

Laboratório de Ensino

Este relatório foi elaborado pela equipe de monitoria do curso de extensão “As estruturas clínicas e a clínica psicanalítica na contemporaneidade”, ministrado pela Profa. Dra. Flavia Lana Garcia de Oliveira entre os dias 22/09/2022 e 01/12/2022, com a participação de professores convidados.

Ana Clara Cruz Lopes (Graduanda em Psicologia pela UFF – Niterói. Bolsista de Iniciação Científica pela FAPERJ)

Beatriz Coube Gerk Andreolli (Graduanda em Psicologia pela UFF – Niterói)

Izabella da Silva Ribeiro (Graduanda em Psicologia pela UFF – Niterói)

Paula Portugal Timotheo Habibe (Graduanda em Psicologia pela UFF – Niterói)

Vitória de Souza Nogueira (Graduanda em Psicologia pela UFF – Niterói)

Flavia Lana Garcia de Oliveira (Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UFF – Niterói)

AS ESTRUTURAS CLÍNICAS E A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA CONTEMPORANEIDADE

I. Introdução

O curso de extensão intitulado “As estruturas clínicas e a clínica psicanalítica na contemporaneidade” pretendeu, a partir da casuística encontrada nos atendimentos do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense - campus Niterói, transmitir os preceitos necessários para capacitar estudantes de graduação em psicologia, nos seus primeiros passos, rumo a uma prática clínica mais rigorosa, metódica e organizada em uma orientação psicanalítica; além de contribuir com a transmissão da psicanálise na formação geral de seus participantes.

A primeira aula objetivou apresentar a introdução do curso e os temas a serem trabalhados, salientando a importância clínica das estruturas psíquicas e do diagnóstico diferencial para a escuta do sujeito e a direção do tratamento, a partir do que foi trazido por Freud de forma paradigmática, por Lacan, mas também a partir das atualizações encontradas na clínica contemporânea. Em *Sobre o início do tratamento*, Freud (1913/1996) abordou o tema do “tratamento de ensaio” ou do “exame preliminar” como o que caracteriza o começo de uma abordagem psicanalítica. Para tanto, destacou os dois pilares essenciais que norteiam o trabalho realizado do que Lacan (1955-1956/1985) chamou de “entrevistas preliminares”: a

sondagem diagnóstica para a apreensão da lógica da configuração psíquica e a abertura para o ato analítico do sujeito, o que envia à necessidade de examinar as condições transferenciais para a realização de intervenções mais expressivas que propiciem o processo analítico.

O diagnóstico psicanalítico permite uma demonstração lógica do caso clínico ao evidenciar a hipótese freudiana do inconsciente. Nesse sentido, as estruturas clínicas possibilitam um mapeamento do modo de gozo e da modalidade do laço como o Outro, o posicionamento do sujeito em relação ao falo; assim como as raízes libidinais que organizam a sua subjetividade. É crucial enfatizar que a psicanálise não é uma orientação clínica intuitiva ou de especulação sobre a vida de cada sujeito. Logo, trata-se de um percurso importante na formação do clínico possuir ferramentas sólidas sobre as distinções na estrutura psíquica para identificar o que há de singular em cada sujeito. Tal conhecimento serve para orientar a clínica, mas não pode servir de obscurecimento do valor singular do sintoma de cada um, o que se torna um desafio na prática psicanalítica.

Em textos como *Neurose e Psicose*, Freud (1924[1923]), *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud (1924), *Sobre Narcisismo, uma introdução*, Freud (1914), no *Esboço de Psicanálise*, Freud (1940[1938]), o autor já havia mapeado os três tipos de respostas à castração que configuram as estruturas clínicas: o recalque, a rejeição e o desmentido, como defesas psíquicas referidas, respectivamente, à neurose, à psicose e à perversão. Porém, cabe ressaltar que foi Lacan que ensinou sobre a clínica estruturalista, trazendo critérios mais precisos para definir o diagnóstico diferencial, demonstrando que as três respostas apontam para a relação do sujeito com a linguagem, com a cultura e com a falta constitutiva. Lacan, pautando-se na hipótese da metáfora paterna, aborda o mito do Édipo a partir da lógica estruturalista e define, então, a incidência dos complexos de Édipo e de Castração no âmbito da inscrição de um operador simbólico e de um elemento lógico na subjetividade que organiza a relação do sujeito com o Outro. Assim, as estruturas clínicas definem a relação do sujeito com a cultura e em como a pulsão se liga à civilização, revelando as bases mais fundamentais de como a pulsão pôde se conectar, ou não, ao campo do Outro.

Conforme pontuado anteriormente, a sensibilidade estruturalista, que, para além de uma formação robusta aponta para uma certa sagacidade clínica do analista, não deve representar um recuo no valor singular e inédito do sintoma de cada um. Trata-se de um ponto de atenção para que as exigências lógicas do diagnóstico diferencial não produzam certa inércia

na escuta em torno de um tipo de saber que seja redutível ao conhecimento sobre as estruturas.

