

CLÍNICA PSICANALÍTICA EM AMBULATÓRIO PÚBLICO

2012

Verônica Sinfrônio do Carmo Santos
Psicóloga

E-mail:
vel_vip16@hotmail.com

RESUMO

Este estudo é produto do atendimento psicológico concretizado em uma Clínica de Atendimento Público na cidade de Itabuna/BA. A descrição dessa experiência visa uma maior compreensão em relação ao atendimento psicológico em um ambiente público, tendo como base a teoria psicanalítica, demonstrando brevemente os conceitos de Inconsciente, Transferência, Resistência, Interpretação, Associação Livre, Retificação Subjetiva, Histerização do Discurso, Neurose, Psicose, Perversão e Ética na Psicanálise. Deste modo, a técnica psicanalítica norteia e sustenta todo o exercício realizado, uma vez que a direção do tratamento acontece a partir da escuta, trabalhando com a subjetividade do sujeito. Será feito também a discussão de alguns casos atendidos através do ato diagnóstico.

Palavras-chave: Ambulatório público, técnica analítica, psicanálise

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade conhecer os fundamentos teóricos e técnicos da psicanálise, almejando esclarecer o trabalho do psicanalista no atendimento público, partindo da hipótese de que nesse ambiente a prática da psicanálise é possível e viável.

A psicanálise no ambulatório público é uma prática que, apesar de não se conformar com os padrões de um consultório particular, não se anula por isso. Conforme Castro (2005 apud Figueiredo 1997)

Embora sejam grandes as diferenças nos contextos quanto ao *setting* analítico, à assiduidade e à gratuidade do tratamento, e ainda quanto ao nível sociocultural dos pacientes, é possível fazer psicanálise nas condições que um ambulatório público oferece.

Os atendimentos realizados apresentaram como base teórica os autores psicanalistas, principalmente Freud e Lacan. Propiciando assim, uma visão vasta sobre o sujeito. Victor (2009) ressalta que a língua do psicanalista é o inconsciente. O inconsciente não é mensurável, observável e só é admissível dar-se conta de sua existência a partir de seus resultados, como os sonhos, atos falhos e os sintomas. O sintoma é um efeito ou produção do inconsciente (OCARIZ, 2003). Castro (2010) nos informa que não há um psicanalista que possa saber, de antecipadamente, o que será melhor para este ou aquele sujeito. Como nos alerta Lacan ([s.d] apud Castro 2010) o segredo está na direção do tratamento, pois um psicanalista não dirige a vida do analisante, porém o tratamento. Dirigir o tratamento é acompanhar o sujeito em sua análise, buscando o que lhe será indispensável encontrar como uma nova aposta de vida.

Portanto, através da livre associação do paciente, a escuta analítica se detém nessa língua. O papel do analista é remeter o sujeito a esse inconsciente. E apesar da clínica institucional se distinguir em determinados pontos da clínica do consultório privado é possível fazer psicanálise nesta instituição. Tudo isso se deve ao fato de que os conceitos-chave que baseiam o trabalho do psicanalista não necessitam de nenhum contexto exclusivo para serem exercitados (VICTOR, 2009).

TEORIA ANALÍTICA: OS QUATRO CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Inconsciente

A história propriamente dita da psicanálise começa em 1900, com a publicação do livro *A interpretação dos sonhos*, onde Freud apresenta a primeira visão sobre a estrutura e o funcionamento da personalidade, na qual, o conceito de inconsciente freudiano é formalizado, sendo definido como “sistemático, substantivo, permanente”, próprio da estrutura psíquica humana (Ocariz, 2003, p. 40).

É importante salientar que o “inconsciente não é observável, mensurável” e só é admissível dar-se conta de sua existência a partir de seus resultados, como os “sonhos, os atos falhos e os sintomas. O sintoma é um efeito ou produção do inconsciente” (Ocariz, 2003, p. 40). Só o conhecemos como algo consciente, depois que ele sofreu modificação ou tradução para algo consciente, a fim de que isso aconteça a pessoa sob análise deve ultrapassar certas resistências (Freud, 1856- 1939).

Freud (1856- 1939) ressalta que o núcleo do inconsciente consiste em representantes institucionais que procuram descarregar sua catexia e/ou energia, ou seja, consiste em impulsos carregados de desejos. Esses impulsos institucionais são coordenados entre si, existem lado a lado sem se influenciarem mutuamente, e estão imunes de incoerência recíproca. Quando dois impulsos carregados de desejo, cujas intenções são visivelmente incompatíveis, se tornam simultaneamente ativados, um dos impulsos não reduz ou cancela o outro, mas os dois se combinam para formar uma finalidade intermediária, um meio termo.

