



Trabalhos selecionados para Colóquio Interno

1º Semestre 2015

Ciclo I – Nelson Horochovski Filho

Ciclo II – Cássia D’Aquino Filocre

Ciclo III – Carina Bolgheroni Martins

Ciclo IV – Ana Paula Queiroz Dias Fernandes Pacheco

Ciclo V – Thais Pianucci Benedicto

Ciclo VI – Mariana Guarize de Souza

Índice

Ciclo I

Nelson Horochovski Filho

O DIÁLOGO SOCRÁTICO E A CLÍNICA PSICANALÍTICA03

Ciclo II

Cássia D´Aquino Filocre

O LUGAR DA TRISTEZA12

Ciclo III

Carina Bolgheroni Martins

REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO ANALISTA: UM PARALELO SOBRE O TEXTO "ISTO NÃO É UM CACHIMBO" DE FOUCAULT E A PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN18

Ciclo IV

Ana Paula Queiroz Dias Fernandes Pacheco

DÍVIDAS GERACIONAIS EM UM GRUPO FAMILIAR25

Ciclo V

Thais Pianucci Benedicto

A NORMOPATIA BENEFICIA OS AMBIENTE DE TRABALHO?31

Ciclo VI

Mariana Guarize de Souza

OS CORPOS EM ANÁLISE: PERCURSO DE UM PSICANALISTA EM SUA FORMAÇÃO NOS TERRITÓRIOS DA CLÍNICA E DO HOSPITAL37

1º Semestre 2015

Ciclo I

Aluno: Nelson Horochovski Filho

Título: O Diálogo Socrático e a Clínica Psicanalítica

– Diz-me lá, Eutidemo, já alguma vez foste a Delfos? – Sim, por Zeus! E duas vezes, Sócrates! – E viste lá nalgum lugar do templo a máxima «Conhece-te a ti mesmo»? – Vi. – E não deste importância a essas palavras, nem tomaste atenção ou tentaste examinar-te a ti mesmo? – Não, isso não, por Zeus; na verdade, estava convencido que já o sabia bem. Dificilmente poderia saber qualquer outra coisa, se não me conhecesse a mim mesmo. – Então, e parece-te que se conhece a si mesmo aquele que apenas sabe de si o seu próprio nome ou aquele que faz como os compradores de cavalos, que acham que não conhecem o animal que querem adquirir até terem comprovado se ele é dócil ou rebelde, forte ou fraco, rápido ou lento ...? É também assim que ele examina as qualidades que fazem dele um homem útil e é assim que conhece as suas capacidades?

Xenofonte, Memoráveis, IV, II, 26.

Sócrates, uma figura excêntrica, considerado pelos seus contemporâneos como um *átomos* (que quer dizer em grego “deslocado”)¹, dirigia-se nos ginásios, nas praça públicas, nas ruas, nos banquetes, a cada um, sem fazer distinção, a quem estivesse disposto a aproveitar sua conversação, a ser por ele investigado. A psicanálise, inventada por Freud, teve início com simples instrumentos: uma sala, um divã, uma cadeira, uma postura de interesse pelo conflito do paciente e um vivo esforço para resolvê-lo. No panorama em que aparecem estes dois contornos, podemos ver que o procedimento investigativo socrático e o modelo clínico da psicanálise estão fundados em um vínculo bem determinado entre interlocutores, uma vez que se considere o uso da palavra como referencial, de modo que será esta particularidade a que vai permitir uma analogia entre ambos. Dentro desta perspectiva, pretendo estabelecer um quadro comparativo entre a figura de Sócrates, no que

¹ “Em um meio social que primava pela beleza das formas, era uma contradição: feio quanto é inteligente, vivo, de sabedoria brilhante. Sua feiura é provocante, pois provoca a reflexão: é feio pelo corpo, mas belo pela alma... Sócrates encarna para os gregos a oposição ente o ser e o parecer, entre a alma e o corpo, posições que se transformarão no fundamento de suas reflexões e das quais ainda somos tributários.” (F. Wolf, O Sorriso da Razão, Brasiliense, 1982).

deste personagem nos vem pela história da filosofia, com a figura do analista, de modo a tão somente marcar, usando a figura socrática como uma espécie de “ponte”, algumas referências à teoria psicanalítica. Em decorrência, na tentativa de fazer interagir esses dois campos, não procurarei ler a psicanálise pela filosofia ou vice-versa, mas sublinhar alguns tópicos possíveis dentro do limite que uma analogia entre estes domínios permite. Esta analogia será frutífera, penso eu, se fizer alusão a alguns temas da teoria psicanalítica e alcançar com isso uma contribuição ao seu aprendizado, principalmente no que tem a ver com a clínica.

O Sócrates aqui é o da obra de Platão, dos diálogos ditos “menores”, ou *aporéticos*. Neles, Sócrates não pretende transmitir um ensinamento dogmático, mas busca, primordialmente, a convergência da fala, que se dá pelo encadeamento de perguntas e respostas. Em uma sucessão, as perguntas são feitas e o curso do diálogo é conduzido por ele, no entanto Sócrates nada responde; daí, a *aporia*, o “beco-sem-saída”. Ao final do debate, não há uma resposta pronta para a questão que deu origem ao diálogo; o que vai marcá-lo será a investigação que nele se insinua exercida pelo próprio interlocutor de Sócrates. A investigação, tal como Sócrates instaura, é, portanto, a que está no cerne da busca de uma determinada resposta acerca de um conhecimento qualquer. Não é como, por exemplo, receber de modo estabelecido um conhecimento da matemática; aí, a fórmula já vem pronta e alguém a aprende. Ao contrário, terá que haver uma certa condução na pesquisa para que a pessoa encontre por ela própria a resposta, uma vez que esta não existe já pronta. Tal condução tem como fundamento proporcionar indicações de como deve ser o caminho para se chegar a uma determinada solução a uma questão proposta. O conhecimento, então, cumpre uma jornada, com a condição de estar incutido no indivíduo a determinação em procurar e tentar encontrar em si uma predisposição que o leve aceitar os elementos agentes que se estabelecem no decurso da conversação. Mas o importante aí vem a ser o caminho nesta busca, é o caráter *protréptico*, que tem o seguinte significado: convite à pessoa a mudar de direção, levando-a a se preocupar com a busca mesma; tal é o momento da exortação para que o indivíduo saia da sua ignorância – tudo isto num esforço em instalá-lo na percepção da importância do seu ser e de sua vida e afastar seu aparente saber.

A prática psicanalítica também busca a investigação através da fala, devendo ser imparcial no que observa. Correlatamente, no que toca a montagem do seu campo epistemológico, ao caráter *protréptico*, foi necessário que sua teoria andasse pelo caminho da escuta para formular os próprios conceitos em que se funda. Também na clínica, diz

Freud: “Nada acontece em um tratamento psicanalítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista. O paciente conversa, fala de suas experiências passadas e de suas impressões atuais, queixa-se, reconhece seus desejos e seus impulsos emocionais”². Frente a frente, na interlocução, estão situados analista e analisando, em que tem lugar o saber deste paciente, instruindo ao analista sobre a articulação dos sintomas que apresenta. “Tratava-se agora da questão de encarar o material produzido pelas associações do paciente como se insinuasse um significado oculto, e de descobrir, a partir dele, esse significado.”³ Dos trabalhos sobre a histeria, Freud viu que o sintoma ligava-se a uma expressão somática. É pela decifração da fala que o sintoma é vencido. Aos pacientes tratados pela técnica da associação livre, depois de superado o método da utilização da hipnose, o material por eles fornecidos na escuta “era então trazido à luz para o fim de revelar as conexões que estavam sendo buscadas.”⁴ Diga-se, desde já, que o sintoma veio a ser uma manifestação do conceito-chave da psicanálise: o inconsciente.

Dizer a verdade dos discursos (*logoi*) se dá a partir da correspondência do dizer com aquilo que é como se apresenta. O que Sócrates faz é dialogar, momento em que se constitui em um perquiridor da verdade. No entanto, dele vem uma forma especial de dialogar, em que a relação entre os interlocutores tem um acento específico. Por exemplo, um argumento muito comum nos diálogos socráticos é a *epagogé*. Trata-se de uma analogia: pegam-se casos parecidos e conclui-se um terceiro que é análogo a estes, é uma forma de indução. Assim, a relação associativa entre apreensões, noções, ideias, montam um encadeamento que conduz a outras que podem se dissolver ou constituir-se em outras tantas. Sócrates estimula seu interlocutor a promover esta associação, descobrir traços comuns que se possam sintetizar em uma unidade, em que o fim último não é outro senão conduzi-lo a uma resposta que dele mesmo tenha nascido. Mas este trabalho lógico não se reduz a um exercício ocioso, separado da vida, mas visa antes um interesse mais profundo: tratar de conquistar um conceito verdadeiro de virtude (*areté*), a verdadeira virtude. Tal é o sentido da *maiêutica* (dar a luz) socrática, em analogia com “parir ideias”. Sócrates procede de modo parecido com o de uma parteira; sua clara intensão é fazer com que o interlocutor dê à luz em sua mente ideias verdadeiras. É notável a postura de Sócrates, pois que vem dar relevo ao seu lugar nas interlocuções que produz.

2 Conferências Introdutórias a Psicanálise, Parte I, Os Atos Falhos, 1ª Conferência

3 Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise e Teoria da libido. Psicanálise

4 Idem

A forma argumentativa do diálogo socrático, fundado no encadeamento lógico associativo do interlocutor, é feito de modo a que se tente chegar a uma determinada verdade (o que depois veio a ser designada como conceito – eidos, forma). Tal, igualmente, é o procedimento psicanalítico, com a diferença que na cadeia associativa do diálogo socrático ocorre uma articulação no plano da *consciência*, ao passo que na escuta psicanalítica as associações conduzem a áreas em que o *inconsciente* emerge para a consciência, operando como marcadores da verdade do sujeito, agora visto como dividido, cindido, já que “*os processos mentais são, em si mesmos, inconscientes e que de toda a vida mental apenas determinados atos e partes isoladas são conscientes.*”⁵ Aqui, vemos um traço distintivo fundamental no que diz respeito a esta duas abordagens da fala, conquanto os usos da técnica, o seu manejo, possuam em comum o sentido mesmo do termo “análise”, qual seja, o de decompor, separar, distinguir, os produtos das ideias em seus componentes mais elementares.

Outro aspecto que pode despertar a atenção é o quanto de impacto causado nos interlocutores destas figuras que com eles intervêm em conversações: a de Sócrates dos diálogos platônicos e a do analista no processo de tratamento. Um fenômeno ocorre àqueles a quem Sócrates ajuda a parir ideias: um *maravilhamento*. O exemplo do diálogo *O Banquete*, analisado por Lacan⁶, dá exemplo da peculiaridade do filósofo na postura daquele que se mostrando admirável na prática das *aretai* (virtudes), atrai o amor para si. Assinala-se, assim, o amor transferencial. O efeito do diálogo socrático está associado à cura ou terapia, entendendo que o autoconhecimento que o perpassa pode ser visto como uma busca racional, em que se estabelece a ação do amor, através dos conceitos de Eros (como desejo) e libido⁷. Sócrates detinha o poder de atrair para si a empatia dos que se dispunham a sua conversa. Alcibiades, por exemplo, no *Banquete*, vive o princípio da filosofia em sua alma graças ao amor que nutre por Sócrates. Para fazer uma menção em superfície deste tema, podemos pensar em Lacan⁸, que se refere, relativamente à transferência, ao sujeito do suposto saber, isto é, a “*suposição de saber no analista é o que permite a emergência do saber inconsciente, a transferência do saber inconsciente e, portanto, o surgimento dessa*

5 Conferências Introdutórias à Psicanálise, Parte I, Os Atos Falhos, 1ª Conferência

6 Cf. Notas Curso Breve “Incidências clínicas das concepções de Freud e Lacan sobre a transferência”, com Mário Eduardo Costa Pereira

7 VANESSA AUGUSTA LUPARIA VANHAZEBROUCK Uma Analogia do Amor Platônico na Óptica Freudiana-Lacaniana, em http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/adverbum/vol6_1/06_01_04analogiaamorplato.pdf

8 Cf. Notas Curso Breve “Incidências clínicas das concepções de Freud e Lacan sobre a transferência”, com Mário Eduardo Costa

forma particular de saber – o saber associado à verdade.”⁹ E em Freud: “*Essa transferência, tanto em sua forma positiva quanto negativa, é utilizada como arma pela resistência; porém, nas mãos do médico, transforma-se no mais poderoso instrumento terapêutico e desempenha um papel que dificilmente se pode superestimar na dinâmica do processo de cura.*”¹⁰

O saber em Sócrates busca a reminiscência. O paradoxo que se dá no diálogo *Menon* é um indicador¹¹. Como saber que se sabe aquilo que se procura saber? Como eu posso saber sem o que eu saiba o que eu quero saber? Se eu previamente não sei, como é que depois vou reconhecer o que eu não sabia? Um exemplo: se eu não sei que $2+2=4$, e alguém me ensina, por que devo saber que é certo isto? A resposta é: porque a alma conheceu isto antes de ser incorporada no corpo presente em que ela está. Então, como passo a conhecer algo que supostamente não conheço? Porque já sou portador de um conhecimento oculto, porque reconheço como é. É uma resposta necessária para esta questão cognitiva. O paralelo com a psicanálise é a retirada do saber de um espaço que está oculto, atingível de forma mediata. “*Pode-se dizer: a tarefa do tratamento é eliminar as amnésias. Preenchidas todas as lacunas da memória, esclarecidos todos os efeitos enigmáticos da vida psíquica, tornam-se impossíveis a continuação e mesmo a reprodução da doença.*”¹²

O que se entende por alma ou *psiqué* tem uma marca profunda nos diálogos socráticos, segundo Werner Jaeger¹³, antes de Platão nenhum sábio grego pronunciou de tal forma esta palavra. Ela tem, hoje, comumente um sentido religioso, a de um bom cristão, o que importa no “*cuidado da alma*”. O que se designa como psicológico não deve aludir às atuais compreensões do termo, posição esta que não corresponde ao pensamento grego. Este, no sentido da *psiqué* platônica, está mais ligado à forma que lhe atribui a religião, à que legitima o ser como estando mais próximo do homem. As condições iniciais de tal legitimação é, entre outras, a constatação da própria ignorância e a conseqüente purgação desse afeto. Podemos ver algo similar na psicanálise: ao fazer possível que um afeto, que sofreu uma constrição quando se divorciou de uma ideia intolerante no inconsciente, compensa-se pela

9 COUTINHO JORGE, M. A., *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*, Vol. 2, bem como Curso Breve “Incidências clínicas das concepções de Freud e Lacan sobre a transferência”

10 Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise e Teoria da libido. Psicanálise

11 “*Não é possível o homem procurar o que já sabe, nem o que não sabe, porque não necessita procurar aquilo que sabe, e, quanto ao que não sabe, não podia procura-lo, visto não saber sequer o que havia de procurar*”. (Platão, *Menon*, 81)

12 Conferências Introdutórias à Psicanálise, Parte III, Doutrina geral das neuroses, 16ª Conferência

13 JAEGER, Werner. *Paidéia: A Formação do Homem Grego*.

ação do discurso, fazendo que esta representação seja reduzida a uma nova cadeia associativa, agora na translação do inconsciente ao consciente.

