realizada em um contexto psiquiátrico e amparada por supervisão, pude pontuar para cada um dos envolvidos qual o ponto que se repetia para eles sobre o que me traziam de N. Esse posicionamento me ajudou também a recuar destas demandas





Sobre as demandas familiares, foi importante encontrar na escuta do sujeito com cada um destes os pontos que o atravessavam nas queixas que trazia sobre o comportamento de N. Assim, pude encaminhar esses pedidos de forma singular na tentativa de que não se formalizasse um caminho de demandas reiteradas ao psiquiatra, o que ocorre muitas vezes quando se perde a dimensão singular que envolve cada familiar em suas queixas dirigidas ao tratamento psiquiátrico de um paciente.

Sobre o que resta para elaboração quanto à interrupção de N., aponto para a dimensão do real que uma transferência dentro das limitações do contexto psiquiátrico descrito anteriormente não pôde abarcar para promover mudança. Dimensão da pulsão de morte que o caso exibia fortemente desde o início. Aposto na tentativa de incluí-la na escuta do psiquiatra, mas, sempre que possível, considerar também o encaminhamento para um trabalho de análise em paralelo. Isso se faz necessário para proteger as condições de instauração e, portanto, manejo da transferência de forma que seja possível fazer trabalhar o real em jogo na clínica diante de casos limites.

Com o caso B., que apresentarei no item a seguir, farei um breve estudo sobre o gozo e como o psiquiatra pode fazer diferença incluindo a escuta deste em sua clínica. Ao sensibilizar o paciente como sujeito implicado no seu sofrimento, também pode efetivar seu encaminhamento para análise.

### 2.2.2 A prática psiquiátrica orientada pela psicanálise: reorientação ética a partir da consideração do gozo

O objetivo deste recorte é o de articular as contribuições possíveis que a psicanálise pode trazer à psiquiatria, a partir do estudo do conceito do gozo em Lacan. Tal manifestação é descrita pela primeira vez como fenômeno do corpo em 1966 através do discurso que este importante analista dirige a um público de médicos sob o título “O lugar da psicanálise na medicina”. Nessa intervenção, o autor utiliza o termo falha epistemo somática para delimitar a falha do saber sobre a natureza do próprio corpo, intimamente relacionada ao gozo, resultado do avanço do discurso da ciência sobre a prática médica. Um discurso cuja aposta na produção de um saber científico sobre o corpo provocou uma alienação do médico sobre sua posição ética original e diante da qual, como propõe Lacan, a psicanálise apresenta uma chance.

Trata-se, portanto, de uma possibilidade de reposicionamento ético do médico na qual a dimensão do gozo ocupa um lugar central. Uma aposta de que a psicanálise pode trazer uma contribuição teórico-clínica importante ao campo da psiquiatria, reorientando o médico eticamente. Para tal, retomarei algumas pontuações sobre o gozo no ensino de Lacan e trarei um caso clínico, ao final, para articulação.

No seminário 7, “A ética da psicanálise”, Lacan (1959-60) introduz o conceito de gozo no seu ensino e o articula à transgressão, ou seja, para ascender a este é preciso transgredir a Lei. Trata-se aí da lei simbólica de interdição do incesto, consubstancial às leis da linguagem. É um avanço no seu estudo de elaboração sobre a ética da psicanálise a partir da essência da experiência freudiana. Em 1954, com o texto “Variantes do tratamento padrão”, Lacan isolara a transferência como conceito fundamental cuja análise garantiria o rigor ético do campo. No seminário citado, por sua vez, Lacan articula a ética ao campo do desejo, universo da falta. O desejo é desejo do Outro, ou seja, o sujeito inscreve seu próprio desejo a partir do desejo do Outro, falta fundamental que nenhum objeto é capaz de preencher.

A partir da ideia de objeto perdido de Freud, Lacan propõe uma releitura da noção freudiana de *das Ding*, formulada no *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895. Na perspectiva de Lacan, *das Ding* constitui o Outro absoluto que o sujeito buscará reencontrar. Essa posição de falta sustentará o desejo subjetivo e coordenará a ética psicanalítica. Jacques-Alain Miller, por sua vez, em seu texto “Os seis paradigmas do gozo”, interpreta este seminário como um corte que Lacan faz apontando para um gozo impossível cuja verdadeira satisfação está na ordem do real.

No seminário 16, em homologia com o conceito de mais-valia de Marx, Lacan (1968-1969) cria o conceito de mais gozar. Ele articula que o gozo é efeito do discurso e esse, por sua vez, visa à própria causa, o mais-gozar, função de objeto *a*. A partir dessas formulações e preocupado com a transmissibilidade de seu ensino, Lacan formula a teoria dos quatro discursos no seminário 17 (1969-1970). O discurso do mestre, do analista, do universitário e da histérica são matematizados de forma a articular o campo da linguagem, presente até então em seu ensino, ao campo do gozo. Além disso, incluindo o campo do sujeito e do Outro em cada discurso, Lacan inaugura uma forma de matematizar o laço social. Dentre os discursos, o do analista é o único que dá lugar de sujeito ao outro, permitindo que este produza um saber sobre si, um saber sobre seu gozo singular.

Como objeto *a*, causa do desejo, o analista promove esta operação discursiva em que sua escuta dos significantes do sujeito permite ao mesmo recolhê-los para a construção de um

saber sobre si, ao mesmo tempo, sua própria verdade (S1). O discurso do mestre, por sua vez, opera no nível da sugestão pois toma o outro como saber (S2) e não como sujeito. Tal operação impede a instalação da transferência necessária ao tratamento analítico. O discurso universitário parte de um saber proveniente da ciência, do geral dos casos, que, incidindo sobre o sujeito, o objetifica. Lacan fala do inconsciente como um saber que fura a verdade.

No seminário 20, Lacan (1972-73) aborda o campo do mais além do gozo fálico que fora descrito até este momento. A partir de uma outra lógica, a do não-todo, esse campo se aproxima do gozo feminino. A ideia do significante como substância gozante o coloca como um limite ao gozo, mas também como o próprio desencadeante deste. Isso permite concluir que o manejo do gozo não pode ser senão pela mediação da linguagem.

Advertido sobre o gozo, portanto, o psiquiatra sensibilizado pela psicanálise poderá transpor a ideia principal de cura do mal que lhe é queixado para, de outro modo, estar atento aos momentos de abertura no discurso deste que lhe procura na posição de paciente para sua expressão como sujeito e de sua possível satisfação destrutiva. Uma possibilidade de que, através da escuta orientada pela psicanálise, conduzida pelo psiquiatra previamente sensibilizado por esta em sua análise pessoal, se produza a mobilização do sujeito do seu lugar passivo frente a esta satisfação para a de desejo de mudança e de tratamento. Esse manejo inclui a seleção pelo médico das demandas que são importantes responder daquelas cujas suspensões provocam um trabalho de estímulo à elaboração sobre o gozo singular que atravessa o sujeito e com o qual ele tem que lidar.

Trata-se de intervenção ao mesmo tempo econômica, na medida em que depende da disponibilidade de recanalização pelo sujeito de sua energia psíquica para uma outra via, diferente da satisfação direta pelo gozo, até o momento repetida e automática. Sobre este ponto, Pereira (2016), em “Sofrimento, crise e entrada em análise na neurose”, escreve sobre a formação de compromisso do sintoma histérico e a insustentabilidade deste em um momento para o sujeito:

Mais frequentemente, o preço pago pelo sujeito por suas vias tão tortuosas para alcançar algum nível de satisfação torna-se dispendioso demais, insuportável. Um gozo pobre passa a ser obtido ao custo de grande desprazer e sofrimento. Ou seja, em algum lugar, o sofrimento apresentado pelo histérico é autêntico e legítimo... mas que se torna insustentável e insatisfatória em um determinado contexto da vida (PEREIRA, 2016, p. 56).

Para ilustrar, apresento um caso clínico a seguir no qual foi possível, durante o acompanhamento psiquiátrico, o manejo das demandas, de forma a reconhecer o lugar importante de insistência do gozo entrelaçado nas queixas dirigidas ao médico e, assim,

construir uma abertura para que este fenômeno importante tivesse também lugar de escuta posterior em sua análise. Uma aposta no bem dizer ético da psicanálise que pode fazer a diferença no percurso singular de cada caso.

Cabe contextualizar, ainda, que o dispositivo inicial do tratamento analítico, descrito por Freud (1913/1996d), serviu de apoio para orientar o manejo da transferência. Sublinho a importância dessa fase inicial do trabalho de análise porque, além de anunciar a psicanálise na clínica mais essencialmente como um outro método diferente do médico, ela introduz ensinamentos importantes que orientam o psiquiatra diante de certos casos. Trata-se de aprender a fazer algo quando a continuidade descrita por Freud em 1916-17 desses dois métodos diferentes se apresenta muito concretamente, especialmente ao psiquiatra que sustenta também uma outra clínica, a analítica. Apresento o caso a seguir:

Recebo B. em meu consultório. Em tratamento psicoterápico irregular há algum tempo e sem perspectiva de mudança nesse padrão, a avaliação psiquiátrica tinha o objetivo de abrir para novas abordagens que possibilitassem a inscrição de alguma diferença no percurso do paciente.

Jovem, casado e sem filhos, queixava-se do seu sofrimento no dia a dia em que segue procrastinando cada tarefa que precisa realizar, desde as simples rotinas domésticas até as relacionadas a seu trabalho. Diz que sente muita pressão, forte angústia e uma ansiedade que o paralisam. Relatava ainda sentir desânimo, tristeza e pensamentos catastróficos envolvendo familiares. Sobre seu posicionamento na família, contou que estava sem falar com seu irmão porque este decidira seguir a própria vida, rompendo um acordo entre eles de responsabilidade financeira quanto aos pais.

Na sua relação com o dinheiro, além dessa dívida que assumiu para si, comentava sobre um certo desconforto em receber seu salário porque sentia que faltava fazer algo para assim o merecer. Uma sensação de dívida aparecia. Perguntou sobre seu diagnóstico (demanda) após os primeiros atendimentos e, tratando-se de um caso de neurose (função diagnóstica), eu lhe disse que seus sintomas eram compatíveis com o que se convencionou chamar de transtorno obsessivo-compulsivo, mas que esse nome era mais importante para o psiquiatra do que para quem sofria, já que cada um apresentava esse grupo de sintomas de um jeito muito singular.

Deixei essa abertura para ele se interrogar na sua terapia sobre quais eram realmente seus “diagnósticos” em relação ao seu jeito singular de sofrer. Prescrevi-lhe um antidepressivo e o resultado foi o esperado: melhora da ansiedade, tristeza, angústia, mas pouca modificação quanto ao comportamento de procrastinação, sintoma motor de todos os outros dos quais se

queixava. De alguma forma, eu identificava que algo que lhe escapava conscientemente o mantinha numa repetição sem fim de um procrastinar prejudicial a si.