No inconsciente não há lugar para negação, dúvidas ou alguns graus de certeza: tudo isso só é introduzido pelo trabalho da censura entre o inconsciente e o pré- consciente, existindo somente conteúdos catexizados com maior ou menor frequência. Os processos do sistema são atemporais, ou seja, não são ordenados temporalmente, não se modifica com a passagem do tempo e não existem as noções de passado e presente. A referência ao tempo vincula-se ao trabalho do sistema consciente. Os processos inconscientes dispensam pouca atenção à realidade estando sujeitos ao princípio do prazer; seu destino depende apenas do grau de sua força e do atendimento às exigências da regulação prazer-desprazer (Freud, 1856- 1939).

O inconsciente, assim como o pré- consciente e o consciente, é desenvolvido na primeira tópica do aparelho psíquico, funcionando de duas maneiras: o processo primário é baseado no princípio do prazer, que tem em vista apenas a satisfação; e o processo secundário, dominado pelo consciente, que visa o recalçamento dos desejos que pupulam no processo primário. No caso do desejo primário, o ato psíquico é inconsciente e pertence ao sistema inconsciente; se, no teste for rejeitado pela censura, não terá permissão para passar à segunda fase; diz-se então que foi “reprimido”, devendo continuar inconsciente. Se, todavia passar por esse teste, ingressará na segunda fase e, subsequentemente, pertencerá à segunda fase, chamado de sistema consciente. O sistema pré- consciente participa das características do sistema consciente e que a censura rigorosa exerce sua função no ponto de transição do inconsciente para o pré- consciente ou consciente (Freud, 1856- 1939).

Assim, a inserção recíproca, o processo primário, secundário, a intemporalidade e a mudança da realidade externa pela psíquica são características pertencentes ao sistema inconsciente.

De acordo com Ocariz (2003), Freud em 1923 formula a segunda tópica do aparelho psíquico, que não substitui à primeira. Bock, [s.d] acrescenta ainda que na segunda tópica Freud utiliza os conceitos de id, ego e superego. O id constitui o depósito da energia psíquica, é onde se encontram as pulsões de vida e a de morte. As características do sistema inconsciente, na primeira teoria, são, nesta, atribuídas ao id, no qual também é regido pelo princípio do prazer; O ego é o sistema que institui o equilíbrio entre as exigências do id e as ordens do superego. É regido pelo princípio da realidade, que, com o princípio do prazer, conduz o funcionamento psíquico. “É um regulador, na medida em que altera o princípio do prazer para buscar a satisfação considerando as condições objetivas da realidade”. Suas funções principais são: percepção, memória, emoções, pensamento. Já o superego “origina-se com o complexo de Édipo, a partir da internalização das proibições, dos limites e da autoridade. O conteúdo do superego refere-se a exigências sociais e culturais” (Bock, [s.d.]).

Portanto, os três sistemas da segunda tópica demonstram uma interdependência e estão sempre habitados por um conjunto de experiências subjetivas e particulares de cada indivíduo, que se estabelece como sujeito em sua relação com o outro e em determinadas ocasiões sociais (Bock, [s.d.]).

Transferência

De acordo com Freud (1912) a transferência está presente no paciente desde o princípio do tratamento e, por algum tempo, é o mais poderoso móvel de seu desenvolvimento. O médico não deve se preocupar com a transferência enquanto atua a favor do trabalho em conjunto da análise, entretanto, se transforma em resistência, devemos ter prudência e reconhecer que ela modifica sua relação para com o tratamento sob duas espécies diferentes e opostas: primeiro, se na forma de inclinação amorosa ela se torna tão intensa e revela sinais de sua origem em uma necessidade sexual de modo tão claro, que inevitavelmente provoca uma oposição interna a ela mesma; e segundo, se consiste em impulsos agressivos em vez de afetuosos. Os sentimentos agressivos mostram-se mais tarde do que os sentimentos afetuosos, e se escondem atrás destes. Os sentimentos agressivos indicam tal quais os afetuosos, haver uma conexão afetiva, da mesma forma como um desafio.

Ultrapassamos a transferência revelando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação contemporânea e não se aplica a pessoa do médico, mas sim que eles estão reproduzindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-lo a transformar a repetição em lembranças. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou agressiva, parecia de qualquer modo estabelecer a maior ameaça ao tratamento, torna-se a melhor ferramenta (Freud, 1912).

Deste modo, a transferência é um fenômeno que ocorre na relação paciente/terapeuta, que de acordo com Quinet (2005), é necessária para que uma análise se inicie e o analista deve saber utilizá-la, pois o surgimento do sujeito sob transferência é o que dá a garantia de entrada em análise, e esse sujeito é ligado ao saber, pois a decisão de se buscar um analista será vinculada a hipótese de que há um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se desvencilhar.

Tudo isso se deve ao fato de que o sujeito acredita que sua verdade encontra-se já dado no analista e que este a conhece antecipadamente. Esse “erro subjetivo” é imanente à entrada em análise. A subjetividade em questão é correspondente aos efeitos constituintes de transferência, que são distintos dos efeitos já constituídos antes desse momento. Essa subjetividade correlata ao saber como efeito constituinte de transferência é o que Lacan (1968 apud Quinet 2005) estabelecerá como sujeito suposto saber.