A palavra filosofia é um composto: do verbo *phileo* e do verbo *sophen*, o que significa amar, desejar, a sabedoria. Já em Sócrates, nos primórdios do uso deste termo, esta filosofia é, antes de mais nada, um reconhecimento de algo que não se possui e, não se entrando na posse deste desejo, é um voltar-se incessantemente para seu objeto, a sabedoria. A filosofia é, portanto, um desejo de sabedoria, uma aspiração ao saber, incluindo-se naquilo que Sócrates define como sendo a sua própria atividade, de sorte que ele alega não possuir o saber e que, no entanto, afirma estar a sua procura. Em Sócrates, a filosofia não é algo ainda definido, é uma atividade exercida por ele mesmo. A filosofia não é ainda uma *episteme* (ciência), não compreende um saber específico, ela é, ao contrário, uma investigação e ao mesmo tempo uma prática. Por ser uma investigação estabelecida por uma prática, engloba um *ergon*, isto é, atividade, empenho na realização de uma tarefa. A base deste *ergon* é somente perguntar e nada responder, já que Sócrates assevera não saber sobre aquilo que ele mesmo pergunta. Fundamentalmente, é o que podemos observar: esta noção formada de filosofia para além da *doxa* (opinião) não está amparada na atividade socrática. Embora a filosofia seja a palavra que descreve o *ergon* socrático, no entanto ela aparece sob o olhar do outro – vista, enquadrada, pelo olhar do outro. Para Freud: “*A filosofia não se opõe à ciência, comporta-se como uma ciência e, em parte, trabalha com os mesmos métodos; diverge, porém, da ciência, apegando-se à ilusão de ser capaz de apresentar um quadro do universo que seja sem falhas e coerente, embora tal quadro esteja fadado a ruir ante cada novo avanço em nosso conhecimento.*”¹⁴ Em Freud, a ciência é a produção suprema do homem. Já para Sócrates, a *episteme* se aloja no ser, na revelação do ser; esta revelação esta no *logos*, que significa ao mesmo tempo razão (modernamente) e discurso, de tal modo que a verdade é a expressão do ser pelo discurso. Que há de mais freudiano que isto? O sentido do socratismo e da psicanálise é a procura do conhecimento da experiência da vida relatada e investigada. Em Freud: “*A neurose não é senão a consequência de uma espécie de ignorância de certos processos psíquicos que deveriam ser conhecidos pelo sujeito, definição que se aproximaria muito da teoria socrática segundo a qual o vício mesmo seria o feito da ignorância.*”¹⁵ Vê-se desta forma o movimento de passagem da ignorância inconsciente para a consciência da ignorância como o que caracteriza o princípio psíquico da filosofia socrática.

14 Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXV. A questão de uma Weltanschauung

15 Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise III. Teoria geral das neuroses. A fixação em traumas. O inconsciente

A fala na filosofia socrática e na clínica psicanalítica tem funções e dispositivos diferentes, apesar das conexões traçadas acima. Sócrates interroga, fazendo uso de diversos métodos, como o da pergunta “O que é tal coisa?”, o *elenchos* (refutação), a ironia, a *epagogé* (indução), etc. A clínica psicanalítica usa a experiência da fala como uma prática de tratamento de problemas psíquicos, a decifração da fala para dissipar o sintoma. Mas há uma distância quanto ao uso e finalidade da linguagem. No entanto, ambas as investigações centram-se na verdade, que permanece na revelação do ser, apenas ocorrendo em registros diferentes. Em Sócrates, a extração da verdade que está presente na consciência vai opor-se ao sentido psicanalítico para o qual este lugar vai ser deslocado, senão desqualificado como o lugar da verdade, apontando para a divisão da subjetividade em Consciente e Inconsciente, conferindo a esta última instância uma lógica que se impõe à unidade do sujeito que deve fazer emergir.

Passo agora algumas considerações sobre a clínica psicanalítica, num sentido mesmo da função exercida pelo analista quando do uso do método de investigação, tal como se define a própria psicanálise. “*Psicanálise é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo.*”¹⁶

De início, em síntese, a psicanálise pode ter os seguintes indicadores: a) *Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação; ...b) Um método psicoterápico baseado nesta investigação e caracterizado pela interpretação da resistência, da transferência e do desejo. Neste sentido a palavra “psicanálise” está sendo usada como sinônimo de “tratamento psicanalítico”, como na expressão “empreender uma análise” e c) Um conjunto de teorias psicológicas em que se sistematizam pelos dados coletados pelo método de investigação e tratamento.*¹⁷

Se quisermos levar em conta especificidade do tratamento psicanalítico (a par do sentido *protréptico* e a disponibilidade que o interlocutor deve achar para si mesmo para tanto), podemos perguntar: o que mobiliza o sujeito, ainda mais no mundo de hoje, a procurar um analista?¹⁸ O que leva uma pessoa a ficar frente a frente a um analista, na promessa de falar, falar, falar, tudo que lhe vem à mente? As respostas são várias. Em geral,

16 “*PSICANÁLISE é o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica.*” Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise e Teoria da libido. Psicanálise.

17 LAPLANCHE E PONTALIS, *Vocabulário da Psicanálise*

18 Conf. Notas do Curso Breve “Incidências clínicas das concepções de Freud e Lacan sobre a transferência”

mas não sempre, o sujeito busca ajuda porque possui um sofrimento, identificando algo *em si mesmo* como sofrimento; isto já é um avanço, uma vez que pode haver quem se destrua sem saber, em momento algum, que está sofrendo. Mas o sofrimento não é suficiente para instalar a situação analítica. Se alguém se percebe em estado de aflição, vai buscar um alívio em qualquer lugar; não quer outra coisa senão desopressão. Então, ele bate na porta de um médico, de um pastor, de um amigo, nas mais diversas situações que se lhe afigurem. O deslocamento à análise precisa dar mais um passo. Este “mais um passo” é realizado no instante em que o sujeito se dá conta de que este sofrimento tem a ver com sua condição de sujeito. Cumpre-se, assim, um desdobramento em dois momentos: primeiro, ele é afetado por um sofrimento e, depois, sabe que este tem alguma coisa a ver com ele próprio no que se delinea como sujeito. Ele se dá conta de que há algum operador nele mesmo que está fluindo na sua vida, no transcurso da qual está sendo sujeito de sua auto destruição. Ele diz: "Eu sempre me meto das mesmas decepções amorosas, eu sempre me meto de no mesmo tipo de maus negócios, eu sempre fico com o mesmo tipo de desconfiança, eu sempre arrumo amigos que sei que vão me abandonar: tudo isto é mais forte que eu!". Assim, é que, em algum momento, o sofrimento enseja uma interrogação da posição do sujeito; ele vê que este sujeito tem a ver com ele, unicamente não entende como. De tal modo, espontaneamente, ele vai fazer uma suposição do seu próprio inconsciente e acaba por reconhecer que, de alguma forma, é sujeito daquilo mesmo que lhe está fazendo mal. Dá-se então, neste itinerário, uma suposição de um saber possível que, este saber, de alguma maneira, vai possibilitá-lo elucidar um enigma ao reconhecer que este nada mais é do que ele para ele mesmo. Instaura-se aí o primeiro passo necessário no dispositivo de transferência analítica, este que vai instalar o analista na posição deste sujeito, em base de um suposto saber, conforme Lacan.

Para Freud, desde o princípio é o amor. A psicanálise começa quando o amor é estabelecido no coração da clínica. Que é este suposto saber que vai constituir o amor transferencial? Diz respeito a algo da pessoa, de si mesma, uma parte dela mesma, que vê profundamente como sendo ela própria, apenas não consegue ter acesso ao como e ao porquê. Neste ponto, irrompe a figura do analista a possibilitar que tenha este ingresso. A presença do analista funciona assim como um fiador da hipótese que há um saber possível sobre isto que acontece no sujeito e que possa, de alguma forma, revelar-se. Uma análise não começa quando o paciente passa a frequentar o consultório de um analista, mas quanto este dispositivo se instaura. Tal é o dispositivo da transferência e palavras. Dispositivo de transferência porque o sujeito supõe um saber inconsciente e fiador disso é o analista com

quem fala e que, de alguma maneira, é capaz de sustentar esta pesquisa: um saber inconsciente que, sem a intervenção da análise, não aparecerá na imagem que faz dele mesmo ou em algum tipo de aproximação racional que consiga ter.

Os curtos-circuitos que se dão em torno do amor são grandes na análise: o sujeito precisa do analista como quem sustenta o amor da própria verdade, numa posição de alteridade, numa posição de alguém que valide, testemunhe, aquele esforço no sujeito de encontrar-se consigo mesmo. *“É por isso que o sujeito pode dizer à noite para seu travesseiro as mesmas coisas que diria para o analista, ou até mais radicais, só que falar para seu travesseiro todas as verdades não o transforma, porque falta para o travesseiro essa suposição da dimensão de alteridade que ele poderá ter com o analista.”*¹⁹

Em resumo, *“a estrutura da situação analítica, o lugar do analista é sustentar a visão da cena em que o sujeito se encontra de um outro lugar e não de dentro desta cena, face as alienações de imagens, de desejos e de amor, para que o eu do sujeito se veja enquanto tal de fora desta cena”*.²⁰

A meu ver, a psicanálise, teoria e prática, é caracterizada fortemente pela dialética – não somente a dialética sob a perspectiva da filosofia antiga (confronto entre dois dialogantes, como nos diálogos de Platão), mas também no que se relaciona ao fundamento que a ela confere Hegel (como também Heráclito, filósofo pré-socrático, para quem tudo flui, tudo é mudança). Esta dialética compreende um processo dinâmico em que determinados elementos em oposição (contradição) estabelecem-se no interior de uma lógica própria. Na psicanálise, está presente nas oposições, choques de força: sujeito, objeto; prazer, desprazer; ativo, passivo; pulsões do eu, pulsões sexuais; pulsões de vida, pulsões de morte, etc.. Assim considerando, para finalizar, permito-me expressar meu sentimento íntimo com relação à experiência psicanalítica (tanto no que diz respeito no procedimento em si quanto à figura do paciente, envolto em um quadro dito “normal” ou patológico, enquanto esteja este apto a se apropriar de sua vida vivida) através da seguinte passagem de Guimarães Rosa:

“Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo! – só estava era entretido na ideia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto mais baixo, bem diverso do que primeiro se pensou (...) o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...” *Grandes Sertões: Veredas*

¹⁹ Conf. Notas do Curso Breve “Incidências clínicas das concepções de Freud e Lacan sobre a transferência”

²⁰ Idem

1º Semestre 2015

Ciclo II

Aluno: Cássia D´Aquino Filocre

Título: O LUGAR DA TRISTEZA

“Para fora desse mundo não podemos cair”²¹

Christian Grabbe

A Depressão é considerada a doença mental contemporânea. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), hoje quase 7% da população mundial – cerca de 400 milhões de pessoas – se declaram, ou foram diagnosticadas, como depressivas.²²

A ordem de grandeza desse cenário faz supor certa banalização do diagnóstico. É de se perguntar se diferentes estados de espírito e sofrimento, tais como a tristeza e melancolia, não perderam sua feição e identidade sob a imperiosa denominação de depressão. Para compreender as diferenças de grau e essência que distinguem tristeza, depressão e melancolia convém revisitar a História.

Desde Aristóteles, uma longa tradição de pensadores viu na melancolia – associada, então, à inconstância da bÍlis negra–, uma característica propulsora de criações intelectuais, científicas, artísticas. Exceto pelos estóicos, que identificavam na tristeza aguda um desgosto pela vida e defendiam que só a sabedoria assegurava a saúde da alma, grosso modo, da Grécia Clássica ao Renascimento, a melancolia era percebida, e até mesmo desejada, como estado de espírito superior.

²¹ Christian Grabbe *apud* Freud, SIGMUND in “O Mal Estar na Civilização”. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.p.8

²² LUCENA, Rodolfo. “Depressão já é a doença mais incapacitante, afirma a OMS”, 17/12/2014

< <http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-a-doenca-mais-incapitante-afirma-a-oms.shtml>>.

Acesso em: 08/05/2015

Entretanto, na segunda metade do século XVII, as aspirações racionalistas dos estoicos foram retomadas por Espinosa, num passo que definiu novo marco em relação à compreensão da gênese da melancolia.

A *Ética* de Espinosa é o melhor território para visitar suas ideias. Lá é possível conhecer que as afecções – ou modificações – do corpo decorrem de seus encontros com outros seres com os quais entra em relações de aliança conflito, confronto, etc. Esses encontros acarretam modificações na potência de agir de cada um dos envolvidos e deles resultam dois principais tipos de afeto: a alegria ou a tristeza.

Espinosa define o afeto da seguinte maneira: "por afeto, entendo as afecções do corpo que aumentam ou diminuem, ajudam ou contrariam a potência de agir deste corpo, e, ao mesmo tempo, por afeto entendo também as ideias dessas afecções." ²³

O afeto de alegria, diz o filósofo, é “uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição maior”, provocada pelo aumento de potência de agir. Sentimo-nos mais energizados, mais fortes, potentes²⁴. O afeto de tristeza, pelo contrário, é “uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição menor”, pela diminuição ou constrangimento da potência de agir ²⁵. Nesse caso, dependendo da intensidade com que a potência de agir se veja subtraída do ser, pode-se atingir um ponto no qual os afetos tristes tomam as partes do corpo (provocando dor) e todo o espírito (causando a melancolia).

Excomungado pelo judaísmo e temido pelos teólogos, em seu tempo Espinosa sofreu acusações de ateísmo e blasfêmia. Desdobramento tardio de sua reputação, até o início do século XIX seus escritos circularam de maneira sempre velada e constrangida.

Contudo, dois séculos após a sua morte, um novo entusiasmo pelo filósofo contagiou os pensadores europeus. Freud, entre outros tantos, não escapou à febre espinosista²⁶:

Confesso sem hesitação a minha dependência no que diz respeito aos ensinamentos de Espinosa. Mas se nunca me dei o trabalho de citar o seu

²³ Coleção “Os Pensadores: **Baruch de Espinosa**”. 3.ª edição. São Paulo: Abril Cultural, agosto 1983. P.176

²⁴ Idem. P.182

²⁵ Ibidem. P. 182-183

²⁶ Dentre os seguidores de Espinosa, incluem-se: Leibniz, Diderot, Kant, Schelling, Fichte, Hegel, Goethe, Karl Marx, Schopenhauer, Nietzsche, Walter Benjamin, Bergson, Einstein, Deleuze e Lacan.