Consegui dizer que esse seu comportamento era como sabotagens que fazia contra si (função sintomal, na medida em que começava a esboçar uma interrogação relativa a sua participação como sujeito em seu sofrimento). Evolutivamente, entretanto, estas sabotagens intensificaram e, além da piora do prejuízo em seu funcionamento laboral, passou a ter dificuldades de sair de casa para as consultas. Apesar da orientação prévia sobre o uso do medicamento de urgência para enfrentar esses eventos específicos de ansiedade paralisante, ficou claro, em seguida, que a “auto-sabotagem”, tal como ele a nomeara, estava impedindo-o inclusive de usar a prescrição a seu favor.

Parecia que seguia resistindo e piorando do seu quadro. No entanto, após identificar tal comportamento em que a transferência evoluía para resistência, eu segui apostando na sua vinda. Ele minimamente compareceu à consulta, apesar de um grande atraso. No pouco tempo que nos restava, eu procurei escutá-lo, mas achei necessário remarcarmos logo em seguida uma nova consulta para continuarmos a tratar das questões que ali emergiam inconscientemente, mas muito concretamente. Ele consegue retornar e com um atraso menor que não comprometia, dessa vez, a qualidade do seu atendimento.

Ajustei sua medicação, sabendo também da limitação da mesma para seu quadro. Perguntei como estava indo seu tratamento para além dos remédios e ele me diz que não estava conseguindo ir a sua terapia há quase um mês devido aos mesmos sintomas que compareciam ali comigo e em toda sua vida. Estava apenas pagando as sessões que não conseguia comparecer e sem perspectiva de mudança nesse circuito. Entretanto, B. identifica uma aposta diferente no seu tratamento psiquiátrico que o ajuda a não desistir do tratamento, apesar de tudo.

O manejo que encontrei possível para o caso foi o de deslocar da solução simples e automática que ele propunha para as suas faltas: em vez de aceitar o pagamento e a remarcação, insisti na construção de um lugar de fala para ele minimamente. Assim, não me coloquei no lugar de cobrança de uma dívida e adequei as regras do dispositivo de forma a permitir que ele viesse para falar daquilo que parecia remeter a seu gozo singular.

O paciente me diz, a partir disso, que tem pensado há algum tempo se deveria ou não modificar seu acompanhamento psicológico. Aponto, então, que algo realmente deveria ser modificado, mas deixo para ele elaborar melhor essa ideia. B. me pareceu sentir falta da aposta de um analista, alguém que pudesse, via desejo de analista, fazer de sua ambivalente resistência um trabalho para ele.

Assumia, apesar da ambivalência, que queria tentar se tratar, apesar de sua resistência, e que aguardar para que seus sintomas amenizassem voluntariamente de forma a conseguir chegar para sua sessão simplesmente não estava dando certo. A partir disso, dessa modalidade de transferência instalada na relação psiquiatra-paciente, me autorizei a falar da psicanálise, que me orienta, e que ele poderia pensar na possibilidade de experimentá-la.

Alguns dias depois, B. confirma seu desejo de mudança e me pede a indicação de um analista, um encaminhamento sob transferência que veio realmente a se efetivar. A partir daí percebi um engajamento diferente com o novo tratamento. A sua análise pessoal passou a ocupar o lugar principal no seu percurso, esvaziando as queixas dirigidas à medicação nas consultas.

Meu papel como psiquiatra mantinha-se no sentido de acompanhar a prescrição iniciada e identificar o momento em que B. poderia começar a prescindir dela. A escuta permanecia diferenciando as demandas que, porventura, fossem necessárias atender daquelas que deveriam reorientar em direção à análise já vigente. Em consulta recente, apesar de estar há algum tempo em análise, B. me dirige uma pergunta sobre seu prognóstico: “Existem casos como o meu que você viu serem curados dessa falha?”. Sabendo que, neste caso, o sujeito se apresentava frequentemente fixado em uma posição de falha, a mesma que utilizava como justificativa para sua procrastinação insistente, motivo de problemas e sofrimento que não conseguia evitar no seu dia a dia, tomei o seguinte posicionamento: “Talvez a questão seja a possibilidade de seguir apesar dela”. Numa tentativa de deslocar a ênfase dada por ele à posição de gozo que o paralisava e para a qual a medicação apresentava papel limitado de forma cada vez mais clara, me vi ainda do lugar de psiquiatra fazendo pontuações importantes.

Sobre o caso, questiono em um só depois sobre qual seria seu “lugar” de gozo. Seria possível delimitar algum significante, substância gozante neste acompanhamento médico orientado pela psicanálise? Seu lugar de gozo parecia envolver a não conclusão do seu trabalho e de tarefas importantes para si. As mesmas que o enredavam no laço social, tanto no amor como no emprego. Mostrava-se falho ao mundo cada vez mais frequentemente, confundindo-se com essa palavra, a falha, que deixou escapar entremeada numa demanda de saber ao psiquiatra.

A abordagem descrita trata-se, portanto, de uma espécie de corte na lógica do discurso da ciência que, caso norteasse a clínica, se ocuparia do paciente como objeto de estudo, não como sujeito do inconsciente. Além disso, a desconsideração do real e do gozo em jogo na clínica poderia levar a uma tentativa insistente de medicalização. À luz da ética da psicanálise,

por sua vez, o médico, mesmo que instruído pelo saber científico, poderá apostar na construção de um outro caminho, mais além, para o sujeito em seu percurso de tratamento. A abertura da escuta do psiquiatra à dimensão do sujeito e sua produção de saber sobre si, incluindo sua forma particular de gozo, quando este surge nesta clínica, pode permitir o encaminhamento também do paciente para a clínica psicanalítica. Nesta, será possível uma escuta dedicada a essa dimensão do gozo, pura diferença do sujeito.

A seguir, tratarei de um breve estudo sobre a neurose obsessiva cujo tema do gozo e do diagnóstico psiquiátrico complexificado a partir da contribuição da psicanálise me inspirou a aprofundar teoricamente.

### 2.2.3 Contribuições da Psicanálise à clínica psiquiátrica diante da neurose obsessiva

O psiquiatra, em sua prática clínica, se confronta frequentemente com o que a psicanálise denomina de neurose obsessiva. Tal quadro não corresponde diretamente àquele que a psiquiatria moderna denomina de TOC ou transtorno obsessivo-compulsivo por se tratarem de classificações diagnósticas diferentes. Enquanto o diagnóstico psiquiátrico se ocupa de classificar as manifestações objetiváveis de um mal-estar psíquico, em psicanálise o diagnóstico corresponde aos mecanismos psíquicos inconscientes envolvidos no sofrimento queixado e que se desvelam sob transferência.

Dessa forma, pode haver alguma sobreposição diagnóstica quando indivíduos portadores do transtorno obsessivo-compulsivo se mostrarem de fato neuróticos obsessivos, mas é muito frequente que, sob esse nome TOC, estejam alocados outro tipo de neurose como a histeria ou, até mesmo, a paranoia ou a psicose. Do ponto de vista psicanalítico, a neurose histérica e a paranóia são diagnósticos diferenciais tão importantes em relação à neurose obsessiva, que Freud tratou de isolá-los ao longo de sua obra. Como parte da ética analítica, o diagnóstico orienta a direção do tratamento comprometida, por sua vez, com o sujeito em sua relação com seu desejo e gozo no interior do laço social. Pretendo, neste estudo, recolher as contribuições que a psicanálise pode trazer à clínica psiquiátrica especificamente diante da neurose obsessiva no tocante à direção de tratamento. Para isso, partirei da descrição da neurose obsessiva de acordo com Freud e Lacan, atenta em especial ao lugar do gozo e do desejo que são caros ao diagnóstico psicanalítico e podem enriquecer a clínica psiquiátrica .

A neurose obsessiva foi anunciada por Freud como uma inovação nosográfica em 1894 em seu artigo “As neuropsicoses de defesa” (FREUD, 1894). Como Maria Anita Carneiro Ribeiro (2011) aponta em seu livro *Um certo tipo de mulher*, a grande invenção de Freud foi retirar a obsessão do campo das psicoses, onde a psiquiatria a colocava até então, realocando-a ao lado da histeria no campo das neuroses. Dito de outro modo, apesar da existência de referências anteriores à patologia obsessiva no campo psiquiátrico, Freud faz um corte nosográfico e retoma o termo obsessão a partir de outro paradigma, o da psicanálise. Assim, o lugar de importância para a descrição do comportamento dito obsessivo é deslocado para a investigação dos mecanismos psíquicos inconscientes envolvidos na presença de tais manifestações e para as modalidades específicas de satisfação pulsional desses sujeitos, organizadas por suas fantasias. Extraio um trecho do livro supracitado que aponta para um norteador considerado por Freud para inclusão da patologia da obsessão no campo da neurose: “Ao centralizar a questão da obsessão em torno do pai, Freud pôde alinhar sua nova neurose ao lado da histeria” (CARNEIRO, 2011, p. 25).

O termo “neuropsicoses de defesa”, de 1894, por sua vez, fazia referência à ação defensiva do Eu contra qualquer representação ou afeto relacionados às experiências sexuais infantis vividas como traumáticas, presente tanto na histeria quanto na neurose obsessiva. Nesse contexto, Freud as diferenciou de acordo com o destino do afeto que, separado de sua ligação original com a representação, se encaminha ao corpo na histeria ou ao pensamento na neurose obsessiva. No último caso, a energia psíquica original deslocada, numa espécie de disfarce frente ao Eu, se articula a uma representação substituta, o que evolutivamente toma a forma de obsessões. Através da revivência posterior pelo sujeito via representações e afetos atuais das experiências precoces geradoras de prazer, o mesmo se vê invadido por recriminações e sentimento de culpa.

Essa estratégia de defesa inconsciente a nível mental da neurose obsessiva oferece uma dificuldade adicional no seu manejo clínico em relação à histeria, o que lhe rendeu a descrição de dialeto da histeria por Freud em 1909 na ocasião do relato do caso príncipes de neurose obsessiva, “O Homem dos Ratos”. Trata-se de uma defesa que em si mesma gera satisfação e, por isso, engendra o sujeito em uma relação de compromisso de difícil abertura em favor do tratamento. A regressão da libido à fase sádico-anal, a formação de um Supereu rígido que obriga o Eu a desenvolver consideráveis formações reativas tomam a forma de um circuito de gozo masoquista.