O analista não deve identificar-se com o sujeito suposto saber, porque “a posição do analista não é de saber, nem tampouco de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é fundamentada no mal-entendido” (Quinet, 2005, p. 26). Em outras palavras, o sujeito suposto saber, fundando os fenômenos de transferência, não traz nenhuma certeza ao analisante. O sujeito suposto saber é definido também como “aquele que é constituído pelo analisante na figura de seu analista”, e mais tarde o fará equivaler a *Deus Pai*. “A transferência também é um fato de amor, amor que se dirige a um saber, não sendo narcísico, nem visando uma imagem, mas sim o sujeito” (Lacan, 1968, apud Quinet, 2005, p. 26).

Assim sendo, no início o analista nada compreende a respeito do inconsciente do analisante e que o saber que se tem de outros casos não vale de coisa nenhuma, não podendo ser transposto para aquele caso. Cada caso é deste modo, um caso novo e com tal, deve ser abordado (Quinet, 2005).

Resistência

Freud (1912 apud Ocariz 2003) mostra como o analisando transfere seus conflitos sobre a pessoa do analista, atualizando, na transferência, os movimentos amorosos ou agressivos. A resistência oferece um enriquecimento à relação transferencial, se o paciente começa o tratamento sob os auspícios de uma transferência positiva, ela lhe torna possível desenterrar suas lembranças e durante este tempo seus próprios sintomas patológicos acham-se inativados.

Apesar disso, à medida que a análise prossegue, se a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa as resistências determinam a sequência do material que deve ser repetido. O paciente retira do arsenal do passado as armas com que se protegem contra o desenvolvimento

do tratamento, armas que temos de extrair, uma por uma. Assim, o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições de resistência (Freud, 1914).

O paciente submete-se à compulsão à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que poder ocupar na sua vida no momento. É importante sinalizar que o paciente repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para a sua personalidade manifesta, suas inibições, atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no percurso do tratamento (Freud, 1914).

Para superar a resistência o analista deve revelá-la pelo meio da interpretação, pois nunca é reconhecida pelo paciente, e familiarizá-lo com ela. Deve-se dar ao paciente tempo para aceitar melhor esta resistência com a qual acabou de familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela. Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em comum com o paciente, descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão alimentando-a. E é este tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos (Freud, 1914).

Cordioli (2008) refere-se à resistência como a existência no indivíduo de forças profundas e alheias à sua vontade que impedem o contato com o conteúdo inconsciente. Logo, a resistência fala a respeito de tudo aquilo que impede o trabalho do tratamento, que entrava o acesso do sujeito à sua determinação inconsciente. É um efeito que o próprio recalçamento produz no tratamento, o conjunto de fenômenos que atrapalham as associações livres e até podem levar o sujeito a um silêncio excessivamente prolongado, que obstaculiza a bom emprego do método psicanalítico (Ocariz, 2003).

Portanto, o analista tem que ser paciente, esperar e aceitar um percurso que não pode ser evitado nem esperado. Esta elaboração da resistência pode, na prática, revelar-se uma tarefa dura para o sujeito da análise e uma avaliação de paciência para o analista. Entretanto, trata-se da parte do trabalho que realize as maiores modificações no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão (Freud, 1914).

Interpretação

Nos dizeres de Lacan (1973 apud Soler 1995), a interpretação é a ferramenta principal do analista, entretanto, a expectativa da interpretação não é a da resposta do analista. “É evidente que quando o sujeito espera uma interpretação, espera que lhe digam o que ele é, o que ele quer, o que quer seu inconsciente, e não o que o Outro quer dele” (Soler, 1995, p. 22).

Devido a esses fatores, a resposta já está escrita no inconsciente do analisando, mesmo não contendo a resposta completa, mas os elementos da resposta. A regra analítica supõe que

A resposta está escrita no inconsciente como resposta à pergunta, questão colocada pelo sujeito no momento em que ali chegou. Aquele se dirige ao analista como sujeito suposto interpretar, o analista responde: você é o sujeito que detém o texto (Soler, 1995, p. 21, 22).

O que é esperada da interpretação não é esperado do outro, do outro da intimação da palavra. O dispositivo implica em três respostas do analista: primeiro, a promessa; segundo, a demanda de dizer; e terceiro, a interpretação. Aquele que pergunta quererá saber se a circunstância pode modificar. “A resposta do analista é sim, uma resposta de promessa, promessa que não é formulada necessariamente, mas induz a pensar” (Soler, 1995).

O analista promete a felicidade. Para o que pergunta no início, ele mesmo responde sim. Mas em seguida a segunda resposta é uma demanda que ele faz: diga, fale (Lacan [s.d.] apud Soler 1995). A norma funciona como demanda para que o analisando discorra sem exceções. A interpretação só pode vir se a demanda de dizer tiver sido satisfeita em parte, ou seja, se o analisando tiver produzido um texto para ser interpretado, sendo o analista livre nas interpretações (Soler, 1995).