Por isso, é importante ressaltar que o lugar do clínico na prática analítica não é o de conferir verdade ao que o sujeito diz e nem o de buscar compreendê-lo, mas sim, a partir de uma posição de “não saber” direcionar a escuta para as formas com que o sujeito lida com a dimensão da falta e com a impossibilidade de uma satisfação absoluta, ou seja, frente ao problema do desamparo. Assim, nessa fase preliminar das entrevistas, deve o clínico caminhar pelas seguintes etapas: 1) Passar do fenômeno (o que se apresenta e é descrito pelo sujeito) à estrutura (uma abordagem mais analítica que busca identificar as fantasias que tais manifestações se apoiam); 2) Fazer o rastreamento dos destinos que assumiram a sexualidade infantil do indivíduo; 3) Localizar as fantasias do sujeito em relação ao Outro; 4) Identificar o que se repete em relação à pulsão.

Além disso, podem ser mapeadas algumas outras questões a depender da estrutura que cada caso. Ao localizar determinado caso em uma estrutura neurótica, cabe perguntar: “Como este sujeito goza?”, “Qual é a fantasia?”, “Para além do que se queixa, com o que se satisfaz do ponto de vista da pulsão?”. Ao localizar um sujeito em uma estrutura psicótica, a questão principal deve girar em torno de: “Quais foram os pontos de impasse na sua constituição?”, “O que causou a rejeição daquilo que vem do campo do Outro?”, fazendo com que responda ao que vem do Outro de forma vertiginosa.

Em suma, o diagnóstico diferencial a definir a estrutura clínica do sujeito se pretende muito menos para rotular, engessar, reificar determinada categoria, e muito mais para servir de instrumento capaz de aproximar o clínico do que está em jogo do ponto de vista da pulsão. Segundo Freud, a psicanálise envolve uma prática cirúrgica e não cosmética. Ou seja, o tratamento psicanalítico visa alterar algo na estrutura do sujeito, ainda que numa visada pouco entusiasta, reconhecendo a complexidade da prática clínica, a impossibilidade de extinguir o núcleo da repetição pulsional (cujas fixações são mapeadas na clínica) e a resistência do sujeito. Para Freud o tratamento envolve conseguir sair da miséria neurótica rumo a uma infelicidade banal, o que aponta para a capacidade de o sujeito bem lidar com os desencontros, com as diferenças, os desarranjos, desenvolvendo, através do tratamento, uma certa forma de conviver com o mal-estar, com o desamparo, sem a ilusão de obter a felicidade plena. Mas, ao mesmo tempo, atingindo uma satisfação possível.

1. Neurose Histórica

Adentrando a segunda aula do curso, foi abordado o primeiro pilar das entrevistas preliminares que se circunscreve à sondagem diagnóstica nos primeiros tempos da abordagem clínica com fins de estabelecer uma hipótese de trabalho consistente, que pode ser corrigida, aprimorada, mas que sirva como um disparador que leva o clínico ao trabalho a partir de princípios, estabelecendo um esboço sobre a direção do tratamento a seguir, sobre o lugar que o analista pode ocupar em tal dinâmica e o que pode ser mapeado minimamente como expectativa do alcance clínico em cada caso. Para tanto, é necessário saber reconhecer e diferenciar a neurose da psicose e, para isso, o campo da histeria é bastante elucidativo. Freud inicia o estudo da histeria para esclarecer o que é uma neurose e sua causa de base sexual, a partir de dois aspectos: a importância da sexualização na estruturação do sujeito e da lógica da fantasia. Para entender o que é uma neurose, é necessário abordar a clínica do sujeito aliada à clínica da civilização e apontar para o sujeito sobre o qual a psicanálise opera.

Por intermédio da articulação entre os textos *A ciência e a verdade* (LACAN, 1966/1998b) e *A questão de uma Weltanschauung* (FREUD, 1933/1996), foi possível esclarecer que tal sujeito só pode ser o sujeito da ciência moderna, uma vez que ele opera a partir de pressupostos inéditos. Trata-se do surgimento de uma visão de mundo – um conjunto de percepções –, que se estruturou em um tempo no qual se destaca a descontinuidade com as premissas regentes da organização social até então estabelecida, de base religiosa. Estas conferiam sentido ao modo pelo qual as pessoas se situavam diante da vida. Há, nesse contexto, um corte epistemológico, a partir da fundação de uma nova forma de pensar e se situar no mundo, assinalada pela instauração da racionalidade cartesiana e pelos feitos de Galileu.

Retomar o estatuto do sujeito científico para a psicanálise possibilitou a entrada no campo das neuroses, pois nesse momento de mutação da ciência e da sua forma de ler o mundo, em termos de *episteme*, o valor do individualismo pôde emergir. A noção central de indivíduo, enquanto aquele que pensa, encontra-se aderido a princípios culturais laicos e que será autônomo se for capaz de aprender as bases da ciência. Na medida em que Lacan asseverou que o sujeito pelo qual a psicanálise opera só pode ser o sujeito da ciência, ele apontou, conseqüentemente, para o fato de que a neurose só se dá a partir de um sujeito cuja subjetividade é dividida, ou seja, do sujeito que recalcou os elementos mais primários de sua constituição quando era ainda muito dependente do Outro e tinha seu funcionamento

desaparelhado pelo pensar científico.

Em suma, o surgimento do sujeito da ciência acarretou o nascimento do inconsciente a partir da investigação psicanalítica, apontando para a divisão constitutiva do sujeito. O sujeito científico é aquele que recalca aquilo que é da ordem da fantasia e das crenças, valoriza os processos psíquicos secundários e tenta rechaçar os processos primários. Assim, a emergência da noção de indivíduo dotado de faculdades psíquicas que possibilitam o discernimento, bem como do recalque de modos de satisfação libidinal, impulsos e desejos incompatíveis com a realidade, se caracterizam enquanto pontos essenciais à compreensão da neurose. A neurose só pode eclodir quando o que está em questão é um sujeito dividido entre sua dependência infantil e uma nova posição em consideração às exigências da vida. A psicanálise pressupõe que o sujeito não quer saber do que diz respeito à incidência do desejo do Outro diante de seu desamparo originário, no que se refere a sua constituição. Como efeito, este tende a se colocar no laço social como um senhor de si: um indivíduo.