Outra peculiaridade do obsessivo é sua relação ambivalente com a Lei e com o Pai que a funda. Ele a utiliza para sua auto-recriminação, ao mesmo tempo em que se mostra como seu potente defensor e representante. Entretanto, esse mecanismo esconde um desejo inconsciente, insuportável ao Eu, de transgressão que desconhece. O obsessivo foge à castração, que limitaria seu anseio ao gozo absoluto, sem falta. Clinicamente, esse aspecto é perceptível nos limites que envolvem o tempo e o dinheiro.

De acordo com a análise presente no artigo “*Demande, désir, jouissance dans la névrose obsessionnelle*”, do livro *Hystérie et Obsession*, de 1985, Freud presumia que o gozo estivesse na origem da construção neurótica da obsessão. A introdução da segunda tópica e da pulsão de morte surgem como respostas às questões em torno do tema. Sobre a relação do obsessivo com o desejo e o gozo destaco o seguinte trecho do livro:

O obsessivo não suporta os signos do desejo e do gozo do Outro, ele quer destes se separar, mantê-los adormecidos, os apagar, o que quer dizer mortificá-los; essa mortificação o conduz a elevar a morte ao nível do significante mestre do Outro e, a partir daí, mortificar sua própria vida (FONDATION DU CHAMP FREUDIEN, 1985, p. 317).

Diante desse panorama que a psicanálise oferece, fica claro que o tratamento medicamentoso quando das manifestações objetiváveis da neurose obsessiva diminui os efeitos sintomáticos desse circuito defensivo de retroalimentação interminável. Esse mecanismo é posto em ação inconscientemente pelo sujeito contra o material insuportável ao Eu, a título de uma autodefesa que, no entanto, lhe rende sofrimento e satisfação. Dessa forma, apesar da intervenção farmacológica desempenhar um papel importante em muitos casos graves cujos sintomas paralisantes impedem o desempenho de atividades básicas do dia-a-dia, o tratamento psiquiátrico limitado a isto não oferece uma saída para o sujeito na sua relação com seu desejo e gozo. A longo prazo, não considerar esses conceitos, caros ao analista e que enriquecem a clínica psiquiátrica, apontando para uma outra direção do tratamento, levará a uma cronificação do tratamento farmacológico sustentada pela perpetuação das demandas ao médico, a partir de um sujeito alienado de si mesmo.

Além da conferência de 1966 já citada, “O lugar da psicanálise na Medicina”, em que Lacan traz contribuições importantes ao campo médico (demanda-desejo e o gozo), Nestor Braunstein (2007), em seu livro *Gozo*, tenta articular a relação entre o gozo, palavra e corpo, do qual extraio o seguinte trecho:

[...] entre gozo e palavra, não se pode dizer qual vem primeiro à medida que ambos se delimitam reciprocamente e se imbricam de um modo que a experiência mostra como inextricável. Porque somente há gozo no ser que fala e

porque fala. [...] E eis-me, aqui, disposto a encadear um discurso sobre o gozo, tarefa impossível, pois o gozo, sendo do corpo e no corpo é da ordem do inefável, já que paradoxalmente somente pela palavra pode ser circunscrito, indicado (BRAUNSTEIN, 2007, p. 11-12).

Lacan (1995), por sua vez, em seu seminário 4, relaciona significante, significado, morte e corpo: “Inversamente assim como a morte está ali refletida no fundo do significado, também o significante toma emprestado toda uma série de elementos que estão ligados a um termo profundamente envolvido no significado, a saber, o corpo” (p. 50). O gozo, portanto, ao mesmo tempo fenômeno do corpo e intimamente relacionado à linguagem, poderá ser abordado pelo psiquiatra sensível às manifestações do inconsciente pelo recurso da escuta e da palavra, para além da intervenção no biológico do corpo via medicação. Advertido da noção de sujeito do inconsciente, da diferença entre neurose e psicose com suas consequências na organização da linguagem, o psiquiatra poderá, na sua clínica cotidiana, dar lugar à escuta do estranho que irrompe no significante e que se repete na fala do sujeito durante a consulta. Isso é especialmente importante na neurose obsessiva cujos mecanismos de defesa são múltiplos, limitantes, têm forte deflagrador inconsciente e o recurso radical à mortificação é usado. Dessa forma, pode-se imprimir um diferencial para a evolução desses casos que, em sua maioria, chegam ao psiquiatra com intenso sofrimento relacionado à falência das suas defesas obsessivas.

Assim, diante da demanda de um alívio sintomático e também de uma resposta racional obliterante à elaboração posterior do próprio sujeito sobre seu quadro, o psiquiatra poderá, através deste trabalho delicado, fazer um contorno que deixe uma abertura potencial. Algo que permita a construção de uma implicação como sujeito do inconsciente naquilo que se queixam esses pacientes. Uma aposta na reorientação ética da clínica psiquiátrica segundo a psicanálise, ressignificando a direção do tratamento médico.

#### 2.2.4 “Variantes do tratamento psiquiátrico“: um breve estudo sobre a transferência em psicanálise e na clínica psiquiátrica sensibilizada pela psicanálise<sup>2</sup>

O texto “Variantes do tratamento padrão” ou “Variantes da cura típica” foi escrito por Jacques Lacan no verão de 1954 a pedido do célebre psiquiatra francês Henri Ey, que à época

---

<sup>2</sup> Ver nota de rodapé nº 1.

era o editor responsável pela seção de “métodos terapêuticos em psiquiatria” da *Enciclopédia médico-cirúrgica*. Em seu artigo, Lacan toma como questão central o fundamento científico do tratamento psicanalítico, uma vez que percebia no termo “variantes” uma distorção da “pureza dos meios e fins” da psicanálise. Assim, Lacan diferencia o campo analítico de outros campos, especialmente o médico e seu descendente imediato, o psicoterápico.

Dentre os diversos norteadores enumerados por Lacan em seu esforço para a formalização teórica dos critérios terapêuticos em psicanálise, a transferência se destaca como aquele que melhor se identifica com a “coisa analítica”. Sobre isso, grifo a seguinte passagem: “[...] que outro conceito existe, com efeito, capaz de destacar melhor sua identidade com a coisa analítica, no caso, quando lhe agrega todas as ambiguidades que constituem seu tempo lógico?” (LACAN, 1954, p. 330). Essa relação especial da transferência com o tempo lógico permite que Lacan diferencie o trabalho da psicanálise, intimamente relacionada a esse tempo inaugurado por Freud, de outro que se compromete unicamente com o tempo cronológico. Em 1966, quando esse artigo dos anos 50 é republicado nos *Escritos* de Lacan, seu autor acrescenta ainda nesse ponto do texto a seguinte nota de rodapé: “Em 1966, não há quem siga nosso ensino sem ver nele que a transferência é a imissão do tempo de saber” (LACAN, 1954, p. 330).

Chemama (1995) apresenta no verbete “transferência” alguns esclarecimentos importantes que diferenciam tal fenômeno daquele descrito em outras relações não-analíticas, mas para qual frequentemente vemos ser utilizado o mesmo termo. Trago uma descrição inicial deste autor:

Vínculo afetivo intenso, que se instaura de forma automática e atual, entre o paciente e o analista, comprovando que a organização subjetiva do paciente é comandada por um objeto, que J. Lacan denominou de objeto *a* (CHEMAMA, 1995, p. 217).

Deste lugar de objeto, é suposto que o analista sabe “de que são tecidas suas relações pessoais com os outros” (CHEMAMA, 1995, p. 217). Kaufmann (1996) nos lembra que em “Estudos sobre a histeria”, de 1895, Freud reconhece a transferência que despontava no tratamento como uma manifestação de revivência de um amor passado do sujeito envolvendo, no presente, o analista. No tratamento psiquiátrico, no entanto, quando o médico tem uma escuta advertida por sua análise pessoal, é possível ver algumas articulações pontuais entre a relação estabelecida neste acompanhamento e a transferência propriamente analítica.

A relação intrínseca da transferência com o tempo lógico, tempo em que o inconsciente se manifesta, é uma abertura possível que encontro para essa articulação teórico-clínica entre a psiquiatria com uma escuta advertida pelo inconsciente e a psicanálise. Em outros termos, através da modalidade de transferência que se instala nesta clínica psiquiátrica, é possível

reconhecer alguns pontos de irrupção do inconsciente que, de forma repetida, atravessam o tratamento psiquiátrico. A repetição ao longo do tempo e o lugar do significante no acompanhamento direcionam para a necessidade de reconhecimento por parte do médico.

Tal feito abre, muitas vezes, alguns pontos que implicam o sujeito no sofrimento que dirige ao médico, permitindo-o ir além da demanda por diagnóstico e medicamentos. Trata-se de fazer uso da escuta sensível ao inconsciente de forma pontual, pois é na clínica analítica que a transferência encontra as condições necessárias para o seu acolhimento como motor de trabalho psíquico em direção ao inconsciente e, portanto, à dimensão mais radical de sujeito.

Sobre a temporalidade no tratamento médico, Fédida (1988) traz a seguinte reflexão importante na relação entre a psicanálise e a psiquiatria, a qual destaco a seguir:

Freud insiste sobre o fato de que o amor na transferência, ou, mais exatamente, o amor de transferência é a repetição do infantil. Como localizar essa problemática na relação das duas temporalidades: a temporalidade da anamnese, que é a temporalidade da reminiscência, e a temporalidade da repetição? Sabemos que o paciente se lembra, mas aquilo de que se lembra não o liberta do complexo inconsciente. Só aquilo que ele vive é da ordem da rememoração. Assim é que o fenômeno transferencial é um fenômeno de amor amnésico. Seria oportuno examinar mais exatamente essa relação entre anamnese e amnésia (FÉDIDA, 1988, p. 57)

Nesse trecho, Fédida fala de amor na transferência em oposição ao amor de transferência. O primeiro refere-se a um amor escondido que não entra na cena corporal mas permite o gozo do espírito, “a capacidade de o paciente ter o prazer de uma vida psíquica” (FÉDIDA, 1988, p. 55). No amor de transferência, por sua vez, trata-se do envolvido na relação analítica.

Em “*L'objet*”, Fédida (1978) recorre ao termo cunhado pelo poeta francês Francis Ponge para formular através de um jogo de palavras (*objet + jeu*) a jubilação do encontro entre coisa e significante, proporcionada pela relação analítica. Esta cria as condições para o movimento pulsional em direção à busca do objeto perdido (*das Ding*) entrar em cena. Além disso, apontando para a função poética e artística que faz desaparecer o objeto e, em seu lugar, surgir uma palavra que atesta a verdade da Coisa, o analista permite que ao objeto lançado nesse jogo pulsional se ligue uma palavra, própria ao movimento que o constitui. Para isso, o analista se empresta corporalmente permitindo esse movimento se (re)lançar. O ritmo presença-ausência, o espaço de encontro e outros elementos também são envolvidos nesse trabalho.