*nome diretamente é porque nunca derivei os princípios do meu pensamento do estudo desse autor, mas sim da atmosfera que ele criou. Tenho tido, na minha vida inteira, uma extraordinária estima pela pessoa e pelo pensamento desse grande filósofo. Mas não creio que essa atitude me dê o direito de dizer publicamente qualquer coisa sobre ele, quanto mais não seja pela boa razão de que não poderia dizer nada que já não tivesse sido dito por outros.*²⁷

Desde 1924, vários estudiosos apontaram certo parentesco entre a obra de Espinosa e a de Freud: a afirmação de Espinosa de que a razão não vence um sentimento, mas somente um sentimento vence outro se for mais forte e contrário ao primeiro; a concepção espinosiana da passagem da passividade à atividade como trabalho interpretativo que a alma realiza sobre seus afetos para descobrir-se como causa interna deles; a teoria da imaginação como relação de espelhamento entre o eu e o outro; a teoria espinosiana das relações entre a alma o corpo, das paixões, do desejo tudo isso, dizem os pesquisadores, leva-nos a engendro da psicanálise.

Difícil assegurar ou mensurar a influência de Espinosa sobre a obra de Freud. Para efeitos deste estudo, importa mais assinalar que duzentos anos após o esforço de Espinosa em compreender a melancolia, buscando conhecer os processos causais dos afetos singulares, Freud se preocupou em investigar a Melancolia não como causa física, à maneira aristotélica, mas como um fenômeno psíquico.²⁸

Na melancolia, dizia ele, a capacidade do sujeito de estabelecer vínculos libidinais com os objetos está prejudicada ou mesmo perdida. Freud enumera os traços distintivos da melancolia e os associa àqueles encontrados no luto – desânimo profundo e penoso, perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, afastamento de toda e qualquer atividade –, e marca uma única exceção: no luto a perturbação da autoestima não é encontrada. Tal característica desvela o núcleo da diferença entre os dois estados: na melancolia o objeto amado perdido é o próprio Eu. É, pois, como desmembramento dessa constatação que Freud qualifica a melancolia como “neurose narcísica”.

²⁷ DAMÁSIO, António. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. O trecho reproduz correspondência de Freud com seu amigo Romain Rolland, prêmio Nobel de Literatura, entusiasmado seguidor das ideias de Espinosa. Freud cita e reverencia o amigo, com quem se correspondeu do início dos anos 20 até 1931, nas primeiras páginas do “O Mal-Estar na Civilização”.

²⁸ FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. São Paulo: Cosac Naif, 2011.

Quinze anos após “Luto e Melancolia”, Freud voltou a discutir o sofrimento psíquico em “O Mal-Estar na Civilização”. Dessa vez, no entanto, não considerou as excepcionalidades narcísicas. Ao contrário, tratou de fazê-lo numa perspectiva que considerava as condições subjetivas da humanidade, como um todo, de se haver com a idealização da felicidade *versus* a inevitabilidade das tristezas.

Nesse texto, Freud elenca as três grandes razões para o sofrimento: a dissolução e declínio do corpo físico; as forças poderosas e ameaçadoras do mundo externo e, por fim, as relações com os outros seres humanos.

Não é de admirar, conclui, que em face à pressão das possibilidades de sofrimento, os indivíduos acabem por moderar suas pretensões à felicidade, de modo que “a tarefa de evitar o sofrer impele para o segundo plano a de conquistar o prazer.”²⁹ Sobre os artifícios para se esquivar das inexoráveis tristezas, Freud diz:

“Sabe-se que com a ajuda do ‘afasta – tristeza’ [narcóticos] podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio que tenha melhores condições de sensibilidade. É notório que justamente essa característica dos entorpecentes determina também o seu perigo e nocividade. Em algumas circunstâncias eles são culpados pelo desperdício de grandes quantidades de energia que poderiam ser usadas na melhoria da sorte humana.”³⁰

Não é de pouca relevância que no “Mal –Estar na Civilização” Freud nem tome a tristeza por depressão nem a confunda com melancolia.³¹ O cuidado de não mencionar depressão e melancolia no texto, marca, pelo silêncio, que existem diferenças de grau, estrutura e intensidade entre aquelas e a tristeza normal e inelutável que acompanha a dor de ser humano.

²⁹ Freud, SIGMUND . O Mal Estar na Civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.p.21

³⁰ Idem. P.22.

³¹ Ao tempo de Freud já existia há muito o diagnóstico de depressão. A palavra foi criada por Weickhard que, em 1790, em seu livro *Der phiosophische arzt*, dividia as doenças em dois grupos: as enfermidades do espírito e as enfermidades do sentimento. A depressão pertencia ao segundo grupo. A expressão, no entanto, só se tornou mais conhecida a partir de 1972, em função da fabricação de drogas associadas ao controle dos sentimentos. Sobre Weickhard , ver: Foucault, Michel. A História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978. P.195.

A configuração das possibilidades subjetivas de uma época, bem como a definição do que é patológico, estão articulados com a forma como as relações sociais, econômicas e políticas se apresentam historicamente. Assim, não é sem razão que, no correr das últimas décadas, o surgimento de drogas psiquiátricas, as ‘afasta-tristeza’ na concepção de Freud, tomaram o mundo de assalto.

A classificação de sintomas os mais diversos – de angústia a excitação, da insônia a apatia, da tristeza ao mau humor, da anorexia a obesidade – tudo, e mais um pouco, é rotulado de depressão. Tal catalogação, ampla, geral e irrestrita, facilita e induz a uma resposta medicamentosa.³² Aliás, convoca. É fácil ver porque esse movimento, favorável sobretudo a uma terapêutica pensada por e para os laboratórios farmacêuticos, tirou de cena a tristeza e a melancolia. É como se elas nunca tivessem existido. E por que isso?

Parece razoável supor que, à medida que a promessa de felicidade é transferida para um comprimido, cresça nas gentes a intolerância com sentimentos de desprazer, inadequação ou tristeza. Numa contramarcha preocupante, assistimos a inversão do postulado freudiano (“a tarefa de evitar o sofrer impele para o segundo plano a de conquistar o prazer.”). Nos dias de hoje, mais vale a máxima, “a tarefa de conquistar o prazer impele para o segundo plano a consciência do sofrer.”

Hegel dizia que quando eliminamos a subjetividade do ser humano é o ser humano mesmo que nós eliminamos. Tal parece ser o espírito de nossa época. A inquietação que sobra disso não é pouca: o que será do humano numa sociedade de evitação da tristeza?

³² Uma rápida pesquisa na internet faz ver que no Brasil, sob o rótulo de “antidepressivos” estão disponíveis para venda 31 tipos de medicamentos. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_medicamentos_psiqui%C3%A1tricos_de_acordo_com_sua_indica%C3%A7%C3%A3o> Acesso em 08/05/2015

Referências Bibliográficas

BENASAYAG, M e G. SCHMIT. Les passions tristes: Souffrance psychique et crise sociale. Paris: Éditions La Découverte, 2006.

COLEÇÃO “Os Pensadores: **Baruch de Espinosa**”. 3.^a edição. São Paulo: Abril Cultural, agosto 1983.

DAMASIO, Antônio. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

FERREIRA, Amauri. Introdução à filosofia de Spinoza. São Paulo: Quebra Nozes, 2009.

FOUCAULT, Foucault, Michel. A História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. São Paulo: Cosac Naif, 2011.

_____. O Mal Estar na Civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

JAQUET, Chantal. A unidade do corpo e da mente. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

LUCENA, Rodolfo. “Depressão já é a doença mais incapacitante, afirma a OMS”, 17/12/2014 in

< <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-a-doenca-mais-incapacitante-afirma-a-oms.shtml>>. (08/05/2015)

1º Semestre 2015

Ciclo III

Aluno: Carina Bolgheroni Martins

Título: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DO ANALISTA: UM PARALELO SOBRE O TEXTO "ISTO NÃO É UM CACHIMBO" DE FOUCAULT E A PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN

O trabalho do analista é análogo à observação da construção de uma obra prima, senão pela beleza do que se vê, pela riqueza de detalhes e unicidade do que está sendo desenvolvido. No momento de construção pela expressão pode surgir uma infinidade de possibilidades, desde o desespero de “O grito” de Edvard Munch (1893)³³, angústias de Salvador Dalí em “a face da guerra”(1940)³⁴ ou, sobretudo, “o gato e o passarinho” de Paul Klee (1928), como disse ele próprio, sua obra, que permeia o tema do desejo, “torna visível visões secretas.”³⁵

Ainda que semelhante, esta analogia não dá conta de expressar o percurso do trabalho, já que o analista não apenas observa uma criação. Seu trabalho se distancia dessa analogia na medida em que ele, analista espectador, também participa dessa construção a partir de um lugar estranho à criação. Para aproximar-se um pouco mais do tema proposto, acredito ser interessante dialogar com o texto de Michel Foucault “isto não é um cachimbo” de 1973, dado que sua investigação acerca das questões envolvidas no quadro “os dois mistérios” de *René Magritte* (figura 1), em alguns pontos, podem elucidar o lugar e a função do psicanalista no processo analítico de seu paciente.

³³ <http://www.moma.org/visit/calendar/exhibitions/1330>

³⁴ <http://pt.wahooart.com/@/5ZKEPT-Salvador-Dali-o-face-da-guerra>

³⁵ http://www.moma.org/collection/object.php?object_id=79456

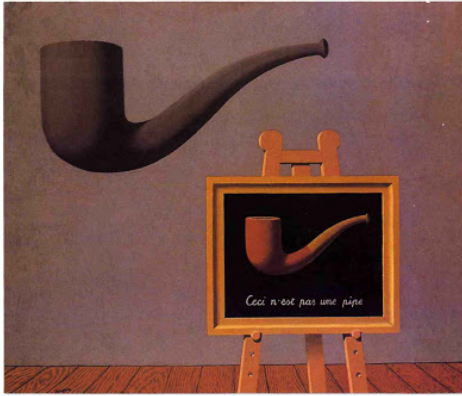


figura1

Há algumas analogias possíveis entre o trabalho de Foucault ao escrever sobre a obra de Magritte e o trabalho clínico realizado pelo psicanalista:

1. **Disposição para ouvir, ver e estar presente:** Foucault, em primeiro lugar, toma o quadro com atenção e se coloca à disposição para investigar com mais profundidade a obra de arte, sem pré-julgamentos. Ainda que à primeira vista pareça descabido o que está sendo dito: como escrever que o que está desenhado no quadro não é um cachimbo? Seria óbvio crer que houve um erro, ou que não há nenhum sentido. No discurso de um paciente, também os significantes se agrupam de forma que podem parecer (ou haver de fato) uma contradição ou algo desprovido de sentido, mas ainda sim, o que importa é ir além do significante aparente, além, por exemplo, de um sintoma na análise psicanalítica. Freud, no início dos estudos em psicanálise observou que deixar o paciente falar sobre seu problema, levava o sintoma/ queixa inicial ligar-se a representações (imagens, palavras, acontecimentos) que inicialmente não faziam sentido, mas que no decorrer da análise, explicitavam algo dos conflitos internos (psíquicos) dos pacientes. E ainda, após falar sobre seus problemas, o próprio paciente se via consciente de suas questões internas e obtinha melhoras.

2. **Posição do analista:** Outro ponto que me parece bastante similar com o processo de análise é o lugar em que o autor se coloca diante da obra. Há entre eles um distanciamento, o escritor permanece olhando de fora e tentando absorver a informação daquilo que se apresenta à sua frente. Em semelhança, também se faz necessário certo distanciamento entre analista e paciente, para que nenhuma emoção fraternal possa enviesar a transferência analítica. Desde o caso Anna O., Freud observa que há algo mais possibilitando um processo analítico e viabilizando a melhora do indivíduo. Ele chamava de “amor de transferência”, algo que, segundo ele, possibilitava a análise e ao mesmo tempo se apresentava como um entrave ao processo, dando margem ao surgimento dos mecanismos de defesa do paciente. Lacan acrescenta que a transferência existe dos dois lados, não

apenas do paciente, e que acima de tudo, o psicanalista é a figura central desse enlace, que conscientemente não deve responder à demanda amorosa do paciente, e não deixar que suas resistências atrapalhem o processo. O analista deve preservar sua posição de 'Grande Outro' à distância, sustentando a falta e a angústia própria da relação transferencial e do paciente.

3. **Atenção ao não dito, às entrelinhas:** Em sua investigação, Foucault destrincha cada elemento do quadro e suas relações. Aqui, o espaço entre a frase e o desenho do cachimbo ganha luz, algo que poderia passar despercebido, à margem do que chama mais atenção. É o terreno do não dito tornando-se também um elemento que faz parte. É algo que na escuta analítica é importante, a atenção ao que não está sendo falado, ou ao que o próprio paciente não dá atenção, mas que de alguma forma existe e persiste no discurso, que se faz presente pela repetição da presença ou da ausência e se relaciona com tudo que está aparente na cena. Foucault diz: *"Na pequena, estreita faixa, incolor e neutra que, no desenho de Magritte, separa o texto e a figura, é preciso ver um vazio, uma região incerta e brumosa que separa agora o cachimbo flutuante em seu céu de imagem e o pisoteamento terrestre das palavras desfilando em sua linha sucessiva. Ainda seria demais dizer que há um vazio ou uma lacuna: é antes uma ausência de espaço, um apagar do "lugar-comum" entre os signos da escrita e as linhas da imagem. O "cachimbo" que se encontrava indiviso entre o enunciado que o nomeava e o desenho que devia figurá-lo, esse cachimbo de sombra que cruzava os lineamentos da forma e a fibra das palavras, fugiu definitivamente."* (Foucault, 1973)

4. **Significante como possuidor de significados distintos para cada indivíduo:** Lacan, em sua teoria, insere a linguagem como 'Grande Outro', o que significa dizer que o ser é atravessado pela cultura, é a partir dela que realizará a transmissão das ideias e construções associativas. A linguagem é esta teia que liga significante (palavra, imagem e etc) por significante como uma cadeia articulada, parte de um acervo léxico capaz de representar algo. Essa cadeia articulada é estruturada por uma ordem fechada, a cultura a qual pertence, e é transmitida inicialmente pela mãe (função materna) ao bebê, como um recorte de dentro as possibilidades, o conteúdo transmitido por aquela mãe se torna individualizado e único para aquele filho. Neste ponto Foucault é (quase) literalmente Lacaniano, é interessante notar sua fala sobre este ponto: *"Pode-se criar entre as palavras e os objetos novas relações e precisar algumas características da língua e dos objetos, geralmente ignoradas na vida cotidiana"*. (Foucault, 1973)

No percurso da análise psicanalítica, a partir da teoria lacaniana, é possível pensar no sintoma, por exemplo, como um significante embutido de informações para além dele, contendo uma inscrição de algo de outra ordem. Há uma passagem de um conteúdo psíquico para a linguagem, em que nem tudo se apreende nessa transposição, algo do subjetivo se perde, a linguagem não dá conta da totalidade do que se passa na subjetividade. O sintoma como significante, está no lugar de algo que não está, diz de algo de outra ordem e que se passa em outro lugar, uma ausência que se inscreve e que possui em si uma imensidão de possíveis significados.



figura 2³⁶

– “Isto não é um cachimbo. É uma jiboia que comeu um elefante”

5. **Levar em conta o que extrapola o discurso:** Foucault fala não apenas do quadro, enquadrado em cima do tripé, mas da figura que está atrás do quadro na parede, um cachimbo maior em tamanho, que flutua sem delimitação. É possível pensar no paralelo com o discurso do paciente, que pode também extrapolar o objeto por ele investigado e repetido. O sintoma, por exemplo, pode se associar a um objeto (a', por exemplo, o trabalho) no discurso, quando na verdade a questão por trás da angústia do paciente pode ser outro objeto (a', por exemplo, autorizar-se a ter prazer).