A concepção psicanalítica da histeria e o respectivo quadro clínico auxilia-nos no entendimento acerca do funcionamento da estrutura neurótica. Para isso, foi preciso remontar ao seu surgimento, quando Freud se deparou com uma série de sintomas, predominantemente em mulheres do Hospital La Salpêtrière, durante seu estágio em Paris, no final do século XIX. Todos os casos evidenciavam a dimensão do sexual enquanto aspecto significativo do quadro, sobretudo no que se relacionava à figura paterna. Alicerçado em suas investigações, Freud associou a histeria a alguma experiência infantil de base traumática. O componente traumático se referia a um excesso de estímulos contra os quais o sujeito não conseguia elaborar. Nesse sentido, pôde concluir que a histeria se encontrava vinculada a algo que se impunha no período infantil e que o sujeito, posteriormente, tendia a responder a partir de certas fixações. A afirmação freudiana de que os histéricos sofrem de reminiscências (FREUD, 1893/1996) constitui uma definição que se aproxima dos efeitos da fantasia sobre o neurótico. Este funcionamento diz respeito a marcas inconscientes do encontro com o Outro em um tempo primordial. A passagem dos sintomas à fantasia conduzem os impasses do campo da histeria à sexualidade e seu valor constitutivo. Por intermédio da fantasia de sedução, é o encontro com o desejo do Outro, o qual se faz sob a forma da interferência da função paterna na subjetividade. Essa fantasia de sedução, no contexto da histeria, se caracteriza como um elemento a serviço de uma fantasia inconsciente que, aparecendo sobre a forma da ideia de ter

sido assediada, traduz o encontro estruturante com o sexual, o qual é sempre introduzido pelo Outro paterno.

A sexuação põe em jogo a função paterna – para além da função materna. No que diz respeito à histeria, Freud, em *Sexualidade Femina*, (1931/1972) esclarece que implica a experiência da ferida narcísica de ausência do falo no âmbito do complexo de castração. Há, dessa forma, uma forte reivindicação junto à mãe, com o intuito de reparação da perda, concomitante a uma organização marcada por um forte amor ao pai, possível doador do falo. Partindo do que foi exposto em relação à histeria, foi possível elencar alguns aspectos importantes sobre esta neurose. Primeiro, cabe ressaltar a neurose como efeito do recalque, ou seja, como efeito de um trabalho psíquico que leva o sujeito a querer se separar de impulsos edípicos que se mostram incompatíveis com a vida compartilhada, em favor de destinos mais sublimatórios. No neurótico, porém, aquilo que necessitava ser recalcado ainda semantém presente de alguma forma, pois o recalque, aqui, não resolve nem elimina, apenas tem o efeito de dissolver. Além disso, vale salientar a neurose como uma oposição, um Eu que se diferencia das tendências mais primárias, sendo imprescindível, para isso, a adesão ao espírito científico. Ainda, a neurose está relacionada a um certo consentimento com a função paterna. Em outras palavras, a neurose se vincula com a função lógica que a função paterna passa a exercer com a modernidade, o que faz o sujeito recalcar e querer estar na vida pública. Por fim, ao trazer o sonho da Bela Açougueira, descrito por Freud em *A Interpretação dos sonhos* (1900/1996), foi plausível perceber a estrutura da posição histórica frente ao desejo, mantendo-o como desejo insatisfeito. Além disso, o sujeito histórico se coloca como objeto de satisfação do Outro.

2. Neurose Obsessiva e Fobia

O tema da neurose obsessiva foi trabalhado na terceira aula do curso a partir da questão das fixações dos neuróticos a detritos da sexualidade infantil, aos quais o sujeito se manteve ligado e fixado. Em *A sexualidade na etiologia das neuroses*, Freud (1898/1996) referiu-se às minuciosas investigações realizadas naqueles últimos anos que o levaram à convicção de que as causas mais imediatas e importantes de todo caso de enfermidade neurótica se encontram em fatores da vida sexual. Verificou que os acontecimentos e as influências existentes em toda neurose não pertencem exclusivamente à atualidade, mas há uma época muito antiga da vida:

a primeira infância. Sendo assim, concluiu que todos os casos de neurose possuem etiologia sexual.

O afeto na neurose obsessiva permanece disponível provocando excessos na atividade de pensamento através de falsas conexões (*mésalliances*) com ideias que não possuem conexão com o recalcado que busca se expressar por vias indiretas (FREUD, 1894/1986). No que diz respeito ao diagnóstico estrutural, destacou-se que, na fantasia obsessiva, predomina a organização sádico-anal (FREUD, 1913/1996). O circuito pulsional em torno da retenção e da expulsão dos excrementos funda uma modalidade arcaica de laço com o Outro atravessada pela ambivalência afetiva. O obsessivo é habitado inconscientemente pela satisfação em ser aquele que representa tudo que a mãe quer. O sentimento de culpa torna-se evidente ao sujeito que se julga demais, revelando um supereu muito alçoz (FREUD, 1923/1996). Assim, a obsessão se transfere da representação ou afeto para as medidas preventivas. O afeto substitutivo se torna consciente, ou seja, a repulsa de ter praticado na infância o ato sexual se transforma em vergonha de que outra pessoa o saiba, ou se transforma em medo hipocondríaco, acarretando consequências físicas, medo social remetido a uma condenação do delito cometido, ou medo à tentação, uma desconfiança justificada na própria força moral da resistência. Segundo Freud (1894/1986), uma vez tornada consciente a recordação infantil sexual recalcada, a obsessão desvanece.