O analista pede ao analisando que associe livremente, ou seja, que suspenda a questão da verdade, assim como a questão do valor, ou, se quisermos, suspenda a questão do valor da verdade no que diz e fale sem se preocupar se o que está dizendo é verdadeiro, se é falso, se são bobagens. Enfim, pedimos-lhe que diga qualquer coisa, que suspenda, em seu discurso, o valor da afirmação (Soler, 1995, p. 24).

Há três pontos possíveis aos quais pode visar uma interpretação: o significado, os significantes que estavam ocultos e a não interpretação dos ditos, mas sim do dizer. Os ditos podemos sempre perguntar se são verdadeiros ou falsos, já o dizer não pertence ao campo da verdade, não é nem verdadeiro, nem falso, é dito ou não (Soler, 1995).

“Assim, a interpretação é do nível do dizer, pois tudo o que se diz numa análise comporta apenas um dizer. O dizer da demanda. É esta que deve ser interpretada” (Lacan [s.d.] apud Soler 1995, p. 27). Não há dito na interpretação porque representam sempre um sujeito e os enunciados do intérprete não representam o sujeito intérprete; o que é dito numa interpretação não é o sujeito analista (Soler, 1995).

É valioso ressaltar que a interpretação não é a palavra, tem incidência sobre a palavra analisante, porém não é propriamente uma palavra. Não se pode afirmar que haja ditos da interpretação, o dizer do analista é um dizer essencialmente silencioso (Soler, 1995). Cordioli (2008) acrescenta que a finalidade básica da interpretação segue honestamente a um pressuposto presente desde os primórdios da psicanálise: tornar-se consciente o inconsciente.

Por conseguinte, pode-se entender como interpretação toda influência que tem por alvo explicitar o funcionamento psíquico do paciente. A interpretação pode ser transferencial, dizendo respeito à relação do paciente com o analista, ou extratransferencial, falando respeito à relação com outra pessoa. Deste modo, a interpretação pode se referir ao aqui e agora, explicitando o funcionamento do paciente naquele momento, como pode ser referente ao passado (Cordioli, 2008).

TÉCNICA ANALÍTICA

Associação Livre

A psicanálise nasce a partir da substituição do método hipnótico pelo método da associação livre. Freud ([S.d.] apud Quinet 2005) estabelece como regra da psicanálise a utilização da associação livre, considerando-a como resposta à pergunta sobre o início do tratamento.

Afirma Freud ([S.d.] apud Quinet 2005, p. 9) que

O paciente deve dizer não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, coisa que lhe proporcionará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o mais que sua auto-observação lhe fornece, tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja desagradável dizê-lo, mesmo aquilo que lhe pareça sem importância ou realmente absurdo. Se depois dessa injunção ele conseguir pôr sua autocrítica fora de ação, nos apresentará uma massa de material, pensamentos, ideias, lembranças, que já está sujeita à influência do inconsciente.

Assim, a associação livre significa, explicitamente, atrair o paciente a dizer o que lhe ocorre abrindo mão de seu julgamento a respeito. O convite à associação livre estabelece o modo específico de fazer falar, não estando do lado do analista, e sim do analisante. Trata-se de um

princípio correspondente à própria estrutura do campo psicanalítico aberto por Freud, marcando o princípio da psicanálise e o ponto em que a análise deve dar início (Quinet, 2005).

Portanto, o regulamento técnico da associação livre tem por finalidade fazer com que o paciente fale tudo o que atravessar a sua mente, com ou sem sentido, qualquer conteúdo, mesmo que seja de carácter constrangedor. Tornou-se um princípio básico do método investigativo freudiano, que aplicaria de maneira sistemática o procedimento técnico da livre associação, desde o início de cada tratamento e durante todas as sessões, sem exceção à regra (Jorge, 2007).

Retificação Subjetiva

A retificação subjetiva de Freud consiste em perguntar ao analisando: “qual é a sua participação na desordem na qual você se queixa?” (Quinet, 2005, p. 33). Ao realizar essa pergunta o analista faz com que o paciente perceba que ele tem algo a ver com as coisas das quais se queixa.

Existem duas vertentes da retificação subjetiva segundo o tipo clínico: o neurótico obsessivo, que se situa no plano da retificação da causalidade, apresentando como consequência sua impossibilidade de agir que é correspondente à sua modalidade de sustentação do desejo como impossível; e a histérica que passa da posição de vítima sacrificada à de agente da intriga da qual se queixa, e que sustenta seu desejo na insatisfação. Deste modo, nestas duas modalidades, trata-se de colocar o sujeito em sua responsabilidade na opção de sua neurose e em sua submissão ao desejo como desejo do outro (Quinet, 2005).