6. **Intervenções para instaurar a dúvida:** “Foi suficiente ao desenho mais correto uma inscrição como “Isto não é um cachimbo”, para que logo a figura esteja obrigada a sair

³⁶ <http://bahianalupa.com.br/doses-de-ironia-made-in-montt/>

de si própria, isolar-se de seu espaço e, finalmente, pôr-se a flutuar, longe ou perto de si mesma, não se sabe, semelhante ou diferente de si.” (Foucault, 1973) Aqui Foucault diz de uma frase que muda o curso da obra, impacta o sujeito com uma série de questões que não estariam ali sem ela. O questionamento e o estranhamento de algo que está posto e que pode abrir portas para outras realidades. Na análise, em especial a lacaniana, o analista deve fazer intervenções para instaurar no paciente a dúvida sobre as certezas (Verdades) do sujeito para, quem sabe, aproximá-lo da origem de sua angústia e do desejo de seu inconsciente. Não se sabe exatamente onde chegará a reflexão, posto que as associações são imprevisíveis, se sabe apenas que o barco deve navegar pelos mares de sua psique e trabalhar o que encontrar pela frente. O que é certo é que haverá angústia e o sujeito precisará encarar sua castração e entender-se faltante. Em analogia, é possível descrever o processo de análise como esta turbulenta descrição do escritor: *“Magritte nomeia seus quadros... para impor respeito à denominação. E, entretanto, nesse espaço quebrado e à deriva, estranhas relações se tecem, intrusões se produzem, bruscas invasões destrutoras, quedas de imagens em meio às palavras, fulgores verbais que atravessam os desenhos e fazem-no voar em pedaços.”* (Foucault, 1973)

7. **Por fim, a voz do inconsciente (Sujeito desejante):** O psicanalista deve ouvir a história para escutar além dela, utilizar-se da escuta flutuante para conhecer o desejo do sujeito, aquele advindo do inconsciente. Perceber atos falhos, conteúdo dos sonhos, trocadilhos de palavras, repetições que não se cansam de retornar e que remetem ao que está fora do discurso, mas que marcam presença. Foucault reconhece na obra um outro que fala, um que está fora da cena, que não se vê, mas se faz presente na relação entre as imagens e a frase, como se houvesse na contradição entre elas algo que jogasse o espectador para fora daquela obra e o impulsionasse a outro lugar. O escritor diz sobre o quadro: *“E talvez seja necessário supor que além desses três elementos, uma voz sem lugar (a do quadro, talvez, quadro-negro ou simplesmente quadro) fala nesse enunciado; seria falando ao mesmo tempo do cachimbo do quadro, do cachimbo que surge lá em cima, que ela diria: “Nada de tudo isso é um cachimbo; mas um texto que simula um texto; um desenho de um cachimbo que simula o desenho de um cachimbo; um cachimbo (desenhado como se não fosse um desenho) que é o simulacro de um cachimbo (desenhado à maneira de um cachimbo que não seria, ele próprio, um desenho)”.* Sete discursos num só enunciado.” (Foucault, 1973)

Embora em todo o texto seja possível encontrar a dialética com o processo psicanalítico, como demonstrei durante este trabalho, há algo que ocultei, mas que é

fundamental e que aparece aqui e ali como plano de fundo. Todas as elucidações, associações e constatações acerca dos significados que Foucault relata em seu texto, assim como seus questionamentos e aprofundamentos em cada detalhe da obra são, na análise, realizadas totalmente pelo paciente. Como é ele o único detentor de sua teia de associações, segundo Lacan, não é possível que o analista faça este trabalho em seu lugar. Apenas o próprio analisando, em seu processo de falar sobre sua angústia pode entrar em contato com algo dele mesmo. O analista se torna um reverberador, presente em intervenções que instauram a dúvida e em presença. Este é o lugar estranho que ele ocupa frente à obra, como se de fora pudesse elucidar alguns questionamentos trazidos pelo próprio paciente, posto que tem uma visão privilegiada, de fora da situação. Neste engodo, o trabalho do analista se torna um tanto paradoxal na medida em que, apesar de estudar as estruturas e conflitos psíquicos, desconhece por completo o que se passa na subjetividade de seu analisando. Sua visão privilegiada vê cadeia de significantes, mas não sabe exatamente o que tudo o que está lá significa. Apenas o paciente pode expressar o que se passa em sua psique, entender o significado do que expressa, posto que cada experiência é um recorte individual.

Portanto, em certa medida, a figura que melhor explicitaria a relação entre paciente e analista seria a figura 3 abaixo. Em que o próprio cachimbo há de dizer o que se passa em sua cena. O paciente, munido de (angústia e) disposição para dissecar seus conflitos diante do analista, parte numa jornada rumo ao desconhecido (para ambos) acreditando que o analista conhece o caminho ou atalho (“suposto saber”) e que possa o ajudar a destrinchar o que se passa em sua vida, o direcionando ao êxito de seu processo, seja ele qual for.



figura 3

- “Eu sabia exatamente quem era. Meu conflito de identidade começou quando conheci a obra de um tal de Magritte.”³⁷

Referências Bibliográficas

BLEICHMAR, H. *Introdução ao estudo das perversões*. (1984). Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2006.

FOUCAULT, M. *Isto não é um cachimbo* (1973) tradução Jorge Coli, 2004.

FREUD, S. *Comunicação Preliminar* (1883).

FREUD, S. *Lembranças encobridoras*. (1899).

FREUD, S. *O sentido dos sintomas* (1917).

LACAN, J., *A transferência*. (1960-61). Rio de Janeiro: RJ: Jorge Zahar Editor, 1998,

LACAN, J., *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. Escritos (1966). RJ: Jorge Zahar Editor, 1998, p 96-103. Trad. de Vera Ribeiro.

³⁷ MONTT, Alberto http://gilnei-os.blogspot.com.br/2010_12_01_archive.html

1º Semestre 2015

Ciclo IV

Aluno: Ana Paula Queiroz Dias Fernandes Pacheco

Título: DÍVIDAS GERACIONAIS EM UM GRUPO FAMILIAR

Resumo:

O presente texto é fruto de um estudo de caso no atendimento com famílias no ***Aprimoramento Clínico Institucional em Terapia de Casal e Família*** na **Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic**. (Clínica-Escola da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP) sob supervisão da **Profa. Dra. Isabel Kahn Marin**.

Cada família, em maior ou menor grau de consciência, carrega uma carga de dívidas simbólicas e reais. Em determinados momentos, colocamo-nos na situação de prestar contas a elas, ora com alívio, ora com o peso de estarmos presos a cadeias repetitivas que muitas vezes não nos permitem nos desembaraçarmos delas. Este trabalho é fonte e destino possível de elaboração dessas dívidas e repetições na história familiar na perspectiva psicanalítica.

Palavras-chave: conflitos familiares, narcisismo, transmissão inter e transgeracional, desamparo.

Dívidas Geracionais em um grupo familiar

Considerações teórico-clínicas

A família em questão foi inicialmente atendida na Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, em 2013, e continuou o processo ao longo do ano de 2014 com uma nova terapeuta trabalhando os conteúdos emocionais dos conflitos familiares. Esses conflitos foram resultado da nova disposição familiar, constituída a partir do abandono das crianças pela mãe : uma menina - na época do abrigo com 3 anos e um menino com 5 anos – que ficaram sob os cuidados da avó materna.

A genitora é usuária de drogas e moradora de rua, tendo passado por albergues e tentativas frustradas de reabilitação em clínicas particulares e CAPS AD. O pai mora em uma cidade do interior de São Paulo, fichado pela polícia por tráfico de drogas e por acusação de abuso sexual contra os filhos do casal. Segundo relato da avó, a mãe fugiu com os filhos para a capital, separando-se do marido pela violência física constante contra todos os membros da família, o que os tornava vulneráveis.

No tempo em que estiveram no abrigo, a avó materna foi procurada por uma Assistente Social que lhe comunicou a situação da filha e dos netos : a de abrigados na capital. A avó foi vê-los e levou-os para sua residência. Entretanto, a convivência com a filha foi se tornando difícil face às suas crises de abstinência . Em seguida a mesma fugiu, deixando os filhos aos cuidados da avó. Ressaltamos que a avó não tinha de fato uma convivência anterior com os netos, e nem ao menos conhecia a neta. Também não tinha interesse em cuidar das crianças, devido ao tipo vida da filha, com a qual ela não concordava.

É Interessante observar que, de maneira similar, a avó, quando jovem mãe, delegou os cuidados de seus três filhos à sua própria mãe. Naquele tempo, justificou-se dizendo que, por motivo de trabalho e de crenças religiosas, não podia manter uma rotina com as crianças, pois para ela os retiros espirituais e viagens eram prioritários. Ela relatou que não se sentia apta para cuidar dos filhos e que sua mãe se encontrava em melhores condições do que ela, tanto financeiras como emocionais. O ex-marido, pai dos seus filhos, também não mostrava disposição física nem psíquica para manter a família em outro Estado.

No início do processo terapêutico, a avó demonstrava pouca disposição e paciência com os netos, em parte pela transformação de sua rotina pessoal e profissional, em parte por conflitos e questionamentos sobre suas obrigações com as crianças. Pouco a pouco, o convívio com os netos foi trazendo uma nova perspectiva e direcionamento em suas atitudes : foi surgindo para ela uma condição de cuidadora e responsável por este grupo familiar.

Aqui se fundamenta meu interesse, e o que motiva a escrita desse trabalho:

O que levou o olhar da avó para seus netos? o que possibilitou a mudança de posição do *não se importar* para o *implicar-se com os netos*?

A Violência e o desamparo tiveram espaço de representação nesta família. As mulheres eram submetidas à violência física, psíquica ou sexual por seus parceiros. Nesse contexto, a

maternidade também era delegada às gerações precedentes, que supostamente possuíam mais condições financeiras e emocionais para cuidar de seus filhos.

Freud (1921), em sua obra *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, destaca a presença da intersubjetividade na constituição psíquica do sujeito, afirmando que a construção subjetiva de um indivíduo está invariavelmente envolvida com algo mais, como um modelo, um objeto, um oponente, um auxiliar, desde o princípio das relações mais primitivas da infância. Nesse contexto, portanto, a hipótese sustentada é a de que "o inconsciente de cada indivíduo leva a marca, na sua estrutura e nos seus conteúdos, do inconsciente de um outro, e, mais precisamente, de mais de um outro".

Nesse trabalho, é possível dizer, segundo (Kaës, 2001,p.10) "que Freud inventa uma genealogia da psique, de suas instâncias e de suas ramificações intersíquicas".

Os pontos principais da questão da transmissão estão no eixo das interrogações de Freud, conforme Kaës (2001, p.11), inaugurando a existência de um sujeito da herança, que está dividido "como o sujeito do inconsciente, entre a necessidade 'de ser um fim para si mesmo' e de ser 'o elo de uma cadeia à qual está sujeito sem a participação da vontade".

Além disso, o material da vida psíquica é algo que se torna passível de ser transmitido, de geração a geração, em uma mesma cadeia familiar.

Ainda de acordo com esse autor, o que se transmite seria preferencialmente "aquilo que não se retém, aquilo de que não se lembra: a falta, a doença, a vergonha, o recalçamento, os objetos perdidos.

O que se transmite não é só o negativo, mas também aquilo que sustenta e assegura a continuidade narcisista e mantém os vínculos intersubjetivos ideais, incluindo os mecanismos de defesa, os pactos e alianças inconscientes".

Parece importante salientar que, dentro dessa perspectiva teórica, a família em questão é marcada por acontecimentos de violência física e psíquica que se repetiam na história desse grupo, interferindo na capacidade de transformação e simbolização, mostrando uma elaboração limitada dos conflitos existentes.

Segundo Olga Correa (2013, Pag. 90), o processo geracional, nesse caso, envolve uma transmissão psíquica defeituosa, com lacunas e vazios, aspectos da denominada denegação que inclui o não revelado; aquilo que foi escondido pelos ancestrais, envolvendo diversas ordens de violências de índole sexual, incluindo diferentes formas de sedução, castigos físicos ou morais, em geral referentes a atos transgressivos.

Kaës distingue dois tipos de transmissão no grupo familiar: a **intersubjetiva e a transpsíquica**. A primeira é uma transmissão que envolve relações imaginárias, reais e

simbólicas entre os sujeitos. O grupo familiar é o espaço originário da intersubjetividade; ele precede o sujeito singular, está estruturado por uma lei constitutiva e seus elementos estão em relação de diferença e de complementaridade. Aí se enunciam as proibições fundamentais, relações de desejo que estruturarão os vínculos, identificações e o complexo edípico.

Já na transmissão transpsíquica, há uma abolição dos limites e espaços subjetivos. Não existe a experiência de separação entre sujeitos, que ficam à mercê das exigências do narcisismo do outro. Podemos demonstrar aqui, com o material clínico das sessões, as citações da avó em relação às experiências sexuais vividas precocemente.

As heranças psíquicas, por um lado, garantem a conservação da história familiar, mas por outro, também transmitem aos filhos a responsabilidade de superar as questões que permaneceram suspensas ou não elaboradas no inconsciente de seus pais e avós.

Para Olga Correa (2013, Pag. 49), o vínculo de filiação envolve a relação de três gerações sucessivas reconhecidas como tais, como uma referência comum a um mito de origem. Nessa dupla condição, cada um pode se situar no conjunto familiar e se reconhecer como parte de uma geração, legitimando sua capacidade de procriar.

Segundo Trachtenberg (2005, Pag. 121), nesse tipo de transmissão está em jogo um trabalho psíquico de elaboração que diz respeito ao grupo e ao sujeito do grupo, favorecendo transformações e conduzindo a uma diferenciação, a uma evolução entre o que é transmitido e o que é herdado.