Um outro ponto abordado foi a relação rivalitária com o Outro paterno em função da forte fixação nutrida pelo sujeito. As ideias obsessivas a que Freud se refere são as reprovações que o paciente dirige a si próprio. Tais reprovações seriam deformadas por um trabalho psíquico inconsciente de substituição das representações intoleráveis. As recordações e as repulsas das experiências sexuais infantis não chegam à consciência sem sofrer deformações. O *Eu* tenta, com efeito, defender-se pelos sintomas que representam “medidas preventivas” na luta contra as representações intoleráveis e afetos correspondentes. Estas medidas preventivas podem se tornar atos obsessivos que asseguram ao *Eu* a defesa contra o retorno do conteúdo recalcado.

As obsessões distinguem-se das fobias, pois no mecanismo da fobia, não se trata da substituição de ideias intoleráveis, mas de um conflito psíquico que culmina em um estado de angústia no qual a solução encontrada pelo sujeito seria a de substituir esse conflito por um objeto evitável (FREUD, 1894/1986). Na análise do caso do Homem dos Ratos, Freud (1909/2006) refere-se a duas formas de operação do recalque, enfatizando que, na neurose

obsessiva, este ocorreria parcialmente. Posteriormente, Freud (1914/2006) afirma que, na neurose obsessiva, o esquecer restringe-se principalmente à dissolução das vinculações de pensamento, ao deixar de tirar as conclusões corretas e isolar lembranças. Essas observações fornecem fundamentos para a reintrodução do termo “defesa” que havia caído em desuso após a formulação do conceito de recalque.

3. Psicose e Paranóia

A partir de textos como *Sobre o narcisismo: uma introdução* (FREUD, 1914), *Perda da Realidade entre neurose e psicose* (FREUD, 1924), *Neurose e Psicose* (FREUD, 1924), *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (LACAN, 1957/1958) *De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose* (LACAN, 1966), entre outros, a quarta aula do curso pretendeu fazer um percurso pelas principais características da estrutura psicótica e da paranóia, sua constituição, suas peculiaridades e as possíveis direções no tratamento desses casos.

A psicose, segundo Freud, é caracterizada como um processo defensivo mais poderoso e bem sucedido, na medida em que o sujeito psicótico exclui drasticamente elementos que tenham se apresentado na realidade e que poderiam servir como orientadores para a construção de uma nova posição. É como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido, configurando um desligamento radical da realidade. Posteriormente, Lacan descreve a psicose como aquela estrutura que não conta com a operação da metáfora paterna, o que configura a forclusão do significante Nome-do-Pai. O Nome-do-Pai pode ser descrito como uma Lei simbólica responsável pela interdição do incesto e por fazer o sujeito abdicar do lugar de objeto fálico da mãe através do recalque. Portanto, cabe dizer que o recalque presume a intervenção paterna e a introdução da noção do impossível – a qual impulsiona o sujeito a se reorientar libidinalmente. Visto isso, os sujeitos pertencentes à estrutura psicótica são marcados pela ausência da presença desses operadores simbólicos e acabam por se fixar em uma posição de objeto, prevalecendo nesses casos, um excesso de imaginário, sem interferências do Outro e, conseqüentemente, sem pacto com a realidade.

Essas configurações denunciam o não advento de um Eu dividido e estruturado – como é encontrado em sujeitos neuróticos – que conta com o supereu e é responsável por incentivar o respeito às leis e à cultura, além de guardar resquícios do drama infantil e do romance familiar.

Este último se refere às fantasias incestuosas que mostram que o sujeito não exclui o outro completamente, produzindo marcas psíquicas e permitindo que a singularidade advenha. Assim, essa defesa radical que se encontra nas psicoses, sem resquícios do drama familiar e que afasta o sujeito da realidade, é empobrecida em relação à eficácia simbólica, não sendo suficiente para conter a ordem pulsional e, portanto, responsável por deixar o sujeito desprotegido.

Com esse desligamento brutal das funções edípicas para Freud e/ou da metáfora paterna para Lacan, observa-se um retorno maciço da libido para o Eu sem que haja nenhum lastro do que o sujeito pôde extrair da realidade e dos objetos que foram perdidos. Desse modo, observa-se o entupimento do *Eu* pela libido, o que é desorganizador para o sujeito psicótico que tem seu *Eu* configurado inteiramente pelos impulsos, sem marcas de uma frustração-castração infantil que é organizadora. As consequências desse cenário aparecem sob a forma de distorções da realidade, fenômenos perturbadores no âmbito do corpo (algo intrusivo e que vem de fora, do Real para o Eu – sem intermédio do simbólico), além de ser notória a incapacidade de um discurso articulado com o uso de símbolos, códigos e recursos linguísticos.