Quinet (2007 apud Gomes [S.d.]), afirma

Que a retificação subjetiva é uma das condições da análise proposta por Freud. Trata-se de uma interpretação que visa fazer uma mudança na posição do sujeito em relação ao sintoma do qual se queixa. Visa introduzir o sujeito na responsabilização da escolha de sua neurose. Algo, para o sujeito histérico, no sentido de indagar sobre a sua participação na desordem da qual se queixa. Assim o sintoma, antes possuidor de um estatuto de reposta, passará a um estatuto de enigma endereçado a aquele analista, se configurando assim, no sintoma analítico, que permitirá a entrada em análise, na qual haverá uma questão a ser decifrada. Neste momento o analista fará o ato analítico aceitando-o em análise.

Deste modo, o sujeito já retificado em sua posição frente ao outro, procurará compreender o problema ao qual seu sintoma esta a responder, situação somente possível, graças ao comparecimento do analista enquanto sujeito-suposto-saber, em sua habilidade de se fazer

semblante de objeto, com seus vários atos, que levará o analisante a fazer várias voltas sobre os pontos incompreensíveis de sua cadeia significativa (Gomes, [S.d.]).

Histerização do Discurso

Segundo Lacan (1992 apud Ribeiro e Fernandes 2012, p. 179), “o discurso é uma estrutura sem palavras que subsiste na relação fundamental de um significante a outro significante”. A fórmula geral do discurso é delimitada por uma estrutura de quatro lugares constantes, representada por: “um *agente*, dirigindo-se a um *outro*, para que se realize alguma *produção*, mas o que fica velado é a *verdade* que sustenta esta relação”.

Cada um dos quatro lugares delimitados pela fórmula geral dos discursos pode ser ocupado por um dos quatro elementos: S1 (significante mestre), S2 (escravo ou saber), a (objeto mais de gozar ou objeto causa de desejo) e \$ (sujeito). A partir de uma configuração inicial, que corresponde ao Discurso do Mestre, esses quatro elementos alternam-se em sentido horário, delineando, assim, a partir de cada quarto de giro, quatro possibilidades discursivas. As quatro possibilidades discursivas são: O Discurso do mestre; o Discurso da Histórica; o Discurso do Analista; e o Discurso do universitário (Lacan 2009 apud Fernandes2012, p. 179).

Deve-se sinalizar que cada um dos discursos é determinado em função da sua dominante, que corresponde ao lugar do agente ou do semblante. Lacan (2009 apud Ribeiro e Fernandes 2012, p. 180, 182, 184, 187) descreve os discursos como:

O Discurso do Mestre é o discurso que tem como dominante um agente que, fazendo semblante de mestre (S1), encarna a lei e dirige-se ao outro, colocando na posição de escravo, dominando-lhe um saber-fazer (S2); O Discurso do Universitário seu agente faz semblante de saber (S2) e aciona o outro a comparecer no lugar do objeto (a), objeto que será minuciosamente olhado, examinado e manipulado no intuito de gerar mais saber. Há, portanto, no Discurso do Universitário, um empuxo à demissão subjetiva, na medida em que o outro a quem se dirige o agente desse discurso, é colocado como objeto: objeto falado, objeto de saber, objeto de cuidados; o Discurso da Histórica tem, na posição do agente, um semblante de sujeito (\$) que, ao tomar o outro como mestre (S1), dirige a ele sua demanda insatisfeita de cura do sintoma. No lugar do dominante do Discurso Histórico, o sujeito tem valor de sintoma que pede decifração e, para tanto, se dirige ao mestre; o agente do Discurso do Analista, ao fazer semblante de objeto a, é o único que toma o outro como sujeito (\$), sendo

capaz de fazê-lo produzir novos significantes mestres (S1), relançando assim a cadeia significante e descortinando um saber (S2) na posição de verdade.

Dessa maneira, Lacan (1992 apud Oliveira [s.d.]) nos avisa que o “discurso é uma estrutura necessária que vai além das palavras. É um posicionamento que faz laço social e ao falar, o sujeito determina sua posição discursiva”.

ESTRUTURAS CLÍNICAS

A psicanálise emprega o recurso da hipótese diagnóstica para poder localizar a estrutura do sujeito, ou seja, neurótico, psicótico ou perverso. A partir desta localização, traça-se uma linha de abordagem. Ao se pensar na estrutura, estamos analisando a posição do sujeito frente a questões decisivas da existência, como por exemplo, o Complexo de Édipo e a Castração. Deve-se ressaltar que o diagnóstico em psicanálise é uma construção, e não uma classificação (Oliveira, [S.d.]), na qual, não é pautado no sintoma, mas sim na estrutura (Nunes, 2010).

Para Freud ([S.d.] apud Arán, 2009), o “Complexo de Édipo é um fenômeno inconsciente que se constitui num momento de passagem que mobiliza pulsões, afetos e representações ligadas aos pais”. Revelando o seu valor como o fenômeno principal do período sexual da primeira infância (Freud, 1856- 1939).