Na clínica psiquiátrica, portanto, mesmo que atravessada por uma escuta diferenciada, não é possível manejar a transferência com esse privilégio dado ao tempo lógico, oferecido, por sua vez, pela clínica analítica. É nesta última onde a repetição na transferência terá oportunidade

para ser interpretada e permitir as condições de elaboração pelo sujeito. As demandas que restam importantes para serem atendidas no tratamento psiquiátrico, assim como a necessidade do lugar na relação psiquiatra-paciente para o sujeito da compreensão que aguarda algumas orientações técnicas do médico, limitam o manejo da transferência segundo a radicalidade da ética que o analista precisa assumir.

No entanto, a abertura à escuta do sujeito pelo psiquiatra em alguns casos excepcionais desdobra-se para uma relação transferencial cuja aposta na possibilidade de um tratamento analítico prosseguir ali é importante assumir. Tratarei do caso G. para ilustrar essa ideia:

G. me procura devido a sintomas depressivos importantes iniciados há alguns meses após o término de um relacionamento de longo tempo. [REDACTED]

[REDACTED] Havia completado quase um ano deste evento e estava tendo dificuldade em investir na vida como antes. Nega qualquer histórico de sofrimento mental antes disso.

Relatava, além do humor depressivo, crises fóbico-ansiosas paralisantes cuja intensidade justificava uma intervenção medicamentosa. Desde o início do seu acompanhamento, eu lhe propunha que me ligasse em caso de crise e me dissesse tudo o que sentia e pensava, de modo que eu pudesse acompanhá-la melhor. Sabia da profunda diferença entre medicar esperando que os efeitos químicos de uma substância resolvessem por si só os impasses do sujeito que me procura e medicar sem obliterar a possibilidade da emergência deste com sua verdade através da fala. Um desejo de saber o que de fato se passava com este sujeito.

Assim, a cada crise G. me telefonava e dizia que precisava tomar a medicação extra devido a uma crise e evoluía me explicando o que se passava. Na verdade, G. se escutava a cada vez que se dirigia a mim, sem que eu precisasse intervir muito. Passou a retomar suas atividades e investidas na vida. Trazia suas questões com o novo relacionamento e como este também lhe causava as mesmas crises. Com essa abertura para a escuta, o lugar de privilégio da medicação, que geralmente fica em destaque em um manejo psiquiátrico, passava cada vez mais para segundo plano. A própria paciente, cujo diagnóstico aventado na transferência comigo era o de neurose, seguia esquecendo a medicação.





Além disso, considero que o psiquiatra com escuta analítica e cuja formação Outra lhe permite sustentar a psicanálise em sua radicalidade ética possa, diante de situações específicas como a relatada acima, assumir a condução de um trabalho analítico a partir de uma transferência estabelecida com este no desdobrar do tratamento. Diferentemente do tratamento psiquiátrico em que há escuta analítica, ou seja, o paciente é escutado pontualmente do seu lugar de sujeito, orientando a conduta médica, no tratamento analítico, por sua vez, a escuta do lugar de analista na transferência estabelecida com o sujeito permitirá, mais além, conduzi-lo a despertar das amarras fantasísticas a que seu desejo encontra-se entremeado.

Reservarei adiante o item 3.3 para trabalhar a ética própria à psicanálise cuja radicalidade é possível assumir a partir deste lugar de objeto *a*.

### 3 A PSICANÁLISE E OS “PASSES DE FREUD”

Segundo Roudinesco, em sua apresentação à obra *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Ellenberger concebe Freud de forma diferente daquela de Ernest Jones. Para o primeiro, Freud foi um fundador que só alcançou a verdade por abraçar o erro: assimilava, rejeitava ou transformava as teorias de sua época, especialmente no campo da sexualidade. Para Jones, por sua vez, Freud seria um herói que, derrotando as falsas ciências de seu tempo, alcança o inconsciente pela primeira vez na história, terreno nunca explorado antes. Considerando as teorias do final do século XIX que reconheciam o fator sexual como importante na etiologia das neuroses, Roudinesco acrescenta que Freud não fora um herói solitário, mas foi o único a efetuar uma síntese fecunda de todas essas correntes da época para traduzir a evidência biológica em uma nova linguagem conceitual. Jorge (2010a) nomeia esse advento freudiano como o de inauguração de uma “nova concepção de sexualidade” (p. 18-19) e o traduz, a nível epistemológico, como a falta do conceito de pulsão na obra. A dimensão da inovação freudiana aparece aqui, a partir do resgate histórico de Ellenberger, em conjunto com as análises da obra, na sua dupla face. Imerso no caldo de saber da época, Freud segue construindo um novo saber: a psicanálise. Inserido no que lhe é anterior, num primeiro tempo, Freud constrói o próprio terreno aos poucos. Em seus constantes “passes”, renova os cortes com o campo médico-psiquiátrico e constitui um campo altamente diferenciado.

Garcia-Roza (1995/2008), ao tratar da pulsão, apresenta uma contextualização sobre esse conceito especial da psicanálise, o qual reproduzo a seguir para iniciar no próximo item o aprofundamento do conceito:

Trata-se de uma convenção (Konvention), nos diz ele (Freud), ou de uma ficção, uma ficção teórica, como são os conceitos fundamentais de qualquer ciência. Sua característica principal não é descrever a realidade mas explicá-la (melhor seria dizer ‘constituí-la’); não são retirados da realidade a partir da observação, mas criados com a finalidade de constituir uma nova inteligibilidade. Dizer que não são retirados da realidade não significa dizer que nada tenham a ver com ela, mas que não correspondem a algo imediatamente visível e identificável, um ‘dado’ ... os conceitos fundamentais da ciência correspondem a interrogações... Mais do que taparem os furos do saber existente, eles evidenciam esses furos ou criam novos furos. ... não correspondem a um saber, mas a um vazio no saber, a uma interrogação que dará lugar a uma hipótese, à qual corresponderá a abertura de um novo espaço de saber.. Este é o caso do conceito de pulsão (GARCIA-ROZA, 1995/2008, p. 80-81).

#### 3.1 O corte epistemológico da pulsão, nova força dinâmica

O termo pulsão surge nos textos freudianos a partir dos anos de 1890. Entretanto, ainda numa fase de sua confecção como conceito, outros termos são utilizados como sinônimos, sendo eles excitação pulsional, moção de desejo, estímulo pulsional, excitação e outros. No entanto, em nenhuma dessas substituições, o termo instinto se confunde com pulsão. Como conceito definido, a pulsão surge pela primeira vez na obra dos *Três ensaios de teoria sexual* (1905) com sua dimensão autoerótica. Esta característica reforça sua distinção da ideia de instinto e de uma sexualidade que, a este tributária, teria caminhos pré-estabelecidos biologicamente.

O autoerotismo, termo empregado pela primeira vez por Freud em carta a Fliess (9/12/1899), aponta nos *Três ensaios* para um estado original da sexualidade infantil em que a pulsão sexual encontra sua satisfação sem recorrer a um objeto externo ou específico. A dimensão autoerótica das pulsões desde a infância, a busca por prazer de forma parcial e desordenada e a independência de um objetivo reprodutivo afastam radicalmente o conceito de pulsão da ideia de instinto, motivo de confusão em algumas traduções equivocadas da obra freudiana.

Essa distinção fundamental permite a Freud iniciar a construção de uma nova estrutura teórica correspondente a sua experiência clínica. A teoria da sexualidade, inaugurada no trabalho freudiano de elaboração teórico-clínica, baseia-se no caráter não adaptativo, diferente da sexualidade própria dos animais, e no protótipo da sexualidade infantil, cuja riqueza “perversa polimorfa” rebate a noção de patológico sobre a sexualidade humana.

Jorge (2005) lembra que Freud delimita a sexualidade humana com a pulsão e sua lógica diferente da biológica. Decorrente de sua escuta de pacientes neuróticos, ele apreende essa noção e formula a ideia de uma “constituição sexual” (p. 21). Presente para todos, a formulação freudiana fazia frente à patologização da sexualidade feita pelos discursos médico e psicológico da época.

Jorge (2010) localiza esse “passe de Freud” teoricamente, acrescentando ainda sua interpretação que ilumina o corte freudiano. Segue um trecho que destaco sobre o exposto:

Diga-se desde já que a ampliação do conceito de sexualidade baseou-se na concepção freudiana de sexualidade infantil-objeto de investigação do segundo ensaio-, que, situada como perversa-polimorfa, constitui a ponte entre a sexualidade dita normal e a patológica ou perversa. É com ela que Freud, matando dois coelhos de uma só cajadada, poderá dizer *não* simultaneamente às teorias que abordam os aspectos congênitos, inatos, como a da degenerescência, e as que abordam os aspectos adquiridos, como a relativa ao trauma sexual (JORGE, 2010, p. 22-23).

Aqui trata-se da polêmica em torno da ideia de degenerescência oriunda de Morel e apoiada por Krafft-Ebing *versus* a de determinismo adquirido de Binet e seus defensores. Freud assumiria uma posição terceira diante dessa discussão, a de uma constituição sexual inata presente em todos os sujeitos para a perversão sexual e cuja disposição pode variar de intensidade (JORGE, 2010). Esse posicionamento que aponta para o tema da bissexualidade nos leva a retomar o contexto em que se dá a sua criação do conceito de pulsão por Freud.

Conforme análise de Jorge (2010), em torno do tema da bissexualidade em voga no século XIX, Freud se posiciona contra uma correspondência direta entre o somático e o psíquico, defendida pelo amigo e interlocutor Wilhelm Fliess. Médico otorrinolaringologista, tratava a bissexualidade como determinada biologicamente, “persistente e inevitável em todos os seres vivos” (JORGE, 2005, p. 32).

No que concerne a Freud, ele abordava o tema em termos psicológicos: haveria em todo sujeito ambas as escolhas diferentes de objeto, homossexual e heterossexual, em quantidades diversas. A ausência de qualidade pulsional coloca as nuances da sexualidade humana determinada por fatores quantitativos. Dessa forma, a bissexualidade permite a nomeação por Freud da perda originária do objeto do desejo na sexualidade humana, posicionamento revolucionário diante de uma dita norma determinada pela biologia. Assim, ao invés do sexo biológico direcionar o recalque para elementos psíquicos femininos ou masculinos, conforme defendia Fliess, a dinâmica pulsional atravessada por fatores econômicos - desequilíbrio entre prazer/desprazer - que determinariam o recalque e a constituição do inconsciente.