Desse modo, na tentativa de conter todo esse mal estar e perturbações, de remendar-se com a realidade e de recolocar-se, o sujeito psicótico se refugia a partir de metáforas delirantes. Estas não estão salvas das distorções dessa configuração estrutural devido ao desligamento inicial, contudo, operam na construção de realidades que funcionam como uma prótese – mesmo que, dificilmente, essas construções possam abarcar um coletivo maior.

Lacan, ao se aprofundar nos mecanismos psicóticos e afirmar a forclusão do Nome-do-Pai, isto é, da função paterna, expõe que esses sujeitos deixam de se apoiar num operador psíquico que os permitiria habitar a linguagem e utilizá-la para sustentação. Lacan define a operação da metáfora paterna como aquela que incide primordialmente no desejo da mãe, configurando-o como desejo do falo e não do bebê única e exclusivamente. Com isso, seu desejo é relançado para outra coisa. O bebê pode até representar esse falo em algum momento, mas vem a descobrir que não o é. Isso permite com que aquele que encarna a função paterna seja visto como o portador do falo – aquilo que a mãe deseja – operando como uma metáfora que dá um novo sentido ao desejo materno e, portanto, um novo lugar à criança que não mais aquele da “boca de crocodilo” da mãe (LACAN, 1969/1998, p. 105). Por isso, o Nome-

do-Pai, caracterizado por Lacan como “o vetor da lei do desejo” (LACAN, 1969/2003, p. 369), é o mecanismo que possibilita a perfuração e redução do imaginário através do simbólico. Com outras palavras, proporciona a inserção do imaginário no simbólico, tornando as relações mais organizadoras e apaziguadoras para o sujeito, ou seja, mais próximas de um princípio de realidade.

Visto isso, sem essa operação da metáfora paterna capaz de reordenar as relações imaginárias, os psicóticos ficam sem recursos necessários para metaforizar o gozo, isto é, para substituir o gozo com alguma coisa por outra. Assim, a psicose é descrita pela ausência de uma ausência (castração), ou seja, uma estrutura na qual não há o imperativo de impossibilidade, algo que efetivamente empurra o sujeito a criar uma defesa e a se questionar e/ou duvidar sobre as situações; não há significações múltiplas; não há ponderações mais complexas; não há a relativização de verdades e nem considerações sobre as contradições do mundo. Ao contrário, o psicótico é marcado pela certeza, pela rivalidade, por suas significações absolutas e conseqüentemente, por uma não abertura à dialética e ao Outro.

Considerando esse cenário, a paranóia se estrutura como uma solução psicótica na tentativa de conter o escorrimento libidinal. Uma de suas principais características é a eleição de um outro mau, perseguidor, como um retorno consistente do Nome-do-Pai, isto é, o retorno da função paterna – não simbolizada – no real. Além da experimentação de uma satisfação no lugar de objeto – de ser aquele que é perseguido – o paranóico também experimenta um engrandecimento de si, tendendo a perceber-se frequentemente como o centro das atenções, ou seja, traços megalomaniacos são comuns de serem presenciados nesses casos. Outra característica é que, presenciam-se nos discursos desses sujeitos, um imaginário potente e construções intelectuais muito elaboradas (o retorno da libido para o Eu se concentra principalmente nesse sistema intelectual). Também é importante ressaltar que prevalece, na paranóia, a pulsão de morte, seja pelo autoextermínio, pela automutilação, pela rivalidade ou pela perseguição.

Assim, a direção de tratamento na psicose percorre a via de negar o delírio, mas sim de secretariar o alienado – sujeito que não faz pacto com a realidade – sendo o psicólogo um parceiro das suas construções delirantes com o objetivo de torná-las mais organizadoras, e conseqüentemente, permitindo maior qualidade de vida para o sujeito. No caso da paranoia, trata-se de atentar para que tais construções delirantes não sejam transbordantes demais, a

fim de barrar o que se tem de masoquístico (decorrente da pulsão de morte). Além da necessidade de suporte medicamentoso (vínculo psiquiátrico), é importante a realização de um trabalho investigativo buscando situar quando ocorreu o desencadeamento, quais foram suas causas e quais as soluções encontradas pelo sujeito frente a esta desorganização, isto é, os rearranjos que já vêm sendo feitos. Portanto, o direcionamento deve partir do entendimento sobre o que o conteúdo do delírio diz do inconsciente do psicótico, do trabalho com o que não foi simbolizado e por fim, do olhar para o que condiciona seu delírio, isto é, o que foi forçado e que retorna do Real.

4. Esquizofrenia e Melancolia

No quinto encontro do curso, foi abordada a metáfora paterna como operador simbólico, um elemento fundamental para a organização do aparelho psíquico, para a elaboração psíquica da falta de um objeto absoluto de satisfação e para a percepção da impossibilidade de uma completude, ou seja, de uma relação inteiramente complementar com o outro. Todo esse trabalho psíquico possui impactos profundos em quatro dimensões da vida psíquica: 1) atividade de pensamento, 2) atividade perceptiva, 3) uso da linguagem, 4) mundo dos afetos. Em entrevistas preliminares, todas essas dimensões são avaliadas e a metáfora paterna age diretamente sobre cada uma dessas dimensões, produzindo efeitos constitutivos/civilizatórios.