Nessa articulação teórica, podemos pensar que a avó tenha sido convocada pela Justiça, instância de lei no real, para assumir os netos dos quais ela não buscava sequer notícias, ainda que, diante da possibilidade de devolvê-los ao abrigo, ela não o faz. Mesmo assim, ameaçava constantemente as crianças para que mudassem os comportamentos que não a agradavam. Devolver, neste caso, seria a atuação do desamparo para quem já foi desamparado.

É possível apostar que o desamparo das crianças foi para ela um espelho de seu próprio desamparo. Face à desorganização provocada pelos netos, a angústia poderia tê-la feito sucumbir, o que aqui pode-se traduzir em devolver, desimplicar-se. Porém, o que nos chamou a atenção no caso trabalhado em terapia familiar foi o fato de que a acolhida do desamparo trouxe uma mobilização, uma elaboração face à repetição do modelo de cuidado materno, outrora referência.

A observação acima gerou um outro apontamento teórico: o desamparo. Sabemos que este desamparo, em Freud, localiza-se nas primeiras identificações da criança, em que o investimento da libido é em si mesmo chamado narcisismo primário.

Na obra *Sobre O Narcisismo: Uma Introdução* (1914), Freud afirma que os filhos são considerados revivescência e reprodução do narcisismo primário dos pais, sendo, portanto, portadores dos seus desejos não realizados. Assim, cada sujeito tem que cumprir uma pauta narcísica, dando continuidade à geração que o precedeu, mantendo a identidade familiar, transmitindo os enunciados históricos e familiares, de modo a fortalecer o narcisismo do grupo. Diante do desamparo, ocorre no sujeito uma invasão narcísica parental e a criança pode ficar aprisionada no narcisismo dos pais, não se apropriando do seu próprio desejo (Bertin & Passos, 2003; Chemin, 2006). Entendo por identidade familiar desse núcleo os significantes, a violência e o desamparo, assim como Freud sugere o desamparo do sujeito aprisionado ao narcisismo parental, e que o faz sucumbir ao próprio desejo, em nome da alienação identificatória.

Concluindo o presente trabalho, ressalto que no princípio era ato; a avó batia nas crianças como resposta à desorganização que elas causavam em si mesma e no entorno. As crianças encenavam violência física e sexual nas sessões e em casa, momentos em que demonstravam uma impossibilidade de comunicação dentro do grupo. O efeito do acolhimento no tratamento parece ter dado lugar a outra perspectiva que não a do desamparo. É possível dizer ainda que a escuta analítica ofereceu à avó um espaço de reflexão sobre alguns caminhos alternativos e exotéricos que ela buscava para compreender a implicação com os netos. A partir desse movimento ela parece inverter o jogo da repetição que marcava a família, possibilitando um lugar de criança aos netos, onde o espaço do infantil não existia ou não era favorável.

Diante desses apontamentos teóricos, podemos pensar que a escuta da fantasmática inconsciente dos sujeitos em questão repercutiu no trabalho clínico. Segundo Olga Correa (1999), certas questões da transmissão transgeracional incluem os tabus e segredos de família, muitas vezes resultando em vínculos patológicos no grupo. Estes vínculos acarretam uma importante dimensão fantasmática na dinâmica grupal familiar. Essa organização complexa e variada integra níveis psíquicos diferenciados, singulares e plurais, articulados em função de alianças, pactos e contratos inconscientes, que são dessa forma organizadores da vida psíquica no grupo e do grupo. Na análise familiar, aquilo que vem em ato é resignificado para o grupo. O analista, pela análise dos movimentos transferenciais e contratransferenciais acolhe e dá meios para que cada membro do grupo possa sair da

posição de alienação, possibilitando a significação fora da repetição. Olga Correa afirma que, dessa forma, a intimidade familiar e sua referência genealógica são atravessadas pela relação terapêutica que implica uma dimensão estranha ao grupo familiar. Nesse sentido, a análise favorece um corte, uma interdição no real que faz mobilizar aquilo que está vincularmente ocultado e muitas vezes se encontra no nível inconsciente.

A terapia familiar, nesse caso, favoreceu a diminuição do sofrimento e propiciou transformações nos vínculos existentes da avó e de seus netos. O tema da violência não só física como sexual e psíquica trazidos como queixa inicial puderam ser localizadas na cadeia dos significantes, como marca de pertinência e existência desse grupo familiar.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (1976) . Vol. XIV
- Garcia-Rosa, Luiz Alfredo. *Artigos de metapsicologia, 1914-1917*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995
- Kaës, R. (2001). *Transmissão da Vida Psíquica entre as Gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Trachtenberg A.R.C. *Vicissitudes do conceito de identificação e transmissão entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Correa. Olga Beatriz (2013). *Crises e Travessias. Nas diversas etapas da vida do casal e do grupo familiar*. Petrópolis: KBR
- Ramos. Magdalena (1999). Correa. Olga Beatriz, Segredos de família. *Escuta*. 51-68
- Bertin, I. P. & Passos, M. C. (2003). A transmissão psíquica em debate: breve roteiro das concepções psicanalítica e sistêmica. *Interações*, 8(15), 65-79.

1º Semestre 2015

Ciclo V

Aluno: Thais Pianucci Benedicto

Título: A NORMOPATIA BENEFICIA OS AMBIENTE DE TRABALHO?

SUMÁRIO

- Introdução
- A normalidade e seus impactos
- Considerações
- Bibliografia

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o termo normopatía, introduzido por Joyce McDougall, me fez pensar na quantidade de pessoas que hoje vivem desta forma.

Pessoas robotizadas por uma sociedade que define para elas quais são os desejos que devem ter e o que lhes trará felicidade.

Tudo está muito pronto para as pessoas. Tenho a sensação de que elas não precisam nem mais sentir, não há mais o que imaginar. Não precisam questionar o porquê das coisas, nem quais escolhas farão. As mídias sociais contam todos os dias quais são as normas da felicidade que devemos sentir e impõe a sociedade uma necessidade de adaptação a estes modelos.

E, dentro das normas mais comuns da atualidade está a de que devemos ser bem sucedidos profissionalmente e para isso, não importa o quanto você despende da sua vida nem a quantidade de pressão e tratamentos indevidos que você deverá suportar. Neste caso, ser bem sucedido é a norma e, para se adaptar ela, vale qualquer preço. E a regra é: quanto mais perto da norma você está, mais feliz você estará.

Dentro desta norma social tão bem delimitada, percebo que as empresas são as que encontram os melhores benefícios. A tão almejada felicidade tem seu preço vendido às

custas de salários bem (ou mal) pagos, cargos altos e poder. Um campo bastante fértil para se desenvolverem.

E assim temos uma sociedade onde as pessoas vão buscando a norma e se afastando de seus próprios desejos. As empresas entregam parte daquilo que eles entendem como sucesso (e felicidade) e as pessoas doam para estas empresas grande parte de suas vidas.

Interessante também pensar que, ao ser um normopata e, aparentemente bastante adequado e enquadrado em seu meio social, não existem argumentos que o despertem para algum questionamento de seus próprios desejos, já que não há nada no seu dia a dia que o incomoda.

O normopata não se angustia ou sobre. Nada nele está errado ou o incomoda. Nada dentro dele faz barulho que provoque tensão e que indique que exista algo de errado.

O caso e a desorganização do normopata é nas pessoas que os cercam, que são vítimas de seu jeito frio e orientado por desejos externos deste indivíduo. O normopata tem apenas a norma e para atingi-la, não importa o preço que pagará. Nem ele próprio, nem os que aqueles que o cercam.

A NORMALIDADE E SEUS IMPACTOS

Freud (1986) demonstrou que a satisfação de todos os impulsos humanos é incompatível com a existência da civilização. O que não significa que a civilização possa destruir a subjetividade. A cultura é construída sobre a repressão das pulsões. A não satisfação dos desejos parece ter o importante papel de manter as coisas como são. Freud (1986) entendeu que a cultura exigiu que o sujeito se tornasse alienado de si próprio, que reprimisse seus desejos; a repressão era compreendida como ponto central da neurose, portanto todo homem civilizado seria no mínimo neurótico. Freud abalou os alicerces da “normalidade”, pois questionou o campo das normas; mostrou que as regras prescrevem o certo, trabalham com os conceitos das convenções sociais, mas que estas convenções não refletem, pelo contrário, obstruem o campo pulsional do sujeito.

Autores como Jung e Winnicott descrevem pacientes que apresentavam como indivíduos perfeitamente adaptados, mas que o mínimo toque em sua organização psíquica traria à tona uma psique assustadora, nas palavras de Jung e psicótica, no vocabulário de Winnicott. De qualquer forma, ambos descreveram a normalidade defensiva a uma desestruturação psíquica.

Foi Joyce MsDougall que introduziu o termo da normopatia a psicanálise, e fala dos normopatas como pacientes que utilizam a ação ao invés da elaboração mental. A palavra normopata foi inventada por ela para retratar certo tipo de paciente aparentemente bem adaptado, normal, isto é, sem um conflito ruidoso.

Ela liga também este termo à questão das normas. O normopata faz tudo de acordo com a norma, já que esta foi criada para ser seguida. Define a normopatia como a patologia do indivíduo negar a própria essência. Diz também que a “Normopatia” designam personalidades que se caracterizam por sua extrema “normalidade”, no sentido de conformismo com as normas de comportamento social e profissional.

Diz que os normopatas são pouco fantasistas, pouco imaginativos, pouco criativos, eles costumam ser notavelmente integrados e adaptados em uma sociedade na qual se movimentam com desembaraço e serenidade, sem serem perturbados pela culpa, a que são imunes, nem pela compaixão, que não lhes cerne; como se não vissem que os outros não reagem como eles; como se não percebessem mesmo que os outros sofrem; como se não compreendessem por que os outros não conseguem se adaptar a uma sociedade cujas regras, no entanto, lhes parecem derivar do bom senso, da evidência, da lógica natural. Sendo bem sucedidos na sociedade e no trabalho, os normopatas se ajustam bem ao conformismo, como um uniforme, e portanto carecem de originalidade, de “personalidade”.

As três características da “normopatia” são: a indiferença para com o mundo distante e colaboração no “mal tanto por omissão quanto por ação”; a suspensão da faculdade de pensar, substituindo-a pelo recurso aos estereótipos dominantes, tais como: “todo mundo faz, por que não vou fazer?”, “não adianta agir diferente, porque não tem jeito”, “se eu não o fizer, o outro o fará”; a abolição da faculdade de julgar e da vontade de agir coletivamente contra a injustiça. É uma cisão cada vez maior entre as realidades interna e externa, onde o sujeito suprime a primeira e sobreinveste na segunda, perdendo o contato consigo.

Segundo Lacan (1998), para não se castrar, o sujeito dirige a sua frustração para o objeto possível, podendo ser um carro que está no seu caminho ou apontando uma arma para aquele que contraria os seus ideais. Essas questões recalcadas nas modalidades de laço social, as quais empurram violentamente o sujeito ao gozo, concebem sujeitos alheios, descomprometidos frente a uma realidade posta (imposta), em que são suspensos seus dilemas éticos, contribuindo assim, para os comportamentos de normopatia

Estudos sobre gestão apontam que, como defesa, a normopatia é um modo de se afastar do sofrimento ético, indignação necessária para combater as injustiças provocadas pelo trabalho e de se humanizar. O sujeito não suporta este sofrimento em função da

intensidade com a qual a lógica perversa de gestão invade seu psiquismo. O poder de sedução do imaginário organizacional e as promessas do modo flexível de produção, refletidos no gerencialismo, mobilizam o narcisismo, e em nome dele o sujeito é capturado na rede das perversões organizacionais e aos poucos vai assumindo comportamentos de normopatía. Deste modo, transforma-se no “colaborador” ideal, aquele que é capaz de não se afetar pelas atrocidades e pelas devastadoras implicações sociais do da excelência.

Ser humano é uma fraqueza porque significa ter sentimentos, lidar com emoções e incertezas, ser sujeito a erros e limitações, algo terminantemente fora de questão na esfera organizacional. Só há espaço para super homens e mulheres maravilhas, seres que, com foco nos resultados, minimizam ou ignoram sua humanidade em prol da organização. Isso inclui promover processos de racionalização, via de regra por meio de corte de pessoal, remanejamento, downsizing, e outras ferramentas que associam a sobrevivência organizacional à punição dos sujeitos, um processo em que a criatura – a organização – se torna mais forte e mais importante do que o seu criador, o homem. A perspectiva que rege tais ações atende a uma dinâmica que torna econômica, mais do que social, qualquer iniciativa no âmbito da organização. Os efeitos sobre a subjetividade destes profissionais e sua saúde mental raramente têm sido foco de discussão no âmbito da administração, área em que se toma com certo nível de estranheza uma discussão desse tipo, seja por ela expor fragilidades teóricas e ideológicas, seja por esse não ser um assunto “pertinente” aos interesses da área. Mas do interesse de quem é este assunto se não de todos?

CONSIDERAÇÕES

Muitos dos textos que encontrei sobre o tema mostram que os normopatas facilitam a relação do homem com o trabalho, afinal é mais fácil mantê-los sob altos índices de stress, uma vez que a necessidade deles de se adaptarem é mais forte do que qualquer descontentamento que esteja acontecendo. Pessoas robôs, assim como posto por Joyce, fazem o que for necessário para se enquadrarem no que é normal.

Tais abusos de gestão (e poder), na forma de assédio moral, aparecem como estratégias disciplinares que se escondem atrás de uma lógica organizacional, com justificativas que se trata de necessidades pautadas em ganho de eficiência e produtividade.. Os indivíduos não lêem estas situações que passam como errado, já que se trata de uma

realidade de todos, uma norma daquela sociedade e não apenas deles. E já que não se trata de algo individual, não questionam os valores e a ética que baseia tais imposições.

Dejours mostra que a eficácia deste sistema disciplinar deve-se ao fato destes mecanismos serem dirigidos para um coletivo, no qual os espaços de reconhecimento são escassos e onde predomina a “racionalização”, o “individualismo”, a “normopatia” a “banalização da injustiça social”.

A velocidade e os altos níveis de cobrança que o trabalho imprime ao mundo, além de gerar uma grande precariedade à vida das pessoas, as sufocam pelo medo do desemprego. E esta somatória de medo, pressão e velocidade, resultam em maior alienação delas próprias. Ao tentarem se adaptar a tudo isso, se afastam cada dia mais daquilo que é o seu desejo real, e este desejo se converte em normas criadas pela sociedade, que sempre estão fora dele.