Jorge aponta para o fundamental da apreensão do conceito de pulsão para o entendimento da psicanálise como estrutura teórica-clínica Outra: “a fundação da psicanálise parece se consolidar com o advento da pulsão e sua articulação com o inconsciente. O conceito da pulsão torna o inconsciente uma conquista freudiana definitiva e dá a ele seu verdadeiro alcance” (JORGE, 2010, p. 24). Maurano (2018) discute as teorias da pulsão considerando sempre a hipótese da dualidade psíquica, inerente ao ser humano e traduzida por Freud pelo conflito entre forças contraditórias motrizes do psiquismo.

No primeiro dualismo pulsional proposto por Freud em 1910, as pulsões serão divididas em sexuais e de autoconservação, sendo as primeiras regidas pelo princípio de prazer e as últimas pelo Eu, uma proposição intermediada pelo conceito de apoio (*Anlehnung*), que mais tarde será revisto. Nesse dualismo, as pulsões sexuais estariam apoiadas nas de autoconservação, o que seria decorrente da ideia de uma exteriorização sexual infantil autoerótica nascida a partir das funções corporais vitais.

Com Lacan, Jorge esclarece esse ponto da teoria freudiana apontando que, na verdade, trata-se do contrário, são as pulsões de autoconservação que se apoiam nas sexuais. Acrescenta que “a especificidade do humano implica precisamente que o funcional seja subvertido de modo constante pelo pulsional” (JORGE, 2000, p. 48). Da mesma forma, Garcia-Roza (1995/2008) acrescenta que é o próprio biológico que é erotizado.

Neste mesmo sentido, Maurano (2018) traz uma pontuação importante sobre essa fase da teorização pulsional. Ele afirma que é no nível da intensidade que o contato com o corpo biológico, fonte pulsional, interessa em sua materialidade. Segue o trecho citado:

Mesmo aqui, como se pode ver, já se faz notar a inadequação ao natural, ao biológico, para falar da pulsão. Na obra freudiana, o conceito de pulsão se refere efetivamente a uma dimensão que se situa aquém da representação. Ainda que ela só possa ser identificada por meio desta, sua procedência é mesmo o corpo. Este, no entanto, refere-se não ao corpo biológico em sua materialidade, mas sim à dimensão de intensidades relativas a ele, que só podem ser apreendidas na relação com a linguagem (MAURANO, 2018, p. 52).

Garcia-Roza aponta que, a partir do conceito de narcisismo (1914), essa oposição dualista primeira é abalada, uma vez que Freud evidencia que as pulsões sexuais podem retirar a libido do objeto e reinvesti-las no próprio Eu. Então, a expressão do dualismo passa a ser libido do Eu (narcísica) *versus* libido objetal. Ainda sobre o narcisismo, Maurano (2018) propõe uma articulação fundamental com a escolha de objeto e seu caráter homossexual. A autora retoma uma referência freudiana de 1911 que aborda esse aspecto, o qual precisa ser destacado, especialmente na atualidade, em que a negação da sexualidade em sua dimensão erótica ameaça o processo civilizatório. Reproduzo, assim, o valioso texto freudiano:

Uma vez alcançada a escolha heterossexual de objeto, as aspirações homossexuais não desaparecem nem ficam em suspenso. São simplesmente desviadas de seu fim sexual e orientadas para outros novos. Unem-se com elementos das pulsões do eu para constituir com eles as pulsões sociais e, assim, gerenciam a contribuição do erotismo à amizade, à camaradagem, ao sentido comunitário e ao amor universal pela humanidade (FREUD, 1911, p. 57).

Freud seguirá, então, sua formulação da segunda teoria pulsional. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), as pulsões sexuais e de autoconservação são reunidas sob o nome pulsão de vida (*Eros*) e ligadas à energia da libido, enquanto a pulsão de morte (*Tânatos*) fica ligada à energia que chama de destrutividade. É esta teoria pulsional que será mantida até o fim da obra freudiana e a que está relacionada diretamente à ética da psicanálise. O princípio de prazer, que regia o autoerotismo e o narcisismo, passa, a partir de 1920, por um acréscimo importante, o do princípio aquém do prazer. A partir de sua experiência clínica, Freud observa a

imperatividade das sensações de prazer e desprazer, mesmo sem encontrar tradução dessa dupla nas teorias filosóficas ou psicológicas de sua época.

Maurano (2018) retoma o trabalho freudiano do *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, no qual encontramos um início de formulação sobre o tema já nessa época. A partir da noção de psicofisiologia em voga, Freud associa o prazer a uma diminuição da quantidade de excitação existente no psiquismo e o desprazer a uma elevação de tal quantidade, aspecto quantitativo na relação prazer-desprazer. A conservação pelo psiquismo de uma excitação baixa objetivaria sustentar a sensação de prazer, o que fazia derivar esse princípio de prazer daquele de constância postulado por Flechner em 1873. Este, ligado à tendência, à estabilidade, Freud denomina como “princípio de prazer-desprazer”. Entretanto, a observação de Freud da insistência no psiquismo do desprazer o leva a pensar em algo para além dessa construção.

Em 1924, com o trabalho *O problema econômico do masoquismo*, Freud acrescenta o fator qualitativo na relação entre prazer e desprazer. Então, o princípio de prazer seria, a partir de suas novas formulações, uma modificação do princípio de Nirvana (tendência à estabilidade). Assim, este expressaria a tendência à pulsão de morte, ou seja, a eterna busca de satisfação impossível, enquanto o princípio de prazer, as exigências da libido e o princípio de realidade, a interferência do mundo externo nesse circuito.

É a partir das neuroses de guerra e suas manifestações das cenas traumáticas no sonho que Freud, para além de articular a repetição no sonho à tentativa de dominar o efeito patógeno da experiência traumática vivida, a remete às tendências masoquistas do Eu e sublinha a existência da compulsão à repetição no psiquismo. Esta compulsão estaria no âmago da formulação por Freud da pulsão em sua essência explicitada acima, a sua forma mais primitiva, a pulsão de morte.

Jorge (2005, p. 49) marca 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”. A noção de apoio, com o segundo dualismo, dá lugar à essência da pulsão, a ausência de objeto de satisfação. Sobre isso destaca-se: “[...] a falta que constitui o objeto da pulsão é a mesma que constitui o núcleo do real do inconsciente. E é precisamente em torno desse núcleo real, de falta, que o inconsciente se estrutura, no simbólico, como uma linguagem” (JORGE, 2005, p. 53).

Clinicamente, a pulsão se faz presente pela repetição. “O sintoma é o que se repete na transferência”, escreve Jorge (2010, p. 70). Maurano acrescenta sobre isso uma articulação da

pulsão em sua essência, a pulsão de morte, e sua manifestação clínica sob a forma de compulsão à repetição na transferência, desafio clínico :

A observação da compulsão à repetição, expressa na clínica principalmente na relação transferencial-processo em que o paciente repete com o analista afetos vividos com protótipos infantis, atualizando desejos inconscientes-, trouxe algumas elucidações , uma vez que trata, muitas vezes, de situações afetivas dolorosas e eventos indesejáveis que são incansavelmente ressuscitados e implicam, não raro, a interrupção do tratamento. A transferência, embora essencial para o processo analítico, não consegue impedi-la (MAURANO, 2018, p. 54).

Conforme a proposição de Lacan a seguir, parece que a aposta na transferência, mesmo lugar de manifestação de tal repetição, seria a orientação para o manejo clínico diante desse limite que o processo analítico enfrenta: “Só o amor pode fazer o gozo condescender ao desejo” (LACAN, 1972-73/1985). Lacan ainda conclui a teoria das pulsões nomeando como objeto *a*, o de causa de desejo, o ponto real dessa conceitualização freudiana, tão importante para a psicanálise. Jorge (2010) afirma que, com o objeto *a*, pode-se prescindir do uso frequente do termo bissexualidade, assim como da tematização imaginária sobre a escolha de objeto.

### 3.2 O recalque e o inconsciente

O recalque, “pedra angular” sobre o qual repousa a psicanálise, trata-se de um fenômeno descoberto por Freud através da resistência, força que surgia como obstáculo nas análises de seus pacientes neuróticos, quando nestas, não mais recorria à hipnose. A história da psicanálise começa a partir do abandono desta última prática e na adoção da técnica de associação livre, o que permite o acesso à atividade mental inconsciente através dos derivados do recalcado. Essa passagem de um método a outro foi possível devido ao conjunto da descoberta do recalque e da resistência, do reconhecimento da sexualidade infantil e da interpretação e exploração dos sonhos como fonte de conhecimento do inconsciente por Freud (JORGE, 2005, p. 21-22).

Diferente da repressão, o recalque é mecanismo estrutural, constitutivo do inconsciente. Ele envolve diferentes sistemas psíquicos com mudança de elementos de um sistema para o outro. A condição para sua ocorrência, segundo Freud, é que o desprazer seja maior que o prazer obtido através da satisfação pulsional - fator econômico.

Jorge (2010) aponta como a definição de pulsão e inconsciente são muito próximas, pois ambos estão entre o somático e o psíquico. Além disso, propõe que aquilo que permite a

aproximação desses dois conceitos, ao mesmo tempo distintos, é o real, isto é, o impossível de ser simbolizado, núcleo comum aos dois. No campo da linguagem, esse núcleo se traduziria pela falta de um significante para a diferença sexual no inconsciente e, no campo da sexualidade (o pulsional), por sua vez, seria a falta no imaginário do objeto de desejo. Portanto, o inconsciente não coincide exatamente com o material recalçado. Ele é não todo estruturado como uma linguagem, como aborda Jorge. O inconsciente tem um núcleo real que não está articulado ao recalque. Dito de outro modo, o inconsciente é um saber que tenta dar conta da falha instintual na espécie humana mas não o realiza completamente.

Pela primeira vez, em 1911, Freud tematiza a problemática do recalque no estudo sobre a paranoia no caso Schreber. Ele separa dois mecanismos principais deste quadro: a formação de sintomas cujo aspecto da projeção é importante, e o recalque. Nesse sentido, este consistiria em três fases: a fixação (recalque originário), o recalque propriamente dito (recalque secundário) e o retorno do recalçado. A fixação se trata da interdição da entrada do representante psíquico da pulsão no consciente. Assim, o representante e a pulsão ligada a este ficam imobilizados, fixados, servindo de inconsciente. O recalque propriamente dito trataria dos derivados mentais não abarcados na fixação e que, assim, ficam submetidos aos processos de repulsão e atração. No entanto, este não consegue retirar todos os derivados do material originalmente recalçado e, com esse fracasso, ocorre a terceira fase, do retorno do recalçado. É através dos derivados dessa última fase que se formam os sintomas neuróticos, como também se tem notícias do inconsciente na análise.

Jorge (2005) marca a importância do conceito de recalque orgânico, situado por Freud na gênese da constituição sexual e que, através do recalque originário, se presentificaria na história de cada sujeito. O recalque orgânico se refere à substituição do olfato pela visão com a adoção da postura ereta que, ao mesmo tempo que funda a espécie humana, traz a passagem de um funcionamento instintual da sexualidade para o pulsional, base para o recalque originário.