No âmbito do pensamento, o maior efeito da metáfora paterna é submeter os processos primários de pensamento aos processos secundários, permitindo que o indivíduo não seja guiado somente pelos impulsos. Assim, o pensamento é conduzido por critérios, pela racionalidade e não pela bruta força constante da pulsão. No campo das percepções, a metáfora paterna permite que o sujeito não alucine, que perceba o que os outros também percebem, pois a percepção fica ligada ao que se passa no laço social. A sensopercepção, que é uma faculdade psíquica, permite que o sujeito tenha referências e que seja capaz de se conectar à realidade, levando em consideração a atividade de pensamento regida pelos processos secundários. Ademais, a metáfora paterna também organiza a linguagem, ligando as coisas às palavras, ou seja, os significantes aos significados, atribuindo a certas construções linguísticas significações que são coletivas. Sem a metáfora paterna, observa-se um desajuste e uma série

de anomalias que parasitam o uso da língua, desde o mutismo até os impulsos verbais. Por fim, a metáfora paterna permite, na questão dos afetos, que o indivíduo dialetize e pondere, sem submeter a dimensão afetiva ao funcionamento, que é pura descarga pulsional. Cabe mencionar que Freud chama de ambivalência afetiva o efeito da insuficiência da metáfora paterna, que impede que se encontre uma justa medida e que os afetos sejam submetidos a algum tipo de controle.

O tema da esquizofrenia foi abordado a partir das demências precoces, a partir de Freud. Tal termo, cunhado pela psiquiatria, baseia-se no fenômeno central da esquizofrenia, que pode ser percebido por uma certa perda de coesão interna que aparece nos fenômenos psíquicos e uma desagregação mental, como se o sujeito não estivesse suficientemente estruturado, com modificação profunda, duradoura e, muitas vezes, progressiva da personalidade, alterando todos os polos de seu funcionamento. Depois, vemos que o termo esquizofrenia, introduzido por Bleuler, aponta para um caráter de fragmentação mental, em que o indivíduo se apresenta muito dissociado, sendo possível verificar a forclusão do nome do pai. O sujeito não pode se servir de saberes mais civilizatórios para sair da posição de objeto do outro. Na metáfora paterna é permitido que introduzamos o outro na nossa subjetividade, sem nos confundirmos com esse outro, em uma esquizofrenia não se conta com isso, pois o que é predominante é justamente a ausência de uma produção delirante mais sólida e a existência de uma atividade alucinatória muito ativa, constante. Isso leva a um estado de fragmentação maior, que inclui, por exemplo, a desagregação, alterações profundas no sistema lógico, pensamento muito embaralhado, lentificado e desordenado, prolixidade, descarrilamento, bloqueio de pensamentos, pensamentos demasiadamente irrealis e esboços de delírios em uma via muito mística, pois há predomínio do pensamento mágico.

Sob essa ótica, cabe dizer que, justamente por apresentar um caráter fragmentado, mesmo o sistema delirante apresenta dificuldades para se estruturar, pois existem estados delirantes que não apresentam tanta consistência. Na esquizofrenia, a insuficiência do imaginário para levar o sujeito a uma produção delirante mais encorpada aparece nas anomalias internas, em que o sujeito se sente recorrentemente transformado, metamorfoseado. Nesse sentido, é uma estrutura com um funcionamento muito pouco contínuo, ou seja, o imaginário não supre o simbólico, como acontece na melancolia e na paranoia, pois o imaginário é mais difuso. Além disso, o supereu pós-edípico não opera como

um regulador psíquico, ou seja, não há uma voz da consciência, uma autocrítica, a capacidade de se avaliar, de ser regido pelo bom senso. O supereu e a pulsão, que deveriam fazer uma parceria em prol da vida civilizada, não o fazem, pois a voz não vem do supereu internalizado, mas sim radicalmente de fora, como uma alucinação, algo violento, que é como o outro aparece. Esse outro leva o sujeito a se experimentar como objeto, sendo profundamente objetificado, não se elaborando a partir disso e não desenvolvendo, então, uma estética de existência. Justamente por isso que, na esquizofrenia, encontram-se muitos fenômenos de isolamento, como a catatonia.

Finalizando a discussão acerca da esquizofrenia, entramos, então, no estudo da melancolia, a qual possui efeitos de uma idealização acentuada do outro. Em *Luto e melancolia* (1917), Freud diz que a melancolia é a resposta a uma perda, mas uma perda de caráter mais ideal. Isso significa que o melancólico é alguém que é marcado por uma relação primária excessivamente idealizada com o outro materno, tendo a experiência de uma complementaridade possível mais acentuada; é, então, muito idealista. Ademais, há a predominância, na melancolia, do supereu arcaico pré-edípico. Esse supereu arcaico é definido por Freud, em *O Eu e o Isso* (1923), como cultura pura de pulsão de morte. Nas melancolias, o que aparece é um forte sentimento de culpa, uma autorrecriminação constante, sendo o delírio melancólico o delírio de pequenez, de que ele não vale nada, estando ligado a um supereu que condena o sujeito e que aparece, portanto, como pura pulsão de morte. Tal questão difere da autocrítica do supereu pós-edípico, pois a autopunição do supereu arcaico um gozo obtido com a desqualificação de si mesmo. Sob essa ótica, o supereu arcaico representa o indivíduo na posição de objeto da mãe, totalmente à mercê do outro, sendo altamente destrutivo. Há, além disso, a identificação narcísica do indivíduo com o objeto, descrito por Freud em *Luto e Melancolia* (ibidem). Nesse momento, Freud afirma que a sombra do objeto recai sobre o eu, tendo relação com o fato de que, para o melancólico, o outro é decepcionante. Contudo, ao invés de abrir mão desse outro, o melancólico engole esse outro. Assim, infere-se que a melancolia é um transtorno alimentar, porque o sujeito, ao invés de digerir o que pode do outro, engole-o.