O processo de gradativa robotização, atualmente presenciado, pressupõe um nível de esvaziamento do que é propriamente humano como jamais visto. O mercado de trabalho continua exigindo produções e arquiteturas fabris mesmo após grandes revoluções tecnológicas. Produzimos muitas vezes mais, em bem menos tempo e em ritmos que aumentam em escalas desproporcionais. Como resultado, mais tempo trabalhando, menos tempo pensando. Emerge assim um perfil de profissional que não se ocupa do que sente ou deixa de sentir. Ocupa-se somente da norma do “bem sucedido” que é traduzido em aumento de poder social e financeiro. Porém, se ter dinheiro e poder eram desejos reais do indivíduo, isso realmente não se sabe.

Neste cenário, o profissional passa a pensar, sentir e agir de modo completamente alinhado com a empresa que normalmente é produto daquele alvo anteriormente colocado como significado de sucesso, introjetando, muitas vezes, valores desumanos que são praticados pelas organizações, se transformando assim, em um sujeito que reproduz e produz o discurso e os desejos organizacionais, não percebendo sua própria desumanização. Este pressuposto se sustenta na racionalidade econômica.

BIBIOGRAFIA

AKTOUF, O. Pós-globalização, administração e racionalidade econômica: a síndrome do avestruz. São Paulo: Atlas, 2004.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

LACAN, J. A ciência e a verdade. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MCDOUGALL, J. Teatros do eu. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

LUIZ ALEX SILVA SARAIVA, ANA MAGNÓLIA MENDES, MARCUS VINÍCIUS SOARES SIQUEIRA, RICARDO NOGUEIRA RODRIGUES, Lógica da Perversão de gestão e Normopatia

1º Semestre 2015

Ciclo VI

Aluno: Mariana Guarize de Souza

Título: OS CORPOS EM ANÁLISE: PERCURSO DE UM PSICANALISTA EM SUA FORMAÇÃO NOS TERRITÓRIOS DA CLÍNICA E DO HOSPITAL

O desafio que se apresenta em construir uma escrita neste momento de minha formação como analista parece ser o mais complexo, pois concluir o curso pode representar o fechamento dos ciclos, entretanto, não significa que os analistas formados estão prontos ou que este último trabalho a ser entregue será extremamente melhor do que os anteriores. Por outro lado, existe uma expectativa pertinente de que o analista saia diferente de quando ingressou e que esta última escrita formal para o curso possa representar esse progresso, as transformações, construções, elaborações. Estas são possíveis não apenas pela progressão no conhecimento acerca da teoria psicanalítica como, principalmente, pelo próprio processo de supervisão e análise pessoal.

Ao pensar no percurso que realizei em meus trabalhos nos seis ciclos, algo que possibilita uma articulação entre eles é a questão do corpo em análise, sendo uma temática que perpassa minhas reflexões em uma sucessão encadeada: interlocuções a respeito do corpo doente e da transferência no hospital; a posição do analista e o desnudar de seu corpo considerando as mais diversas cenas que fazem parte do cotidiano de trabalho de um psicanalista; a relevância do tempo na clínica psicanalítica; as variantes da interpretação psicanalítica e o quanto todas essas condições – transferência, o lugar do analista, o tempo - precisam estar postas e articuladas para que uma interpretação tenha efeito e para que esse corpo marcado por sua singularidade possa posicionar-se de forma diferente.

No último ciclo decido expor algumas inquietações sobre as psicossomáticas existentes e problematizar a questão do adoecimento no corpo, ou seja, a existência de doenças no corpo que são sintomas e que possuem uma representação simbólica e aquelas que são afecções somáticas carentes de simbologia e que poderíamos nomear de fenômenos psicossomáticos. Além disso, abordo as consequências irreparáveis da

instalação da dicotomia entre mente e corpo, enquanto a verdadeira diferença não poderia ser outra senão a entre o corpo e o organismo.

Minha proposta para este trabalho é resgatar essas questões que me mobilizaram durante toda a formação relacionadas à clínica psicanalítica e poder transportá-las para o cenário hospitalar para que algo novo possa ser produzido em conjunção com o já existente. Escolho o ambiente hospitalar, pois faz parte de minha vivência enquanto psicanalista em um serviço de psicologia hospitalar e pelo desafio de pensar a psicanálise para além de um enquadre estruturado e da constância de um mobiliário pertencente à clínica tradicional. Dessa forma, considero que a psicanálise está onde está o sujeito falante e desejante, possibilitando reinvenções sem perder sua ética e o fundamental rigor metodológico.

Os corpos em análise ou os corpos sob análises? Nem todos os personagens que citarei nos diferentes cenários estarão em análise propriamente dita, mas poderão estar sob a nossa análise. A que corpos estamos nos referindo? O corpo do paciente na sessão de análise, o corpo do analista, os diferentes corpos no hospital: o corpo do paciente vivo, o corpo que sobrevive, o corpo morto, o corpo frágil, o corpo doente, o corpo dos profissionais, o corpo dos familiares. No hospital frequentemente assistimos a um processo de morte que impacta por esta sequência de transformação: corpo – organismo – cadáver e, por mais que alguns espectadores não queiram enxergar ou lembrar de contextos que se impõem aos olhos, a cegueira ou esquecimento momentâneos não anulam os efeitos da cena.

A conceituação sobre o corpo foi alvo de muitas controvérsias ao longo da história e mesmo entre autores da psicanálise, o que contribuiu para a negatividade do estatuto do corpo e para a sua ausência de lugar. A psicanálise foi reduzida, dessa forma, a uma leitura estrita dos processos psíquicos e o corpo aos registros somático, anatômico e biológico.

Entretanto, precisamos considerar que “o corpo coloca-se de forma significativa desde o início da psicanálise em sua construção teórica e na prática clínica, pertencendo a esse campo desde os primeiros trabalhos freudianos com os sintomas histéricos inscritos no corpo. A psicanálise destaca a separação existente entre o organismo e o corpo ao considerar este a sede de marcas subjetivas e não em seu puro aspecto somático”. (Guarize, 2013)

A contemporaneidade faz-nos refletir sobre sintomas atuais, mas o hospital nos remete a esses primórdios da psicanálise ao revelar que as histéricas de Freud não permaneceram em tempos remotos. No desenvolvimento do trabalho exemplificarei com recortes de casos clínicos que nos chocam com a atualidade dos sintomas histéricos conversivos.

Freud em sua obra afasta-se, progressivamente, da noção de corpo da anatomopatologia, propõe novas leituras para essa questão em psicanálise e confere maior importância à representação (anatomia imaginária).

O conceito de pulsão define o corpo em uma outra cartografia, como algo libidinal, que seria ao mesmo tempo representado e imaginado. A pulsão é o que diferencia o corpo vivo do corpo morto, pois deixa de existir neste; entretanto, pode-se dizer que ambos são marcados pela linguagem visto que o corpo morto não se transforma em carniça na espécie humana, pois continua a ter um lugar simbólico na trama familiar. (Moretto, 2006)

O corpo para psicanálise, portanto, é um corpo libidinal, representado e imaginado, território de marcas subjetivas, as quais não se deterioram com a passagem do tempo e que são intrínsecas à história do sujeito do inconsciente. Schiller (2000), acrescenta “(...). Somos determinados por nossa história, pela história de nossa família e das gerações passadas. Somos conduzidos pelo que um dia, ainda crianças, escutamos e vimos e guardamos no sótão de um pretense esquecimento, de uma falsa cegueira” (pág. 15).

Nesse sentido podemos recordar da afirmativa lacaniana de que existimos antes mesmo do nosso nascimento, pois o ser humano antes de nascer está inserido em uma história, em uma rede desejante, em um campo de linguagem, já tem um lugar na família ou um não lugar.

A constituição deste corpo que falamos inicia-se no projeto para o filho, na escolha do nome, na construção parental, no desempenho dessas funções, que é de extrema relevância para a constituição subjetiva do bebê e para ser possível tornar esse corpo de sensações em um corpo falado. O corpo do bebê precisa ser libidinizado, tocado, receber afeto para sobreviver, já que depende inteiramente de outrem para satisfação de suas necessidades e encontra-se num absoluto desamparo ao nascimento. O infans, a partir da primeira mamada, deixa de ser marcado pela necessidade para ser instaurado o desejo e o surgimento de um corpo simbólico.

Diante do exposto, faz-se importante uma interrupção para refletirmos acerca das possibilidades dos destinos deste corpo. As reflexões que se seguem não irão esgotar os caminhos possíveis, mas irei enveredar por um destino que se destaca em minha clínica, o corpo doente que afeta e é afetado pelo organismo. Corpo este que é atravessado pelas forças pulsionais, por marcas subjetivas, pela alteridade, pelo imaginário dos pais, pelo ideal de eu, é um território, sede de conflitos, memórias e também pode ser submetido às formações dos sintomas.

A descoberta de uma doença constitui um corte a ser decifrado, um marco que separa o antes e o depois, aproximando o paciente de sua finitude, impotência, dor e sofrimento. A condição de adoecimento remete o sujeito ao corpo frágil dos primórdios através dos processos de dor e pode desencadear estados regressivos, sentimento de desamparo e ativar a ferida narcísica.

A doença, geralmente, é encarada em um primeiro momento como algo externo ao próprio corpo, como uma invasão que se impõe e destitui o sujeito de sua rotina diária, de seus projetos, desejos, de sua família nos casos de hospitalização e até mesmo de suas necessidades mais básicas, privando-o das mais simples escolhas. O doente, como passa a ser chamado, tem de responder à ordem médica com relação aos tratamentos e privações para conseguir alcançar o prometido retorno ao equilíbrio perdido.

Segundo Aulagnier (1985), “A experiência de verificar que seu corpo tem existência própria, independe do seu desejo, proporciona ao sujeito uma sensação de estranhamento; sensação de certo desconhecimento sobre seu próprio corpo”. Acrescento que a imagem corporal que o sujeito tem de seu corpo não corresponde às imagens reveladas pela tecnologia. Essa incongruência e o estranhamento de se ter um organismo fica visível no contexto hospitalar por meio da angústia do paciente frente à notícia de que precisará realizar uma cirurgia, que está com uma doença grave, diante das informações sobre o mecanismo da doença, sobre o funcionamento de seus órgãos; justamente porque o *eu* está relacionado ao corpo e não ao conjunto de órgãos e tecidos.

A medicina, coerente com a racionalidade moderna, universaliza a doença e a categoria de corpo, considerando este como submetido a causas lineares e a doença torna-se uma entidade genérica causal. O sujeito doente é tratado por meio de pesquisas anátomo-fisiológicas de seu corpo para o estabelecimento de diagnósticos de doenças e intervenções terapêuticas, sendo desconsiderado o paciente e abandonando-se a experiência em benefício do experimento.

Além dessa diferenciação do corpo para medicina e psicanálise, outra questão de fundamental relevância é que a medicina ignora o gozo do corpo, o gozo relacionado à doença. A doença é gozo na forma pura, sendo o gozo tudo que se opõe ao desejo, que aplaca o desejo, que imobiliza, paralisa, é o não desejo, não querer nada. A pulsão sempre visa aplacar o desejo, devido a isso que Lacan faz a ressalva de que só existe pulsão de morte. O corpo é lugar de gozo e este é o apego ao mal estar.

O médico considera que o corpo é apenas lugar de prazer e de cura e dedica-se a um movimento de querer eternizar *a vida em vida* sem se dar conta de que a doença, às vezes,

é aquilo que o sujeito mais deseja conservar e não curar. “O desejo da Medicina é prolongar a vida, restabelecer a harmonia. *Mas a cura nunca é o retorno a um estado anterior.* Entre este e a cura restarão, para sempre, a história e as cicatrizes”. (Schiller, 2000, pág. 83)

Neste aspecto a ética da psicanálise também se diferencia da ética da medicina, pois esta exclui o sujeito e ocorre uma desmontagem da subjetividade tanto do aluno ao ingressar na graduação de medicina quanto do paciente a ser curado de sua doença. Os afetos, os denominados cheiros e coloridos da prática clínica, foram banidos pela ciência moderna ocidental, entretanto, sua presença constitui o campo transferencial da relação médico-paciente e não deveriam ser sobrepostos à assepsia e furor diagnósticos.

Freud, em “Além do princípio do prazer” (1920) anuncia a queda da hegemonia do princípio do prazer diante da constatação de que nem sempre o sujeito repete algo que é prazeroso. A compulsão à repetição coloca em cena a parte desprazerosa que desde o início não pôde ser vivenciada como prazerosa.

A via do somático, muitas vezes, é a única forma de expressão do caos libidinal num processo doloroso e silencioso na busca por uma satisfação singular e que insiste em se manifestar. Pode ocorrer a substituição de uma dor pela outra, ou seja, algo que não pode ser pensado em termos psíquicos manifesta-se no corpo.

Com relação as minhas inquietações frente às psicossomáticas e que aprofundi no trabalho anterior, um ponto crucial retorna nesse momento para refletirmos: Existem manifestações no corpo que não possuem uma representação simbólica? Essas manifestações são eclosões do organismo e não se constituem como um sintoma?

Outra questão é diferenciar na escuta analítica se um aparente vazio inicial trata-se de uma resistência do paciente para apropriar-se da doença e do que se manifesta em seu próprio corpo ou se é algo de um empobrecimento intransponível que estaria associado à carência simbólica e ao encontro com o nada.

Assim como citei, anteriormente, que a doença pode ser algo que o sujeito mais deseja conservar, o sintoma é construído não apenas para criar sofrimento, mas para evitar algo pior e desmontá-lo não é feito sem sacrifício. Freud (1917) afirma que os sintomas têm um sentido, são manifestações do inconsciente, relacionam-se com as experiências do paciente e que toda descoberta no processo de análise é realizada mais de uma vez e nenhuma se faz de uma só vez.

Com relação ao mecanismo da maioria das doenças, Schiller (2000), ressalta que está presente algo da não-compreensão que se repete, que causa sofrimento, mas cujo contorno não está nítido. Acrescenta que “(...) o acesso à trama histórica, permitindo identificar,

interpretar e compreender o *sentido* da doença, leva à sua atenuação ou desaparecimento” (pág. 150).

O conteúdo que abordarei no parágrafo a seguir foi bastante discutido em um seminário teórico sobre o psicanalista no hospital, ministrado pelo Paulo Schiller, e o trago para podermos ampliar nossa argumentação.

Lacan aborda pouco a questão da psicossomática, mas fala em duas modalidades de acometimento: uma referida ao sintoma no corpo, que seria passível de deslocamento pela interpretação em um sentido mais amplo, pelo próprio movimento da análise. Outro acometimento seria os denominados fenômenos psicossomáticos, que não são passíveis de modificação, causam consequências definitivas, não são deslocáveis, estão relacionados a uma carência de representação, ao empobrecimento simbólico.

Alguns autores com quem tive contato ao longo do curso de formação defendem que o fenômeno psicossomático é transclínico, estaria relacionado a uma quarta estrutura, portanto, poderia ocorrer na neurose, psicose, perversão, por estar ligado ao biológico que se manteve como organismo e não passou pela pulsão. No sintoma poderia haver uma disfunção no corpo, mas estaria no campo da linguagem e não ocasionaria uma alteração anátomo-patológica estabelecida.