Em 1912, a convite para contribuir com uma parte médica das Atas da Sociedade Psíquica de Londres, Freud escreve o texto “Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise”. Apesar de um texto inicial de sua conceitualização sobre o inconsciente, é interessante ver Freud sustentando suas novas descobertas (resistência-recalque-inconsciente) decorrentes de seu abandono da hipnose e fornecendo, ao mesmo tempo, aos praticantes da antiga técnica o seu caminho lógico de elaboração teórico-clínica. Com isso, informa as bases sólidas de sua construção teórica, terreno para seguir em suas próprias

investigações e legado para que outros pudessem o acompanhar neste novo caminho aberto, mais profundo.

No texto mencionado acima, a partir de uma descrição comparativa entre o efeito psíquico de uma sugestão hipnótica e o mecanismo de formação de sintomas histéricos, Freud demonstra como no primeiro caso - método psicológico - se produz artificialmente aquilo que a análise evidencia estar presente no segundo. Em outras palavras, enquanto a representação psíquica inconsciente era embutida via sugestão, em análise, os sintomas histéricos demonstravam ser produzidos pelo mesmo tipo de representações que, por sua vez, advinham de uma vivência passada. Da ideia de inconsciente descritivo concluído a partir da sugestão, Freud demonstra o inconsciente dinâmico, fruto de sua percepção de forças envolvidas contra a manifestação consciente dessas “representações ativas e inconscientes”, na base da produção dos sintomas.

Em escuta de suas pacientes histéricas, Freud elabora a ideia de trauma sexual infantil, que posteriormente é substituída pela teoria das fantasias sexuais. Essa passagem, conforme Jorge (2005) articula retomando Lacan, seria a do trauma sexual para o sexual como traumático, algo estrutural. Laplanche e Pontalis (1967) discutem a hipótese de já na teoria sobre a sedução infantil Freud estar tentando conceituar o recalque. No artigo “O inconsciente”, de 1915, Freud apresenta mais dados. Sobre isso, Maurano (2018) retoma o argumento comparativo que faz entre consciente e inconsciente para sustentar sua formulação. A presença de diversas manifestações psíquicas como os sonhos, atos falhos, sintomas, fantasias e chistes que demandam uma explicação para além da consciência, reforçava a hipótese freudiana do inconsciente.

Laplanche e Pontalis (1967) destacam o caminho por excelência dos sonhos para a descoberta do inconsciente por Freud. Os mecanismos encontrados nos sonhos - deslocamento, condensação e simbolismo - constitutivos do processo primário são encontrados em outras formações do inconsciente - lapsos e atos falhos - equivalentes via relação de compromisso e função de realização de desejo com os sintomas. Jorge (2005), com Lacan, aponta para três obras que marcam três tempos dessa descoberta: *A interpretação dos sonhos* (1900), *A psicopatologia da vida cotidiana* (1910) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905).

Clinicamente, Jorge faz uma articulação importante quanto às manifestações da pulsão e do inconsciente a qual exponho a seguir:

Na experiência psicanalítica, não temos acesso direto ao primeiro nível, isto é, não temos acesso imediato ao inconsciente e à pulsão. A esse nível só temos acesso indiretamente através do segundo nível, o da transferência e da repetição, que

representam a tradução do inconsciente e da pulsão no campo da clínica (JORGE, 2010, p. 67).

### 3.3 Ética do desejo

Freud parte dos sonhos para pensar sobre a ética. Além-se, inicialmente, a questionar sobre a responsabilidade do sonhador relativa ao seu conteúdo onírico que, por sua vez, faz revelar a natureza escondida do homem, sua verdade de sujeito inquietante para a moral tradicional. Freud se refere às moções de desejos imorais-egoístas, sádicas, perversas e incestuosas. Aquilo que o humano se tornaria, caso não houvesse passado por uma educação.

O objeto de interesse da psicanálise, o inconsciente, por si só, ao apontar essa divisão do sujeito entre uma consciência de si e algo que lhe escapa, já aponta para uma ética própria, diferente de uma moral pré-estabelecida. Assim, os sintomas e outras formações do inconsciente seriam resultado de certa cobrança de satisfação pulsional que o sujeito cedeu dos seus desejos para adaptar-se ao seu meio e seu tempo.

A ética da psicanálise aponta para um desejo de saber sobre o saber de sujeito e seu desejo inconsciente. O analista escuta seu analisando sem atravessamentos como pré-julgamentos ou pré-determinações sobre o caminho que cada um deve seguir diante de sua vida e padecimento. A única reserva a isso se faz na inclinação ética de sustentar a transferência para que o sujeito sustente seu desejo que surge em seu dizer. Dessa forma, ele que é a baliza pré-estabelecida para o mesmo organizar-se de forma a pagar um preço por isso que tenha um justo retorno de satisfação, uma vez que sempre há preço a se pagar pela própria existência de ser falante.

A escuta que permite tal direção de tratamento depende que o analista tenha sido advertido de suas próprias amarras quanto à realização dos seus desejos. Em outras palavras, para uma escuta sem entraves ao saber de sujeito, é preciso que o analista ocupe o lugar de objeto *a*, isto é, seja motor causa de desejo no tratamento. Para tanto, deve levar sua análise para além da sua própria construção fantasística.

Jorge (2017) retoma Lacan em seu alerta sobre a importância para o sujeito de não ceder de seu desejo e que reproduz a seguir:

Ou o sujeito trai sua via, se trai a si mesmo, e é sensível para si mesmo. Ou, mais simplesmente, tolera que alguém em companhia de quem ele se dedicou mais ou

menos a alguma coisa tenha traído sua expectativa , não tenha feito em relação a ele o que o pacto comportava, qualquer que seja o pacto (JORGE, 2017, p. 261).

Jorge (2017) aponta para a conexão entre o “desejo de despertar” e o desejo que Lacan atribui ao analista no exercício de sua função. A partir deste desejo particular, o analista aciona o desejo de despertar no analisando. Da fantasia que sustenta os sintomas, a análise evidencia o ponto de não saber, o real, de onde haverá a abertura para o surgimento de um novo sujeito, um para além da fantasia ou “prisão domiciliar”, conforme o autor a nomeia.

Pela via da interpretação das mensagens inconscientes contidas nos derivados do recalçado, Freud chega à sexualidade e, mais essencialmente, ao ponto do real desta, a bissexualidade constitutiva. Para Lacan, trata-se da ausência de um significante que representa a diferença sexual, o real. Esse caminho clínico-teórico freudiano permite a formalização do lugar do analista por Lacan, o de objeto *a*.

Em busca de retorno a um momento de satisfação primeira, o sujeito segue em busca no seu ritmo e intensidade pulsionais deste objeto que “pode” lhe restituir tamanha experiência. Uma promessa neurótica que o sujeito segue incansavelmente até que a análise possa lhe restituir “os buracos”. Afrouxando os nós em que a rede de significantes se constitui fantasisticamente, a análise permite ao sujeito vislumbrar seu desejo para além de um objeto que preencha os ideais de completude e de prazer primevo. Jorge (2010b) diz que o impossível de ser satisfeito é o real inerente à própria pulsão, característica de sempre obter uma satisfação menor do que aquela almejada .

A ética do desejo da psicanálise aponta para a vertente criacionista da pulsão de morte, uma vez que, na direção do desvelar do desejo inconsciente do sujeito, o analista o conduz a atravessar a fantasia que amarra sua realização desejante na esfera do princípio de prazer. Trata-se, portanto, de abrir para o sujeito a dimensão do mais além deste princípio, na qual o desejo pode ser sustentado, para além do compromisso com as exigências de uma ética de harmonia.

Segundo Maurano (2018), Lacan interpreta a regra fundamental da associação livre na psicanálise como indicativo seguro da relação de Freud à linguagem. A partir da influência das obras de Ferdinand de Saussure e Roman Jakobson, Lacan propõe uma releitura do texto freudiano. Os processos psíquicos inconscientes isolados por Freud no seu estudo dos sonhos – deslocamento e condensação - servem a Lacan em sua análise das relações destes com a estrutura da linguagem. Enquanto o processo de deslocamento é relacionado à metonímia, a condensação se articula à metáfora. A regra da associação livre implica para este a noção de

primazia do significante sobre o significado. Daí a premissa da psicanálise de que “não se deve compreender o paciente”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve dois momentos em sua confecção antes da organização dos capítulos apresentada. Primeiramente, motivada pela interlocução entre psiquiatria e psicanálise vivenciada no meu percurso de formação, recolhi as contribuições teórico-clínicas que a última trazia à minha clínica psiquiátrica. Estimulada pela percepção de que, uma vez despertada a escuta analítica e o desejo de saber próprios ao analista, a minha prática médica recebia contribuições deste ocorrido, decidi tentar formalizar esses efeitos, ou seja, o modo como isso ocorria. Essa formalização foi atravessada a todo tempo por certa tensão, na medida em que, ao mesmo tempo, reconhecia as diferenças entre os dois campos, psiquiatria e psicanálise, mas também identificava uma interlocução profícua entre ambos em diversos níveis.

Na vivência clínica em equipe multidisciplinar, como nos CAPS, percebia uma interlocução em que a escuta analítica obtida na supervisão atravessava a leitura dos casos e beneficiava os pacientes. Na minha prática privada, essa escuta sensibilizada pela análise pessoal e, muitas vezes, também amparada por supervisão clínica, contribuía para a minha clínica psiquiátrica da mesma forma. No caminho de formalização desta aposta, a de que uma escuta do sujeito no tratamento psiquiátrico é importante, a teoria de ambos os campos precisaram comparecer para diálogo e construção das articulações possíveis entre a psiquiatria e a psicanálise. Diante dos limites teóricos que esse trabalho alcançou inicialmente, foi preciso, então, recorrer à história da relação entre esses dois campos.

O resgate histórico a partir da obra de Henri Ellenberger, que retoma as práticas em torno do sofrimento humano - antes, durante e depois da psicanálise - foi de extrema importância para historicizar o nascimento desta, a partir de Freud, e, além disso, encontrar o terreno em que Freud nascera e dialogara antes de seu feito separatista em relação ao campo médico. Esta obra em especial coloca a psiquiatria dinâmica neste terreno, o que pôde servir de apoio para a historicização também do meu percurso enquanto psiquiatra.