Ademais, Freud também afirma que a auto recriminação do melancólico revela o sujeito recriminando e punindo o outro, pois tudo o que ele faz consigo mesmo é o tratamento que, na verdade, ele dá ao outro, que acaba por retornar para ele mesmo, uma vez que ele engoliu o

outro. A identificação narcísica com o objeto, portanto, é o que acontece quando o indivíduo se decepciona com o outro e, ao invés de expulsá-lo ou, ao menos, salvar o que do objeto há de valorizável, incorpora-o, sendo devorado junto nesse mecanismo. A mania, nesses casos, é uma tentativa de fuga radical de todo o inferno pulsional que isso gera, sendo configurada como uma anticatexia, um contrainvestimento, que permite ao sujeito se proteger do funcionamento melancólico, fazendo com que ele se torne o outro dele mesmo e, com isso, elimine, temporariamente, essa relação ao outro que ele condena. Assim, é como se, na mania, o melancólico forjasse uma situação em que ele consegue se separar desse outro, investindo em algo para evitar outra coisa. Outro traço da mania é justamente que, com isso, há a fuga da castração, pois o indivíduo se torna o pai tirano e, conseqüentemente, elimina a dimensão da castração, experimentando uma euforia de autossuficiência, regredindo ao funcionamento do narcisismo primário. Ele resgata o que Freud definiu como “eu ideal”, “sua majestade o bebê”, que se opõe ao “ideal do eu”, que seria uma superação do “eu ideal”.

5. Clínica psicanalítica contemporânea

O curso contou, em sua última aula, com a participação da Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos, da UFSJ, que trouxe considerações acerca de sua inquietação científica sobre as novas subjetividades surgidas a partir dos movimentos revolucionários ao longo do século XX, resultando novas psicopatologias e dificultando o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, cujas fronteiras se tornam cada vez mais difíceis de situar.

Ressaltou-se a pesquisa acerca dos novos sintomas desenvolvida por Jacques-Alain Miller, na França, ao longo dos anos de 1990, das quais surgiram uma nova classificação: a psicose ordinária, banal, que não chega a se desencadear efetivamente. Miller afirma não haver clínica do sujeito sem que haja uma clínica da civilização. Mas, de igual modo, podemos afirmar que não há clínica da civilização sem clínica do sujeito, uma vez que é exatamente a clínica do sujeito que aponta para o que se passa na civilização, onde se vê que o supereu é parceiro da pulsão.

Freud e Lacan apresentam em seus textos uma construção sobre a constituição do sujeito, sobre a cultura, o laço social, a religião e a ciência e sobre a questão das mutações do laço social. Algumas produções canônicas a esse respeito são: *Totem e Tabu* (FREUD, 1914); *Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa* (FREUD, 1908); *Psicologia das Massas e Análise do Eu*

(FREUD, 1920); *O mal estar da Civilização* (FREUD, 1930); *O futuro de uma ilusão* (FREUD, 1927); *Moisés e o Monoteísmo* (FREUD, 1939); o *Seminário sobre a Ética da Psicanálise* (LACAN, 1959); *Seminário sobre O avesso da Psicanálise* (LACAN, 1969); entre outros materiais dispostos no *Seminário sobre a Transferência* (LACAN, 1960) e outros textos como “Complexos familiares” (LACAN, 1938); o *Seminário De um Outro ao outro* (LACAN, 1969). De acordo com a professora, o que de mais robusto se pôde recolher de Freud a Lacan para formalizar o que se encontra na clínica hoje, está no *Seminário de Miler sobre o Outro que não existe e seus comitês de ética*, através da seguinte afirmação: O simbólico contemporâneo está vivo, é produtivo, intenso, concerne ao sujeito e seus afetos, mas está dominado pelo imaginário, não está em descontinuidade com ele. Esse simbólico não está, em absoluto, em condições de perfurar, atravessar o imaginário, como Lacan supunha.

Na clínica de hoje, a linha mestra para orientar os tratamentos em direção ao real pulsional de cada um consiste, justamente, em desconstruir o excesso de imaginário que impede que o Ssujeito contemporâneo tenha acesso à dimensão simbólica daquilo que o determina como inconsciente e que ele desconhece, em consequência do mundo da ficção. Estamos mergulhados no universo ficcional, em decorrência da realidade virtual, do crescimento da influência da mídia, dos meios de comunicação que dominam a formação da opinião comum, desdobrada nas redes sociais. O que se encontra na mídia é a opinião “fast food”, dissociada da cultura herdada e transmitida pelos mestres a afastar a capacidade de discernimento e do senso crítico do indivíduo.