Uma questão que defendo é que por mais que um acometimento definitivo no corpo não se refira a um sintoma nos termos psicanalíticos, que inscreve uma resposta subjetiva, que possui uma função e uma cifra, considero ser possível com a oferta de escuta analítica a esses pacientes a possibilidade de se construir algo novo, mesmo diante de uma erupção da carne e de uma falha de simbolização.

No hospital nos deparamos com pacientes com doenças graves e nem por isso eles deixam de associar ou fazer relações com aspectos de sua história de vida. Não é porque o corpo adocece que o psiquismo está fadado ao empobrecimento.

Segundo Schiller (2000), considerando o corpo como sendo recortado pelo psiquismo, podemos distinguir dois grupos de doenças: “as que podem ser atenuadas, modificadas ou curadas pela descoberta de um sentido, de um significado, ou por uma elaboração que identifique uma causa não-orgânica; e as que seguem seu curso apesar da identificação de uma associação psíquica” (pág. 149). Este segundo grupo é constituído pelas doenças em geral mais graves cujos danos físicos são com frequência irreversíveis, causam lesões agressivas e que necessitam do arsenal da medicina para a tentativa de cura, por serem potencialmente fatais.

Com relação a essas doenças mais graves, o que se coloca é que por mais que o paciente realize associações, perceba relações causais para além do imperativo médico sobre os mecanismos orgânicos de sua doença, isso terá pouco ou nenhum efeito sobre a evolução dos sintomas. Nesse sentido, o paciente estaria alheio a sua própria história. (Schiller, 2000).

Entretanto, considero que isso não significa que os acometimentos no corpo que configurem uma lesão definitiva não possam ter uma representação psíquica e que o paciente não possa se posicionar de forma diferente frente a sua história em meio a uma sucessão ininterrupta de doenças e a entrega de órgãos.

“O corpo sofre porque existe um obstáculo que barra o acesso do sujeito à sua história e à origem de sua angústia”. (Schiller, 2000, pág. 153). A lesão pode ser irreversível, mas o acesso à fala em um espaço para pensar para além do incômodo físico, das invasões, da ausência de privacidade e identidade, que constituem o campo transferencial no hospital, é o que pode dar corpo à história da doença. Se não puder ser realizado um trabalho de simbolização, outros órgãos poderão ser entregues às custas do gozo.

Se estamos diante de um sintoma, o fato de o sintoma inscrever-se no corpo não o diferencia dos demais sintomas da clínica psicanalítica. Uma lesão, uma marca definitiva, é registro de um tempo de vida. No hospital, muitas vezes, estamos diante de fenômenos psicossomáticos e quando vamos escutar o paciente nos deparamos com algo que o paciente não tem acesso. A doença é expressão de algo não sabido.

O sujeito é afetado por algo do campo da linguagem. Algo da história e do desejo que não é acessível pode causar uma alteração orgânica. Se existe uma relação entre o psiquismo e o orgânico é dessa ordem.

O psicanalista, por meio de uma escuta e de seu lugar, favorece que aspectos psíquicos até então emudecidos tornem-se ruidosos e, portanto, pode possibilitar a simbolização e conseqüente alívio da dor mesmo diante da falta de representação e sentido. O órgão pode não ter sido salvo, mas existe a chance de uma plasticidade psíquica. Basta apostar.

O psicanalista no hospital depara-se com diversos contextos e demandas e, muitas vezes, somos solicitados diante do não saber médico sobre determinados sintomas que aprisionam o paciente em sua dor e que revelam a ausência de uma causa orgânica. Geralmente esses pacientes são considerados como não tendo *nada*, já que a medicina pouco pode fazer por eles. Outros casos também chamam atenção da equipe pela gravidade com que uma doença alcança seu curso em um paciente jovem e pela sua irreversibilidade.

Diante do exposto recordo-me de duas pacientes para as quais, recentemente, solicitaram atendimento psicológico de acordo com os motivos comentados acima. Algumas diferenciações entre essas pacientes poderão ser analisadas, entretanto, escuto uma repetição no discurso de ambas à minha pergunta sobre o início dos sintomas e que não se dão conta, em um primeiro momento, da relevância do que estavam dizendo: “os sintomas começaram no melhor momento da minha vida, quando tudo estava muito bem”.

Essa fala parece afastar qualquer possibilidade de associar questões de sua história de vida e o psiquismo à doença, quase que em uma sentença de retirada de uma significação para o surgimento de algo tão penoso. Em um primeiro momento o que se sobressaiu foi a aparente falta de associação justamente pela grande barreira em considerar o corpo como lugar de gozo. Como uma doença poderia surgir no melhor momento da vida de uma pessoa a não ser por uma invasão, por algo traumático, incompreensível, sem sentido algum?

Na continuidade da fala das pacientes algumas associações puderam surgir na presença da analista...

A paciente, que chamarei de Cláudia, 31 anos de idade, teve que se submeter a uma cirurgia agressiva para retirada total do intestino grosso devido ao diagnóstico de uma retocolite ulcerativa que não mais respondia a qualquer terapêutica medicamentosa. A paciente já fazia uso de corticóide e imunossupressores devido à gravidade dos sintomas, não saía de casa nos últimos dois meses, pois sua imunidade estava muito baixa. A *perda do órgão* representava a *retirada da doença*, então, algo tão agressivo viria a proporcioná-la a possibilidade, em sua própria fala, de poder *viver* e não somente *sobreviver*.

Ela mesma sublinha que a retirada do órgão era a retirada concreta de sua doença, mas que levaria um tempo para assimilar que não era mais doente, que não tinha mais a doença, já que conviveu diariamente por dois anos com os sintomas da doença e, acrescento, “sendo doente”. Os sintomas apareceram pela primeira vez na semana em que começou a namorar com seu atual esposo. A internação e consequente indicação da cirurgia ocorre no momento em que a paciente está casada, próximo ao aniversário de um ano da filha e, segundo a paciente, num momento em que estava feliz por ter decidido sair do emprego que a deixava insatisfeita e iniciar uma nova graduação, com a qual sempre sonhou.

A outra paciente, chamarei de Lívia, 18 anos de idade, foi hospitalizada por uma dor a esclarecer que a impede de andar. A dor, muito intensa, está localizada na região lombar, é irradiada para as pernas e consegue ser aliviada apenas com altas dosagens de morfina. A

paciente estava hospitalizada em sua cidade natal há setenta dias e foi transferida para São Paulo na expectativa de encontrar um diagnóstico, entretanto, mesmo sendo submetida a uma série de exames não apresentou nenhum comprometimento orgânico / neurológico que justificasse sua dor.

De forma resumida, no primeiro atendimento psicológico a paciente fala do início de suas dores em um momento feliz de sua vida, pois está na faculdade, é muito comprometida com os estudos, focada, sua rotina é muito dinâmica. No decorrer de sua fala conta de uma tentativa de suicídio aos treze anos de idade, que ocorreu num momento em que os avós, aos quais chama de pais, estavam viajando e a paciente teve de ficar com a mãe biológica. Relata que tinha um relacionamento muito conflituoso com a mãe, pois esta nunca desempenhou seu papel de mãe.

Devido à tentativa de suicídio, a paciente diz que ambas puderam aproximar-se e ser mãe e filha. No momento anterior ao início dos sintomas de dor, a paciente tinha voltado a residir com a mãe devido ao “novo” distanciamento dos pais-avós. Após um ano que os avós decidiram morar em outro estado a paciente adoeceu. Com a intensificação dos sintomas de dor da paciente, hospitalização e impossibilidade de caminhar, os avós retornaram a sua cidade para cuidar dela. A mãe-avó permanece o tempo todo ao lado da paciente durante a hospitalização.

Os atendimentos seguem com essa paciente, alguns são impedidos pela intensidade das dores que apresenta e a equipe médica decide realizar um procedimento (rizotomia) para tentativa de alívio da dor desta paciente mesmo sabendo que ela não tinha “nada” do ponto de vista orgânico. A paciente e a mãe-avó depositam muita expectativa no procedimento. Continuo acompanhando esse processo todo e as dores da paciente melhoram significativamente no dia seguinte ao procedimento. A mãe-avó no último atendimento até a data desta escrita deixa claro que estava muito feliz de poder ver a filha sorrindo novamente, menos fechada, sem expressão de dor e relata: “Nunca mais vou sair de perto dela. Ela precisa muito de mim” (sic).

Uma paciente tem uma lesão de órgão, a outra não, mas ambas associam com questões da história de vida. Claro que essas associações são feitas com todas as defesas e resistências atuando.

Cláudia apresenta uma lesão de órgão definitiva, mas está disponível para refletir a respeito, em doses homeopáticas, mas permite aproximação. Lívia apresenta claramente um sintoma histérico conversivo, entretanto, encontrei mais resistência.

O sintoma de Livia não gera um comprometimento orgânico, mas deixa o corpo em retalhos. A dor barra, a dor insiste, persiste, repete, impede até mesmo o atendimento. Como falar com uma dor de intensidade máxima em sua escala?

Esse fragmento é para podermos abrir nossa reflexão e nos pautarmos na nossa clínica antes de nos fechar em um discurso teórico contundente e convincente, mas que exclui o sujeito da psicanálise em uma aproximação com a necessidade do furor categórico da medicina. É possível afirmar, diante desses recortes clínicos, que essas pacientes apresentam uma falha simbólica? Ou que não poderão posicionar-se de forma diferente, a partir de um processo de análise, a evitar a repetição desses sintomas no corpo?

Essas conjecturas são possíveis se pensarmos no estabelecimento da transferência com cada um dos pacientes para que uma construção teórica possa emergir a partir da prática clínica e da singularidade estabelecida em cada encontro.

Os atendimentos com essas pacientes no hospital tiveram o seu desfecho possível marcado pelo tempo da internação, entretanto, por meio da transferência estabelecida penso que poderão ser continuados de alguma forma. Foi uma possibilidade de iniciar um processo de análise? Poderíamos considerar que foram estabelecidas as entrevistas preliminares?

A temporalidade na clínica hospitalar, entre outras diferenças, é outra, portanto, penso que em muitos casos até avançamos mais mesmo sendo em pouco tempo do que pacientes que fazem anos de análise. A frequência e o tempo não são garantias de que o processo de análise estabeleceu-se.

O tratamento psicanalítico em instituições é marcado por uma série de irregularidades no horário, local, número de sessões, intervalos entre elas, entretanto, privilegiamos o estabelecimento da transferência como condição para se pensar na possibilidade de um tratamento. Cada encontro – dentro do campo psicanalítico – é o encontro feito sob transferência”. (Minatti, 2004)

A complexidade do trabalho do psicanalista revela-se na medida em que caminha por ruas jamais atravessadas ou que não se deseja serem revisitadas, encontra curvas tortuosas, enfrenta obstáculos, resistências, tendo que lançar mão da cautela e da ousadia no processo de desvelamento de algo que, muitas vezes, não pode ser dito ou encontra resistências para tornar-se consciente. Essa polaridade entre a cautela e a ousadia, digamos assim, faz-se presente no cotidiano do psicanalista no hospital principalmente por ser o próprio analista que vai até o paciente e lhe oferece atendimento e não o paciente que lhe procura como no contexto tradicional da clínica. A demanda inicial é outra.

Considero de extrema relevância o psicanalista oferecer aos pacientes, diante da perda da saúde e do ideal, um espaço de escuta para o silêncio e para a fala, de validação de seu sofrimento, poder sustentar estar junto, não amenizar o impacto daquele contexto e possibilitar uma ressignificação.

A temática da transferência foi abordada no primeiro trabalho sob o viés da transferência estabelecida no atendimento às mães de crianças cardiopatas e o quanto pude perceber um ataque ao feminino como também uma possibilidade de um cuidado materno e resgate da feminilidade perdida na relação transferencial com a analista-mulher.

Nesse sentido penso que podemos estender essa questão da transferência com os pacientes que estão hospitalizados. O quanto na transferência com esses pacientes doentes pode haver um ataque ao analista que pode ser colocado em um lugar idealizado, que se constitui no imaginário do paciente como saudável, tem vida particular, tem horário para entrar e deixar o hospital, ausenta-se nas férias, não expressa sofrimento, consegue aparentemente cuidar de seu corpo.

Essas mudanças nos contextos em que a psicanálise insere-se geram debates sobre a viabilidade da análise fora da clínica propriamente dita e sua imersão nos corredores de um hospital, a beira leito, em uma sala de espera ou até mesmo em uma unidade de terapia intensiva, lugares estes em que o jogo entre a vida e a morte mostra-se intensamente presente.

Justamente por existir esse jogo de forças no contexto hospitalar que a questão do tempo é algo relevante de ser discutida. Em um trabalho anterior abordei a temporalidade na clínica psicanalítica, marcando a questão do tempo como essencial para pensarmos no momento da interpretação e as constâncias e inconstâncias da psicanálise na cultura.

A temporalidade vinculada à escuta analítica no hospital parecem-me ter outros desdobramentos quando pensamos que o paciente está inserido em um contexto em que a ordem médica e seus imperativos reinam, como as emergências orgânicas, o tempo da hospitalização, o tempo para uma intervenção no corpo, o tempo para uma “avaliação psicológica”, entre outros. E o tempo do sujeito como fica diante dessas outras urgências e prevalências?

A questão do tempo, portanto, é de importância para a clínica psicanalítica, entretanto, trata-se não de um tempo cronológico e sim uma estranha temporalidade relacionada ao seu tempo, à pulsação, o ritmo dos cortes nos ditos do sujeito, o ato que produz, que extrai da repetição o momento oportuno.

Mesmo em uma sociedade em que a normalidade está enviesada, a racionalidade impera, há negação e banalização do sofrimento e a tristeza é vista como uma doença que se cura na primeira farmácia, a psicanálise permanece devido a sua eficiência. Poder-se-ia reivindicar uma modalidade breve já que a pressa faz parte das agendas apressadas dos indivíduos, entretanto, não é possível modificar a ética da psicanálise aos sabores e exigências da atualidade. É preciso tempo.

Antonio Quinet (2008), em meio aos questionamentos sobre a psicanálise no seu tempo, afirma que diante do sintoma todo relógio é mole, como o do quadro de Dalí. Um relógio fechado, coberto por formigas, animais frenéticos, símbolo da decomposição, da decadência, que parecem devorá-lo; trata-se aqui da memória fechada, do tempo morto, devorado, sobreposto à vida. O tempo sendo figurado como dominador implacável, tirano de vidas e seres. A doença é encarada, muitas vezes, dessa forma: é tirana, paralisa, tira tudo que a pessoa tem.

Segundo Quinet (2008), “impor um tempo ao sintoma é uma ingenuidade se não for uma impostura. Não se pode pagar o alto preço do assassinato do sujeito com vistas a não se perder o trem-bala da contemporaneidade. Isto não é estar à altura da subjetividade de sua época e sim submeter à psicanálise aos discursos dos mestres. A psicanálise não deve se adaptar ao discurso capitalista (...) nem se curvar ao discurso da ciência que rejeita a verdade do sujeito” (pág. 16).