Ainda não se tornou claro o que é ocasionado sua destruição.

As análises parecem demonstrar que é a experiência de desapontamentos penosos. A menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo o mais, porém chega à ocasião em que tem de sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo. O menino encara a mãe como sua prioridade, mas um dia descobre que ela transferiu seu amor e sua solicitude para um recém- chegado (Freud, 1856- 1939, p. 193).

De acordo com Kusnetzoff (1982, p. 65),

O Complexo de Édipo é um drama dentro de uma estrutura básica. É um drama porque o sujeito expressa suas vivências em forma de fantasias que, analogicamente, se assemelham a uma peça teatral.

E o complexo de Édipo é uma estrutura porque nesse drama fantasiado há uma organização de personagens interligados entre si. Nessa organização há elementos ou peças fundamentais e sempre presentes: Mãe, Pai e sujeito. Continuando com a analogia, estas peças são os personagens básicos do argumento. No entanto, os atores que viverão esses papéis, assim como as vestimentas, a decoração, a ambientação e o clima, serão diferentes em cada momento vivenciado pelo sujeito.

Não há nada fora do Complexo de Édipo. Durante a vida inteira a pessoa continua vivendo essa peça teatral, assumindo diferentes papéis de um argumento que reflete sua história passada com os personagens do passado e com os diferentes desfechos a que levaram as combinações em seu interacionar quase infinito.

O Complexo de Édipo é o resultado da cultura veiculada pelos pais e age sobre o aparelho psíquico da criança. A ação efetiva desta cultura nas diferentes sociedades estudadas é transmitida através de uma troca de símbolos, de complexidade variável, e que se constitui numa linguagem. Se desenvolve na criança entre os 3 e os 5 anos de idade. Essa eclosão consiste em revelações afetivas, objetivas, mas, como pode ser facilmente compreendido, os alicerces da estruturação edípica estão presentes desde o nascimento (Kusnetzoff, 1982).

Assim, “todo ser humano deve sua origem a dois seres chamados Pai e Mãe, não haverá nada passível de escapar a esta triangulação que constitui o âmago essencial do conflito humano” (Kusnetzoff, 1982).

O processo de Castração é definido por Nasio (1997, p. 13) como:

Uma experiência psíquica, inconscientemente, vivida pela criança por volta dos cinco anos de idade e decisiva para a assunção de sua futura identidade sexual. O aspecto essencial dessa experiência consiste no fato de que, pela primeira vez, a criança reconhece, ao preço da angústia, a diferença anatômica entre os sexos. Até ali, ela vivia na ilusão da onipotência; dali por diante, com a experiência da castração terá de aceitar que o universo seja composto de homens e mulheres e que o corpo tenha limites, ou seja, aceitar que seu pênis de menino jamais lhe permitirá concretizar seus intensos desejos sexuais em relação à mãe.

No menino este processo é esquematizado em quatro tempos. No primeiro tempo, o menino acha que todo mundo tem um pênis semelhante ao seu. Trata-se do momento preliminar das crenças infantis de que não haveria diferença anatômica entre os órgãos sexuais; O segundo tempo, o pênis é ameaçado, sendo a época das ameaças verbais que tendem a proibir à criança suas práticas auto-eróticas e obrigá-las a abdicar a suas fantasias incestuosas; No terceiro tempo

“existem seres sem pênis e, portanto, a ameaça é bastante real”, é o tempo da descoberta visual da região genital feminina. O que a criança descobre visualmente não é a vagina, mas a falta do pênis; e no quarto tempo, a mãe também é castrada, ao descobrir que as mulheres podem dar à luz, o menino se percebe de que também sua mãe é desprovida do pênis. É interessante mencionar que a angústia de castração não é efetivamente sentida pelo menino, pois é inconsciente. Essa angústia não deve ser confundida com a angústia que observamos nas crianças sob forma de medos, pesadelos, entre outros (Nasio, 1997).

Com a renúncia à mãe e o reconhecimento da lei paterna encerra-se a fase do amor edipiano, tornando-se possível a afirmação da identidade masculina. Em outras palavras, o término do processo de castração é também, para o menino, o término do Complexo de Édipo (Nasio, 1997).

O complexo de castração na menina, no primeiro tempo todo mundo tem um pênis, o clitóris é um pênis; no segundo tempo a menina descobre visualmente a região genital masculina; no terceiro tempo a menina toma consciência de que as outras mulheres, dentre elas sua própria mãe, sofrem da mesma desvantagem. A mãe é então desprezada e rejeitada pela filha, a partir daí escolhe o pai como objeto de amor (Nasio, 1997).

Deste modo, vale sinalizar que “devemos ter em mente que o menino vive a angústia da ameaça, enquanto a menina vivencia a inveja de possuir aquilo que viu e do qual foi castrada” (Nasio, 1997, p. 19).