Também ressaltou-se que a experiência analítica traz meios para tocar o real, que é da ordem do sem sentido, produzindo verdades singulares com estrutura de ficção, de fantasias. Na clínica, o real, aquilo de que não se pode duvidar, se manifesta como angústia, o que é impossível de suportar, produzindo sintoma. O discurso da ciência justamente constitui-se como uma ruptura com o que está consolidado, introduzindo o novo. Visa ao real. Trata o real pelo simbólico e não pelo saber que se constitui contra a opinião e o senso comum. Cumpriu à psicanálise introduzir a dimensão do inconsciente onde a psiquiatria desconhecia a causa da psicopatologia psiquiátrica, em um movimento de ruptura científica com o que estava estabelecido, conforme descrito por Gaston Bachelard, o grande epistemólogo. A psiquiatria clássica descrevia muito bem os fenômenos, as síndromes, os sintomas psiquiátricos, mas não tinha o menor recurso para abordar o real em jogo: a causa dos fenômenos. Com a invenção

do inconsciente, Freud desvelou o que estava em jogo em toda rica produção psicopatológica que os pacientes apresentavam na sua época.

Só podemos abordar o gozo pela via de um discurso qualquer que promova um ponto de vista ao discurso do mestre, que coloca o significante a atuar Deus no lugar de agente, o discurso histórico que coloca o sujeito barrado no lugar do agente, o discurso universitário que coloca o saber no lugar do agente e, finalmente, o discurso analítico que coloca o objeto *a*, a causa do desejo, no lugar do agente. Daí se conclui que não há saber nem gozo absoluto. Cada um desses discursos estabelece uma perspectiva, um ponto de vista, uma abordagem qualquer do real.

Contudo, o discurso do capitalismo aliado ao discurso da ciência contemporânea, que trata o fenômeno na ordem da estatística, do tudo possível em lugar do tratamento do real pelo simbólico, capaz de equipar o Sujeito a fazer verificações e previsões confiáveis acerca dos fenômenos. Faz emergir o paradigma do relativismo de opiniões, onde tudo muda a todo tempo e nada é digno de confiança. Contraria a ética da Psicanálise que entende que se não se pode fazer o melhor na clínica, que pelo menos se possa não causar danos. A professora lembra a observação lacaniana de que a psicanálise é a “última flor da medicina” em seu compromisso com a saúde psíquica.

Assim, tanto os novos sintomas quanto os novos discursos e laços sociais na pós-modernidade estão dissociados da dimensão do real, da castração, do limite. Enaltecem a possibilidade todos os gozos, todos os modos de satisfação que os campos da fantasia e da ficção são capazes de produzir, corroborando a afirmação de que o simbólico não perfura mais o imaginário. A fronteira entre a neurose e a psicose fica muito mais branda e a psicose ordinária nos ensina a modificar a noção do inconsciente e da transferência para alcançar o real do jogo, tais como: o Nome-do-Pai instaurado pelo discurso religioso para orientar o sujeito como significante humanizado da existência, determinados pelo desejo do outro, a organizar o laço social, produzindo um sintoma coletivo. Nesse rompimento de paradigma, emergem grupos identitários, formados como soluções aos impasses à civilização, buscando uma separação pelo imaginário do narcisismo das pequenas diferenças. Nos novos sintomas, a pulsão se satisfaz a céu aberto em modos de gozos explícitos, apresentações maciças da pulsão de morte: anorexias, bulimias, adicções, compulsões sexuais, dentre outras. Trata-se de sintomas que não se estruturam mais como manifestações do inconsciente, são monolíticos, não interpretáveis, sintomas em sintonia com o imperativo de gozo, rejeitando qualquer

possibilidade de equivocidade, próprio ao campo da fala e da linguagem. O supereu da contemporaneidade não diz não à pulsão, ao contrário, diz que é proibido proibir e ordena imperativamente: goze!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. (1893). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1996.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986.

FREUD, S. (1896a). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986.

FREUD, S. (1900) A Interpretação dos Sonhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. IV.

FREUD, S. (1908) Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. IV.

FREUD, S. (1908). O caráter e o erotismo anal. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986.

FREUD, S. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

FREUD, S. (1913). A predisposição para a neurose obsessiva. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol XII.

FREUD, S. (1913) Totem e Tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIII.

FREUD, S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIV.

FREUD, S. (1917). Luto e Melancolia. In: *Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XIV.

FREUD, S. (1920). Psicologia das Massas e Análise do Eu. In: *Edição Standard Brasileira das*

Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XVIII.

FREUD, S. (1923). O Eu e o Isso. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. XIX.

FREUD, S. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986.

FREUD, S. (1924). Perda da realidade entre neurose e psicose. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XIX.

FREUD, S. (1924[1923]). Neurose e Psicose. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2007, vol. XIX.

FREUD, S. (1927). O futuro de uma ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXI.

FREUD, S. (1927). Moisés e o Monoteísmo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXIII.

FREUD, S. (1930). O mal-estar da Civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XXVIII.

FREUD, S. (1931). Sexualidade feminina. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro. Imago, 1972. v. XXI.

FREUD, S. (1933). A questão de uma Weltanschauung. In: *Edição Standard das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXII.

FREUD, S. (1940[1938]) Esboço de psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXIII.

LACAN, J. (1955-1956). As psicoses. Livro 3. Rio de Janeiro: Zahar. 1985.

LACAN, J. (1957/1958). As formações do inconsciente. *Livro 5*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar

Editor. 1995.

LACAN, J. (1959). Seminário sobre a Ética da Psicanálise. *Livro 7*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor. 1998.

LACAN, J. (1960). A Transferência. *Livro 8*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor. 1998.

LACAN, J. (1965). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1966). De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1968). De um Outro ao outro. *Livro 16*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor. 1998.

LACAN, J. (1969). O avesso da Psicanálise. *Livro 17*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor. 1998.

LACAN, J. (1969). “Notas sobre a criança”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.