Para fins de organização, dediquei o primeiro capítulo ao resgate histórico e o segundo para o recolhimento das contribuições teórico-clínicas entre ambos os campos. O recorte dos efeitos que o surgimento da psicanálise trouxe para história da psiquiatria foi alocado logo após esse resgate histórico. Em resumo, a psicanálise se diferencia historicamente da psiquiatria dinâmica, conforme a obra de Ellenberger. E, produzindo efeitos sobre esta, e sobre a psiquiatria até hoje, localizo as minhas construções logo em seguida, no segundo capítulo.

Uma pergunta, no entanto, pairava durante essa pesquisa. O terreno que Freud estuda, pratica sua clínica e alcança suas descobertas contribuiu em que nível para o nascimento da psicanálise? A construção da “primeira subversão freudiana”, conforme nomeia Jorge (2010b) referindo-se à pulsão, teve alguma contribuição do terreno do qual ele se destaca?

No decorrer desta pesquisa, encontrei algumas referências de Ellenberger sobre o uso do mesmo termo por outros médicos, no entanto, nada se compara ao que essa força significa para a psicanálise. Em outras palavras, sobre esse conceito em especial, não há nada antes de Freud que comporte a magnitude desta força. Tanto a nível cultural, como no campo médico, os efeitos que essa força nova desempenhou, assim como os provocados pela análise da sexualidade humana a partir do protótipo encontrado no infantil, demonstram como Freud revolucionou.

No estudo da ética da psicanálise, Maurano (2018) aponta também a revolução de que trata a descoberta do inconsciente. A ideia de uma unidade do homem em uma “sã consciência de si mesmo”, acrescento, fora abalada. O sujeito é dividido!, aponta Freud com sua descoberta, possível após o abandono da hipnose.

A noção de apoio que Freud utilizou inicialmente para formular o autoerotismo e que fazia derivar das funções orgânicas a força da pulsão é também logo revista. Nada de orgânico como apoio para sua teoria. A pulsão tem sua fonte no interior do corpo, é trabalho de exigência ao psíquico por sua ligação com o físico. Com Maurano (2018), no estudo da ética, vamos além: a materialidade que interessa à pulsão é no nível de intensidade. “A última flor da medicina”, conforme diz Lacan sobre a relação entre psicanálise e medicina, inspirou, então, um outro questionamento: diante de tamanha diferenciação da psicanálise em relação à medicina, como sustentar um diálogo entre ambas? Como essa flor ainda se beneficia de seu caule, eixo comum entre os dois? Para isso, Miller aponta que é preciso retomar os clássicos da psiquiatria, como Paul Bercherie.

Na direção em que a flor contribuiu para o caule, Lacan surge com sua intervenção aos médicos em 1966. Propõe resgatar o médico em direção a sua função ética original, ameaçada pela mecanização da prática médica, fruto do avanço científico. Com os conceitos de demanda-desejo e gozo, fornece orientações importantes para o exercício da medicina. Acrescento aqui a noção do diagnóstico estrutural, possível a partir da escuta analítica, e importante complexificador do diagnóstico em psiquiatria.

A proposta de construção que apresento vai nesta direção: a partir das contribuições desses norteadores, formalizar um reposicionamento ético do médico em que a escuta do sujeito

é primordial. Assim, acredito que a escuta do psiquiatra sensibilizada a essa dimensão possa encontrar um lugar na prática médica. Uma escuta pontual advertida pela existência do inconsciente. Os dispositivos de supervisão em psicanálise também podem amparar essa aposta, sabendo, no entanto, que a principal via de sua sensibilização à dimensão do sujeito é a análise pessoal. Conforme Jorge escreve: “Pois o paciente não mais esquece o que vivenciou dentro das formas da transferência e tem para ele uma força de convencimento maior do que tudo o que é vivenciado de outra maneira” (FREUD, 1938 apud JORGE, 2010b, p. 87).

A partir daqui, posso introduzir mais concretamente os passos do presente trabalho:

“Da psiquiatria dinâmica à psicanálise”, conforme historiografia de Ellenberger, retomamos as diversas tentativas de abordagem e compreensão do que se passava por detrás do sofrimento psíquico e diante do qual não se alcançava uma explicação causal convincente pelas vias do biológico ou alguma outra lógica operante entre este campo e o do psíquico. Essas tentativas, no entanto, foram organizando a clínica da histeria, retirando-a do campo de exploração da demonologia. Mesmer teve papel primordial nessa mudança.

A prática da hipnose nessa época foi importante para levantar a questão da sugestão como interferência no processo de “cura” dos sintomas histéricos. A sua presença na relação que se estabelecia entre hipnotizador e paciente fazia com que estes sintomas surgissem ou desaparecessem a depender da presença do médico. Denominada como *rapport* por Mesmer, essa relação era atravessada por um exercício de poder que o terapeuta exibia sobre seus pacientes. A tendência à sugestão inerente ao humano é nomeada de sugestibilidade por Hippolyte Bernheim, que designava o fenômeno que hoje sabemos dizer respeito à divisão estrutural na base da neurose, conforme discutido por Jorge e Travassos (2021). À época, esse fato era evidenciado também pelos fenômenos de “desdobramento de personalidade”.

O deslizamento entre normal e patológico que Roudinesco pontua para caracterizar a psiquiatria dinâmica anunciava uma possibilidade de relativização da dimensão do patológico no campo da psiquiatria. Com Freud, esse deslizamento se estabiliza a partir de um pólo de “nuances do normal”, uma vez que este aponta que a psicopatologia está na vida cotidiana. E, antes disso, revoluciona com a afirmação de que a base da sexualidade humana é perversa e polimorfa, cujo protótipo é a sexualidade infantil.

A inauguração de um campo novo por Freud apresenta, assim, uma dimensão de corte que não se pode perder de vista, em relação ao discurso médico vigente em sua época. Corte este que se renova sempre para mantermos a especificidade da psicanálise enquanto campo altamente diferenciado. O corte da pulsão foi o primeiro deles, o qual é preciso acrescentar na

leitura de *Histoire de la découverte de l'inconscient*. O conceito de pulsão não apenas delimita o início da construção do campo psicanalítico, mas também parece iniciar a nomeação do enigma diante do qual a psiquiatria dinâmica se debruçava nas investigações dos sintomas histéricos.

Não são sem efeitos as contribuições que seus contemporâneos lhe ofereceram no processo freudiano de elaboração clínico-teórica. Em especial Flechner, médico romântico, cuja filosofia da natureza influenciou Freud em sua construção de diversos conceitos metapsicológicos (JORGE, 2010b). No entanto, não coube no presente estudo o aprofundamento da pesquisa quanto a outros recortes históricos que pudessem ter importância para a construção freudiana dos seus conceitos, dada a relevância de se considerar o corte freudiano e seus efeitos sobre a psiquiatria, objeto de interesse da pesquisa atual.

A explosão psiquiátrica que nos trouxe Henri Ellenberger como efeito da psicanálise na psiquiatria da época talvez aponte para uma exigência de elaboração que o trabalho freudiano causou na clínica psiquiátrica. Freud e seus achados perturbaram positivamente o campo, que necessitou se reorganizar ao encontro de algo que definisse seu objeto de interesse. Afinal, quando o inconsciente freudiano é isolado, marcando um rompimento com as ideias de Pierre Janet sobre o mesmo, há efeitos em todo o campo médico, além daqueles ocorridos na cultura.

No item em que abordamos esses efeitos da psicanálise sobre a psiquiatria historicamente, apresentei um estudo comparativo. Tratei de Henri Ey e sua teoria organodinâmica, da teoria psicodinâmica do inconsciente patógeno - ao qual creditava a responsabilidade pelas enfermidades mentais - e, também, da psiquiatria moderna trazida pelo comentário de Guy Briole, cuja relação com a psicanálise foi apontada neste trabalho. Apresentamos uma discussão entre as diferenças de objeto de interesse de cada prática clínico-teórica mencionada. Enquanto Ey inicialmente afeiçoava-se à psicanálise, desta se afasta com seu modelo de hierarquia e déficit.

O movimento antipsiquiatria, de certa forma, se aproximava da psicanálise na medida em que apostava na fala, mas, ao mesmo tempo, parecia se tratar de uma prática de psiquiatria humanizada e atravessada pela questão social da liberdade. Com Lacan, é possível ver a radical diferença de abordagem e concepção do objeto de interesse para a psicanálise. Com a ideia de estrutura, conforme destacado por Roudinesco, Lacan sai do nível do debate entre físico e psíquico como causa das enfermidades mentais. Este aponta para um nível terceiro, o da formulação, para além dessa dualidade, da ideia de estrutura psíquica.

Sabemos que, a partir do seu contato com linguistas estruturalistas, Lacan apreende a obra freudiana de um jeito específico, renovando-lhe o caráter de criação. Isola seus conceitos, nomeia outros. Nesse nível de interpretação, reapresenta as descobertas de Freud, imprimindo-lhe um estilo de transmissão próprio. Renovar o corte freudiano, como lembra Roudinesco, sobre a posição de interesse de Lacan, sem oferecer uma nova base para o saber psiquiátrico, talvez possa ser lido na proposição de não esquecermos o que a psiquiatria teve a oferecer à psicanálise, o saber que lhe é próprio e importante sustentar.

Com Miller, nessa linha, como pontuado anteriormente, a proposta seria de retomada das obras clássicas da psiquiatria, como a de Paul Bercherie, ideia interessante para renovar o diálogo entre os campos. Em seu texto “Psiquiatria e Psicanálise”, Miller (1997) retoma o mestre de Lacan na psiquiatria, Clérambault, para enfatizar essa proposta. Cada campo com sua especificidade pode, assim, contribuir para um diálogo profícuo.

A parte histórica da presente pesquisa foi uma tentativa de resgate, ao mesmo tempo do processo de diferenciação da psicanálise e de um saber na psiquiatria que pudesse contribuir para esse debate entre os dois campos ainda hoje. No entanto, esse aspecto de retomada do saber psiquiátrico merece ser relançado numa próxima pesquisa. Sobre isso, Ellenberger menciona três mestres de Freud de acordo com sua leitura, além de Jean-Martin Charcot, que não podemos esquecer. São estes: Ernst Brucke, Josef Breuer e Theodor Meynert.

No presente trabalho, foi o diferencial da psicanálise que pôde ser explicitado mais concretamente, na direção de sua contribuição para a psiquiatria. Aposto que, apesar das diferenças apresentadas, ou melhor, por elas existirem, ainda hoje a psicanálise tem muito a contribuir para o campo médico-psiquiátrico. É importante, ainda, antes de seguir nessa proposta, acrescentar alguns empecilhos para o diálogo entre esses dois campos, como aponta Mario Eduardo Costa Pereira.