Outra dimensão do tempo coloca-se como fundamental a partir da escuta analítica: o da espera. De que espera me refiro? Uma espera ativa por parte do analista que considera o tempo de cada paciente para poder realizar pontuações, interpretações, silêncios, cortes.

Retorno para o contexto hospitalar: o psicanalista no hospital pode manter-se nessa condição de uma espera diante das demandas institucionais que não têm tempo para a espera da emergência do sujeito? Outro ponto de extrema importância ética: como não deixar passar aquele instante frente ao que surge na escuta com o paciente, já que não se sabe se haverá outro encontro, sem cometer excessos, ou seja, como não se antecipar ou não incorrer em interpretações selvagens?

Essas questões nos remetem a refletir sobre a presença de muitas demandas no hospital e lidar com elas sem submeter-se à urgência de ter que respondê-las é um desafio a ser encarado diariamente. A clínica com pacientes à espera por um transplante destaca a existência de diferentes demandas em jogo, diferentes tempos relacionados ao psiquismo do paciente, à urgência médica mediante o tempo da falência do órgão e o tempo da doação.

“Ao ser solicitada uma avaliação psicológica para o transplante cardíaco, o psicólogo depara-se com complexas demandas, que envolvem a necessidade de fornecer um parecer acerca da “condição psicológica” do paciente (favorável ou não ao transplante cardíaco), lidar com as resistências do paciente e o dinamismo do funcionamento psíquico e com a urgência por uma definição devido à proximidade da morte”. (Guarize, 2013)

O denominado tempo psíquico não corresponde ao tempo cronológico ou ao tempo da avaliação psicológica, sendo determinado pela lógica do inconsciente. A urgência médica refere-se justamente ao tempo de falência do coração e necessidade do término das avaliações para inscrever o paciente na fila de espera.

Diante dessa sentença anunciada ao paciente do que precisa para agarrar-se e sobreviver, torna-se muito difícil para a equipe profissional lidar com pacientes que se expressam por meio de boicotes, transgressões ao tratamento, agressividade, desesperança ou até mesmo declaram seu desejo pela diminuição de seu sofrimento e pela própria morte.

“A recusa do paciente ao tratamento ou a uma determinada terapêutica pode ser vista pela equipe multidisciplinar como uma desistência, entretanto, pode-se pensar que seja ainda uma manifestação do corpo sujeito diante da falta de escolhas a serem feitas. Um aspecto importante a se observar com esses pacientes e que deve ser preservado é que, muitas vezes, o corpo, considerado como fonte libidinal, morre antes da falência dos órgãos”. (Guarize, 2013)

Portanto, a escuta do psicanalista estaria muito mais voltada a atentar-se a todo esse dinamismo que se apresenta na transferência do que a corresponder à pressa que se impõe pela cronologia do relógio.

A interpretação não equivale a um modo tradutivo de escuta ou a uma explicação direta acerca das formações do inconsciente e sim reintroduz a posição enigmática visando à abertura para o “não compreensível”, o “não-senso” no discurso do paciente. É a abertura para um novo sentido que se busca ao interpretarmos a partir da fala associativa do paciente.

O silêncio, a fala, uma pontuação, uma pausa, um barulho, um movimento, um corte, todos esses podem fazer parte de uma sessão de análise. Não se pode incorrer em um excesso por parte do analista ao recobrar a fala do analisante com sua teoria, pois o resultado assim seria um fechamento e não uma abertura. Os possíveis excessos do analista podem acarretar não em uma produção de sentido, mas sim em uma invasão e em um corte sangrento.

A citação de Joyce McDougall (1991), em seu texto: “Em defesa de uma certa anormalidade”, expressa a questão desse excesso a que me refiro e que considero de extrema pertinência, principalmente aos analistas em formação: “O fato de alguém acreditar em sua normalidade, mesmo que nos pareça patológico, não nos dá o direito de querer a todo custo abrir-lhes os olhos às máscaras e mentiras que existem em todos nós” (pág. 180).

O analista, por meio da escuta flutuante, deve atentar-se para realizar sua intervenção ao tempo do paciente e a tempo; ou seja, as intervenções não poderiam ocorrer de forma antecipada, pois estariam mais relacionadas a uma demanda do analista do que a uma correspondência no paciente, entretanto, a interpretação também deve ocorrer a tempo, no sentido de que é sempre uma aposta e se não for efetuada, devido a essa espera pelo tempo ideal, impossibilitar-se-á a emergência do novo.

O conceito de interpretação sofreu muitas modificações na construção da psicanálise, mas sempre esteve associado à transferência, pois não teria efeito algum se a transferência não estivesse estabelecida. O campo sobre o qual a interpretação se autoriza pode ser caracterizado pela fala, a transferência e o sujeito.

A transferência tem relação com a interpretação e com a finalidade da análise, que está relacionada a mudar de lugar, mudar de posição, de posicionamento. A interpretação implica uma técnica do manejo do discurso e refere-se à modificação do lugar de onde emerge o sentido para produzir uma fratura da significação e para não se colocar como algo completamente entendido e razoável à consciência intelectual do analisante. (Dunker, 2013)

Em tempo, neste momento de minha escrita é hora de abarcar o último tópico prometido nos primeiros parágrafos deste trabalho: o lugar do analista e o desnudar de seu corpo, considerando as mais diversas cenas que fazem parte do cotidiano de seu trabalho.

No texto intitulado “A alma imoral e o desnudar do psicanalista”, faço algumas considerações sobre o monólogo “A alma imoral”, que é uma adaptação de Clarice Niskier do livro de Nilton Bonder, mas o que me mobilizou a escrever o trabalho foi pensar em um paralelo e no entrelaçamento que vejo entre a atriz-personagem em cena e a posição do psicanalista. Vou expor apenas algumas ideias contidas no texto para podermos pensar em nuances do corpo do analista na clínica psicanalítica e no contexto hospitalar.

Na escrita do texto citado acima faço uso do termo “atriz-personagem” porque penso que é uma personagem que está diante de nós no palco, mas que conserva em seu corpo a própria pessoa da atriz, ou seja, sua fala trata-se de um texto redigido, mas quanto está também marcado pelo lugar de que se fala da atriz em questão. Outro monólogo seria

apresentado se fosse falado por outra atriz devido às diversas vivências e identidades do sujeito que encarna o papel.

Paralelamente podemos pensar que o lugar e função do analista manter-se-iam nos diferentes analistas encarnados, pela existência de um rigor e ética da psicanálise; entretanto, o analista também está marcado pela sua pré-história que antecede a sua formação profissional. Como esses aspectos atravessam a construção da identidade de analista? Que corpos estarão ou poderão estar em cena numa sessão de análise? Há possibilidade de ocorrer o desnudar da pessoa do analista nessa complexa tarefa analítica?

Ouso compartilhar alguns pensamentos que têm me acompanhado nesse percurso de formação relacionados à coexistência corporal do sujeito-analista. O corpo em psicanálise é tema central de muitas discussões e aparece em interessantes trabalhos, entretanto, poucos se referem ao corpo do analista.

Ainda hoje parece existir certo tabu tratar de questões que possam refletir os furos, os pontos cegos e as limitações próprias de um profissional que, supostamente, chegou ao seu final de análise e que não poderia ter seu corpo afetado numa situação analítica. Entretanto, proponho o convite para a arte de olhar-se no espelho.

De que formas penso a respeito desse desnudar do corpo do analista?

1) Um primeiro ponto é o próprio analista desvendar-se na sessão diante de, por exemplo, uma pergunta direta do paciente à pessoa do analista. Nesse sentido parece-me menos complexo poder sustentar uma *não resposta*, ou seja, não dizer sobre si mesmo de forma pensada (consciente). 2) Outra questão é quando o paciente convoca o sujeito do analista: despertando neste lembranças e conteúdos que vivencia em sua vida enquanto um sujeito comum; ou quando o paciente realiza tentativas de tirá-lo da posição de analista, podendo mobilizar angústia no psicanalista iniciante que exige manter-se nesse lugar e acaba tropeçando em sua atuação.

3) O terceiro e último ponto: Quando nos referimos aos atravessamentos inconscientes outro problema se coloca, ou seja, interpretações e atuações do analista que escapam de um lugar não mais de analista e de que nem ele mesmo sabe ou tem notícias naquele instante. Este aspecto nos remete a algo fundamental na tarefa analítica, que é o lugar do analista. Desafio este que se coloca aos iniciantes e aos “velhos praticantes” da psicanálise.

O perigo não está na emergência de sentimentos por parte do analista e sim na impossibilidade de assumir seus afetos e dúvidas em seu trajeto. A partir dessa apropriação é que algo pode ser feito visando à ética e o ofício da psicanálise que se diferencia radicalmente da sugestão.

O analista opera uma psicanálise a partir do desejo do analista, conceito importante desenvolvido por Lacan, pois designa o desejo como um lugar vazio, de poder e de saber, que o analista oferece para que ali se instale o desejo do analisante durante o tempo necessário de uma análise.

O analista empresta seu corpo à cena analítica, que ocorre no encontro do analista e analisante, sendo alvo de projeções, agressividade, amor, impotência, idealização e pagando com sua própria figura real que se interloca na trama. O analista mostra-se não apenas como espelho em que se refletem as projeções e deposições do paciente, mas como um personagem que é olhado, com uma forma de falar, vestir e interagir em meio às múltiplas transferências que podem ser produzidas no jogo analítico, seja este estabelecido no consultório, hospital ou qualquer instituição.

De acordo com Lacan, o corpo do analista entra em cena como objeto, como alvo das pulsões dos analisandos e não é exterior ao inconsciente destes. O analista trabalha com sua presença e empresta seu próprio corpo na direção da cura.

Penso que justamente por essa questão do lugar do analista ser de extrema relevância é que se faz presente a problematização do ser do analista e o desafio de manter-se como função e não responder como sujeito.

Diante dessas considerações não significa que os psicanalistas devam manter-se em um distanciamento e assepsia para evitar-se danos ao paciente como existem nas infinitas medidas de prevenção, controle e indicadores em um ambiente hospitalar.

O próprio Freud em “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912)”, ao abordar a questão da transferência, diferencia a atuação do psicanalista à assepsia de um cirurgião ao isolar todos os seus sentimentos. Por outro lado, enfatiza a ideia de que o analista “não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente” (1912, pág. 129) e insiste que o psicanalista para evitar deformações ou pontos cegos em sua percepção deve ter “passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz” (1912, pág. 129).

No hospital não há uma demanda de análise dirigida ao psicanalista e, como foi citado anteriormente, muitas demandas são direcionadas ao analista nas instituições. Cabe ao analista no hospital lidar com as diferentes demandas do médico, dos demais profissionais, dos familiares, da instituição como lida na diversidade da clínica. Transformar a queixa inicial em uma questão, construir uma demanda, um pedido de ajuda aproxima-se do trabalho

inicial do psicanalista no hospital e não é pouco num contexto em que a palavra e a subjetividade são descartadas em meio à primazia da doença e da cura.

O psicólogo ocupa um lugar imaginário no hospital, lugar de profissional que sabe dar más notícias, que faz o paciente parar de chorar, que acolhe, acalma, que motiva o paciente, que retira seu sofrimento, que faz o paciente aderir ao tratamento.

A atuação do psicanalista no hospital não é suplementar ou complementar como a do psicólogo, que acaba por desempenhar uma função de resposta à demanda de integralidade e cura e tentativa de grude entre o psiquismo e o somático. O psicanalista faz um semblante, o semblante de quem sabe, pois assim ele responde ao imaginário para não apenas desconstruir o saber dos outros profissionais e possibilita haver uma transferência com o paciente e com o médico.

O psicanalista opera um deslocamento, oferece um entendimento para a equipe sobre o sintoma e o corpo gozoso do paciente. Existe um antes e um depois que é diferente em cada atendimento. Esperamos produzir uma subjetivação, a emergência do inconsciente. Além disso, não podemos ficar na condição de um saber de que falta à medicina, mas sim reconhecer que falta um saber para todos.

Relendo este trabalho antes de concluir não sei se ficou mais completo do que os anteriores ou ficou uma colcha de retalhos fragmentada na tentativa de elaborar uma costura. Mas, neste instante me recordo da fala de uma paciente antes de sua alta do hospital:

“(...) não tem como eu sair desta internação do mesmo jeito que entrei. A gente sai diferente” (sic).

Então, finalizo com uma certeza, de que saio do curso de formação em psicanálise de forma diferente da que ingressei.

Mariana Guarize

Referências Bibliográficas

AULAGNIER, Piera. **Os Destinos do Prazer**. Rio de Janeiro, Imago, 1985. O Estado de Alienação. p.34-116.

Dunker, C.I.L. (2013). **A interpretação na clínica psicanalítica**. Texto publicado no site: www.lacaneando.com.br

Freud, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. 12, p. 125-133.

Freud, S. (1917). O sentido dos sintomas. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. 16, p. 305-322.

Guarize, M. (2012). **Corpo atravessado: A Clínica de pacientes à espera do Transplante Cardíaco**. In: Psicologia Hospitalar. Sobre o Adoecimento: Articulando conceitos com a prática clínica. São Paulo: Atheneu. Ismael, S.M.C & Santos, J.X.A (orgs).

McDougall, J. (1991). **Em defesa de uma certa anormalidade**. Editora Artes Médicas. São Paulo/ SP, p. 172-182.

Minatti, S.P. (2004). **O manejo da transferência em atendimento psicanalítico na enfermaria de um hospital**. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUCSP. An. 5 Col. LEPSI IP/FE-USP.

Moretto, M.L. (2006). **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo; p. 188.

Quinet, A. (2008). Perante o sintoma todo relógio é mole. **V ENCONTRO INTERNACIONAL DA IF-EPFCLA: psicanálise no seu tempo e o tempo na psicanálise**, julho de 2008; São Paulo.

Schiller, P. (2000). **A vertigem da imortalidade**. Companhia das Letras, São Paulo.

Seminário Teórico: **O psicanalista no hospital**.

Docente: Paulo Schiller.

Carga horária: 18 horas; ministrado no 1º. Semestre de 2014.

Trabalhos dos ciclos do Curso de Formação em Psicanálise:

Ciclo I: As interlocuções entre o feminino, a maternidade e a transferência

Ciclo II: A Alma Imoral e o Desnudar do Psicanalista

Ciclo III: Os diferentes tempos: constâncias e inconstâncias na pós-modernidade, na Psicanálise e na clínica psicanalítica

Ciclo IV: Mais além de Melina: A prevalência do mortífero na luta pulsional

Ciclo V: Variantes da Interpretação Psicanalítica

Ciclo VI: As Psicossomáticas