Portanto, as estruturas clínicas formam-se a partir do modo que o sujeito lida com o Complexo de Édipo e a Castração.

Neurose

O fator decisivo na neurose é a predominância da influência da realidade. Em outras palavras, a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora. Não faltam tentativas de trocar uma realidade desagradável por outra que esteja mais de acordo com os desejos do sujeito. Isso é autorizado pela existência de um mundo de fantasias, de um domínio que ficou separado do mundo externo real na época da introdução do princípio de realidade. Deste modo, a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id (Freud, 1856- 1939).

Na neurose, o complexo de Édipo, segundo Freud ([S.d.] apud Quinet, 2005) é vítima de um naufrágio, que equivale à amnésia histórica. O neurótico não se lembra do que aconteceu na sua infância, anamnésia infantil, entretanto a estrutura edipiana se presentifica no sintoma.

Existem três maneiras de se defender contra o gozo intolerável na neurose: a histeria, as obsessões e fobias, que se encontram diretamente relacionadas a ideias sexuais primitivas (Oliveira, [S.d.]).

Neurose Histérica

Para a histérica, o Outro é o Outro do desejo, caracterizado pela falta e pela ineficácia em alcançar o gozo. Conferindo ao Outro o lugar dominante: na cena de sedução de sua fantasia, em que figura o encontro com o sexo, ela não está presente como sujeito, mas como objeto: “não fui eu, foi o Outro” (Quinet, 2005).

Nasio (1991 apud Nunes 2010) distingue três estados do eu na histeria: Eu insatisfeito, Eu histericizante e Eu tristeza. No Eu insatisfeito, “o eu está constantemente à espera de receber do Outro, não a satisfação que plenifica, mas, curiosamente, a não-resposta que frustra” (Nunes, 2012, p. 27). Assim, o desejo de permanecer insatisfeito é característica da histérica, porque “são justamente o medo e a recusa a gozar que ocupam o centro da vida psíquica do neurótico histérico” (Nunes, 2010, p. 27).

Eu histericizante é visto como: “histericizar é erotizar uma expressão humana, seja ela qual for, embora, por si só, intimamente, ela não seja de natureza sexual” (Nasio 1991 apud Nunes 2010, p. 27). E o Eu tristeza, corresponde “à sua confusão entremeio a tantas identificações frequentes e contraditórias” (Nunes, 2010, p. 28).

Portanto, como nos alerta Kaufmann (1996 apud Alcântara 2011, p. 24) na histeria “a fonte de excitação é transportada para o corporal por um processo de conversão”.

Neurose Obsessiva

Para o obsessivo o Outro goza, é um Outro a quem nada falta e que não deve desejar. É nesse lugar do Outro que ele se instala, marcando seu desejo pela impossibilidade. Na tentativa de dominar o gozo do Outro para que este não emerja, o obsessivo não só anula seus desejos como tenta preencher todas as lacunas com significantes para barrar esse gozo: ele não para de pensar, duvidar, calcular (Quinet, 2005).

Na neurose Obsessiva o sujeito é torturado por sintomas. “São as obsessões ou pensamentos desagradáveis recorrentes que estão presentes, podendo chegar a realizar compulsões ou rituais, manifestações egodistônicas” (Lowenkron, 1999, p. 56). Assim, o Caráter Obsessivo pode revelar-se num comportamento perfeccionista e inflexível (Lowenkron, 1999).

Deste modo a característica da obsessão “é a fonte de excitação permanecer necessariamente no psíquico” (Kaufmann 1996 apud Alcântara 2011, p. 24).

Neurose Fóbica

Como explica Lacan (1959 apud Linnemann, 2006, p. 22), ”fobia é a forma mais simples da neurose, cujo estilo é de solução”. O objeto fóbico está ali para ocupar um lugar entre o desejo do sujeito e do desejo do Outro, com a função de proteção ou defesa diante do enigma em relação ao desejo.

Assim sendo, de acordo com Gomes (2011 apud Nasio 1991, p. 12) o

Sofrer como fóbico é sofrer conscientemente com o mundo que nos cerca, isto é, projetar para fora, para o mundo externo, o gozo inconsciente e intolerável, e cristaliza-lo num elemento do ambiente externo, então transformado no objeto ameaçador da fobia.

Psicose

A etiologia da psicose consiste em uma frustração, em uma não-realização, de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos em nossa organização filogenética determinada. Essa frustração é sempre frustração externa, mas, no caso individual, ela pode resultar do agente interno que assumiu a representação das exigências da realidade (Freud, 1976).

Na psicose a perda da realidade está necessariamente presente, predominando assim, o Id. É o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo. O mundo exterior não é percebido de modo algum ou a percepção dele não possui qualquer efeito (Freud, 1976).