Pereira (2017) contextualiza o momento em que a psiquiatria se afasta desse diálogo profícuo com a psicanálise historicamente. A partir de 1980, com o lançamento do DSM-III e a ideia de uma ação médica pragmática em torno da concepção de transtorno, a psiquiatria contemporânea, aliada ao desenvolvimento da psicofarmacologia e das neurociências aplicadas, passa a se apoiar em uma nova nosografia. Os diagnósticos psiquiátricos ficam delimitados a recortes linguísticos que tornam objetivável o fenômeno psicopatológico e, portanto, abordável pelos métodos da ciência empírico-experimental.

No entanto, o autor aponta para os impasses que a medicina pós-moderna coloca a esse tipo de nosografia pragmática. Para além da psiquiatria, mas também a envolvendo, a decisão

médica diante de técnicas científicas avançadas, como a de uma cirurgia de mudança de gênero, necessita de orientação ética. Afinal, como já advertia Lacan em 1966 em sua intervenção intitulada “O lugar da psicanálise na medicina”, diante de uma demanda há de se atentar para o desejo que ela pode estar escondendo. Em outras palavras, a pronta resposta a um pedido cuja dimensão do irreversível atravessa a conduta médica, como no caso da técnica cirúrgica citada, implica incontornavelmente a questão ética da prática médica, a mesma que a psicanálise ilumina.

A escuta do paciente em sua dimensão de sujeito, portanto, mostra sua importância na medicina para além da especialidade da psiquiatria. Diante desse breve panorama, podemos, então, retomar o fio condutor do trabalho atual cuja aposta nas construções possíveis entre a psiquiatria e a psicanálise envolveu essas dimensões apontadas anteriormente.

No segundo capítulo, que dediquei ao tema, foram abordadas as articulações teórico-clínicas possíveis entre os dois campos. Especialmente na direção que a psicanálise pode contribuir para a psiquiatria. Os principais eixos de articulação foram o diagnóstico, a escuta do sujeito, o gozo e a relação entre demanda e desejo. Cabe pontuar aqui que a questão diagnóstica que a psicanálise complexifica para a clínica psiquiátrica, ao contribuir com a noção de estrutura, requer minimamente uma escuta do sujeito, de forma a permitir poder isolar o lugar deste em sua relação com a linguagem e o campo do Outro, no interior do laço social.

A escuta do sujeito na clínica psiquiátrica é pontual, nos pontos que envolvem o tratamento médico, em que o sujeito e seu saber podem orientar a direção do mesmo, singularizando-o. A sensibilização para tal escuta, advertida da existência do inconsciente e do sujeito da psicanálise pode ser amparada pela análise e por dispositivos de supervisão em psicanálise, sabendo que a primeira é a forma príncipes desta sensibilização. A abertura a essa escuta por parte do psiquiatra pode, no entanto, no caso específico deste ter uma formação analítica e diante de alguma situação especial, desdobrar um tratamento analítico com o sujeito.

Utilizei o termo “Variantes do tratamento psiquiátrico” para o estudo das articulações possíveis da transferência na psicanálise e na clínica psiquiátrica atravessada por uma escuta analítica, suas diferenças e pontos de contato. O desdobramento excepcional de um tratamento analítico a partir de uma demanda psiquiátrica pôde, posteriormente, ser interpretado como um despertar do desejo de analista para o caso em especial desde o início. Um desejo de saber que sustentou a transferência e o lugar de analista (caso G.). Os outros casos apresentados restringem-se à clínica psiquiátrica em suas articulações com a psicanálise (caso N. e caso B.).

Sobre esses três ainda, faço um breve panorama: no caso N., conduzo a escuta da família e do paciente diante de certos limites do manejo; no caso B., é possível apostar na transferência para escutar o sujeito e ainda encaminhá-lo para a análise que se segue em paralelo ao tratamento psiquiátrico; por último, com o caso G., é possível o estabelecimento da transferência em condições que permitiram a aposta no tratamento analítico, desdobramento de uma demanda psiquiátrica inicial. Mas em que ponto essas informações têm valor de transmissão? A aposta é de que, apesar dos limites da clínica psiquiátrica, é possível escutar o sujeito. Valorizar sua singularidade e apontar para sua implicação como sujeito do tratamento psiquiátrico. Isso contribui para relativizar a aposta na medicação como única saída para o sofrimento, fazendo se desvelar também o que está para além das queixas dirigidas ao psiquiatra, a dimensão do desejo. Uma transmissão de uma chance de saída Outra para além de um percurso que cronifique seu sofrimento no tratamento que contorne superficialmente o mal-estar.

Proponho uma reorientação ética do médico de acordo com essas contribuições fundamentais da psicanálise à clínica psiquiátrica, a saber: o gozo, a relação entre demanda e desejo e o sujeito do desejo do inconsciente. Uma reorientação que permita o resgate da função médica em sua dimensão original.

Sobre o terceiro tempo do trabalho em que abordamos os passes de Freud, considero tê-lo incorporado como parte dessa conclusão realizada até aqui, uma vez que os conceitos abordados neste capítulo - a pulsão, o recalque e o inconsciente, além da ética do desejo - nortearam a confecção dessa conclusão.

Poderíamos dizer que o percurso exposto até o momento se aproximaria de uma certa “tensão essencial”, conforme Thomas Kuhn (1977/2011) nomeia seu livro, referindo-se à importância de se sustentar uma certa tensão entre o pensamento divergente - a liberdade de começar em diferentes direções - e o convergente - baseado em um sólido consenso estabelecido. Segundo o autor, essa tensão entre pensamentos conflitantes contribuiria para os avanços de pesquisas científicas, o que, no caso, traduzo para a possibilidade de que um sustentar as diferenças entre os campos da psiquiatria e da psicanálise pode, ao mesmo tempo, contribuir para nortear o trabalho de elaboração das articulações possíveis entre eles. Dessa forma, sustentar aquilo que seria a construção de intersecções possíveis entre ambos os campos para além das diferenças essenciais que os identifiquem em suas especificidades é fundamental.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BATAILLE, L. Desejo do analista e desejo de ser analista. In: *O umbigo do sonho. Por uma prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BRAUNSTEIN, N. *Gozo*. São Paulo, Escuta, 2007.
- BRIOLE, G. O futuro da psiquiatria: a psicanálise. In: *Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- CESBRON, H. *Histoire critique de l'hystérie*. Paris: Asselin et Houzeau, 1909.
- CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ELLENBERGER, H. F. *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Paris: Ed. Fayard, 1994.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. H. *Tratado de Psiquiatria*. Masson, 1978.
- FÉDIDA, P. *Clínica Psicanalítica - estudos*. São Paulo: Ed. Escuta, 1988.
- FONDATION DU CHAMP FREUDIEN. Demande, désir, jouissance dans la névrose obsessionnelle. In: *Hystérie et Obsession - Collectifs de La Fondation du Champ freudien*. Navarin Éditeur, 1985.
- FRAZÃO, F A. R. *A importância da entrevista preliminar no diagnóstico diferencial em psicanálise*. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.
- FREUD, S. As psiconeuroses de defesa [1894]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.
- FREUD, S. A sexualidade na etiologia das neuroses [1896]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.
- FREUD, S. Novos comentários sobre as psiconeuroses de defesa [1896]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.
- FREUD, S. Primeiras publicações psicanalíticas [1893-99]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.
- FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva [1909]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1996e.

- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996f.
- FREUD, S. Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise [1912]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996g.
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento [1913]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996h.
- FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a psicanálise [1917]. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996i.
- FREUD, S. O recalque [1915]. In: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
- GABBARD, G. O. *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* [1990]. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GARCIA-ROZA, L. A. *Artigos de metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Obra original publicada em 1995).
- GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018. (Obra original publicada em 1984).
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v. 1: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010a.
- JORGE, M. A. C. (Org.). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010b.
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v. 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017a.
- JORGE, M. A. C. Freud e a invenção da clínica estrutural. In: SANTOS, A. J. & ALMEIDA, M. T. F. (Orgs.). *Futuros da psicanálise*. Rio Grande do Sul: Mauad, 2017b.
- JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. *Transexualidade. O corpo entre o sujeito e a ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.
- JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. *Histeria e Sexualidade - Clínica, estrutura, epidemias*. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.
- KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

- KHUN, T. S. *A tensão essencial*. São Paulo: Ed. Unesp, 2011. (Obra original publicada em 1977).
- LACAN, J. Variantes do tratamento padrão [1955]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. *O seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995. (Seminário original proferido em 1956-57).
- LACAN, J. *O seminário livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. (Seminário original proferido em 1950-60).
- LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Seminário original proferido em 1964).
- LACAN, J. *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1992. (Seminário original proferido em 1969-70).
- LACAN, J. *O seminário, livro 20: Mais ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Seminário original proferido em 1972-73).
- LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. *Opção lacaniana*, v. 32, pp.8-14, 2001. (Obra original publicada em 1966).
- LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina [1966]. In: AUBRY, J. (Org.). *Psicanálise de crianças separadas – estudos clínicos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004. (Obra original publicada em 1966).
- LACAN, J. *O saber do psicanalista*. Ciclo de conferência inédito. 2 de dezembro de 1971.
- LAPLANCHE, J.-B.; PONTALIS, J. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2016.
- LEITE, S.; COSTA, T. *Letras do sintoma*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2016.
- MAURANO, D. *Elementos da clínica psicanalítica, volume I: o desejo e sua ética*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2018. (Obra original publicada em 1995).
- MENENDEZ, V. En torno a la dinámica de Leibniz. La trama histórica de un camino que desde la metafísica condujo a la física. In: *Epistemología e Historia de la Ciencia*. 2002.
- MILLER, J.-A. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana*, ano 3, n. 7, 2000.
- MILLER, J.-A. Psicanálise e Psiquiatria. In: *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- PEREIRA, M. E. C. Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, v. 11, n. 2, 2008, p. 301-309. doi: 10.1590/S1415-47142008000200013.
- PEREIRA, M. E. C. Freud, o Sujeito da Psicopatologia e o Futuro da Psiquiatria. In: KUPERMANN, D. (Org.). *Por que Freud hoje?*. São Paulo: Ed. Zagodoni, 2017.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RIBEIRO, M. A. C. *Um certo tipo de mulher*. Rio de Janeiro: 7 Letra, 2011.

ROUDINESCO, E. *Dictionnaire amoureux de la Psychanalyse*. Plon Seuil, 2017.

ROUDINESCO, E. *Histoire de la Psychanalyse en France, tome 1: 1885-1939*. Paris: Fayard, 1994.

VIEIRA, M. A. “O lugar da psicanálise na medicina- introdução à uma conferência de Jacques Lacan”. *Cadernos do IPUB*, v. III , n. 21, 2002.

ZILBOORG, G. *Historia de la psicologia médica*. Buenos Aires: Hachette S.A., 1941.

ZWEIG, S. *A cura pelo espírito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017. (Obra original publicada em 1931).