O mundo externo governa o Ego por duas maneiras: em primeiro lugar, através de percepções atuais e presente, sempre renováveis; e, em segundo, mediante o armazenamento de lembranças de percepções anteriores, as quais, sob a forma de um “mundo interno”, são uma possessão do ego e parte constituinte dele (Freud, 1976, p. 191).

O Ego inventa um novo mundo externo e interno, não podendo haver dúvida sobre dois fatos: que esse novo mundo é arquitetado de acordo com os impulsos desejosos do Id e que o motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade (Freud, 1976).

Na psicose, a forma de negação vem através da forclusão, “o que é negado no simbólico retorna no real sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação” (Quinet, 2005, p. 19).

Quinet, (2005, p. 20, 21) escreve:

Psicose, o significante retorna no real, apontando a relação de exterioridade do sujeito com o significante, como aparece de uma forma geral, nos distúrbios de linguagem constatáveis por qualquer clínico que se defronte com um psicótico, sendo que seu paradigma são as vozes alucinadas. Encontra-se também: intuições delirantes, nas quais o sujeito atribui uma significação enigmática a um determinado evento sem conseguir explicitá-la; ecos de pensamentos, onde o indivíduo ouve seus pensamentos repetidos, podendo atribuir a alguém essa ressonância; pensamentos impostos, nos quais o sujeito não reconhece como sua a cadeia de significantes, que adquire uma “autonomia” que ele menciona como obra do outro.

Portanto, a psicose se origina no conflito do ego com as suas diversas instâncias governantes, isto é, reflete um fracasso no funcionamento do ego, que se vê em dificuldade para reconciliar todas as várias exigências feitas a ele (Freud, 1976).

Neste contexto não se pode esquecer de que a psicose apresenta como tipos clínicos a esquizofrenia e a melancolia. A esquizofrenia é definida por Sterian (2001 apud Gomes 2011) como a “fuga do ego” é “radical e profunda”. “A rejeição dessa realidade é radical porque causa um desinvestimento da representação inconsciente do objeto”.

Gomes (2011 apud Freud 1915, p. 14) fala a respeito da esquizofrenia o seguinte:

(...) fomos levados à suposição de que, após o processo de repressão, a libido que foi retirada não procura um novo objeto e refugia-se no ego; isto é, que aqui as catexias objetais são abandonadas, restabelecendo-se uma primitiva condição de narcisismo de ausência de objeto. A incapacidade de transferência desses pacientes (...), sua conseqüente inacessibilidade aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico ao mundo externo, o surgimento de sinais de uma hipercatexia do seu próprio ego, o resultado final de completa apatia.

Já a melancolia, que de acordo com Gomes (2011 apud Freud 1920-1922, p. 15) é uma “patologia que apresenta diversas formas clínicas, sendo que algumas dessas formas lembram mais distúrbios somáticos do que psicológicos”. A mesma define os traços mentais da melancolia como:

(...) são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto recriminação e auto- envelhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição.

Perversão

Ao olhar a genitália feminina pela primeira vez e vivenciar a angústia da probabilidade de sua própria castração, a criança, como afirma Freud ([S.d] apud Coutinho, 2004), recalca este afeto e recusa (ou desmente) a idéia de que as mulheres não têm pênis. A aversão à genitália feminina, presente em todo fetichista, permaneceria como marca permanente do recalque que se realizou (Coutinho, 2004).

Na perversão, segundo Quinet (2005, p. 20)

Há admissão da castração do simbólico e concomitantemente uma recusa, um desmentido. Esse mecanismo ocorre em função do sexo feminino: por uma lado, há a inscrição da ausência de pênis na mulher, portanto, da diferença sexual; por outro, essa inscrição é desmentida. O retorno desse tipo de negação particular do perverso é cristalizada no fetiche, cuja determinação simbólica pode ser apreendida através de sua estrutura de linguagem.

Sendo assim, de acordo com Freud (1917 apud Cerruti 2002) o fetiche está para a perversão, constituindo o meio através do qual o sujeito irá recusar a experiência da castração e o reconhecimento da diferença sexual.

Cerruti (2002) acrescenta ainda que:

A perversão marca um lugar no qual o sujeito evita, a qualquer preço, a experiência da castração e o reconhecimento da diferença sexual. A castração, como foi visto, impõe ao sujeito um outro olhar sobre a figura materna: ela é incompleta, não

possui o falo, é desejante de outro. Isto, para o perverso, é algo da ordem do horror. O sujeito perverso não abre mão de sua relação narcísica com a mãe fálica.

É importante sobressair à perversão não apenas relacionada à concretude do ato sexual, contudo também em sua relação com a lei. Lá onde a figura paterna é destituída de seu valor simbólico o perverso impõe sua própria lei, a lei de seu próprio desejo. Trata-se de um sujeito cuja lei não se impõe pela angústia da castração, mas sim pelo próprio desejo, pautado por aquilo que o faz gozar. Mente e provoca a vivência edípica; recusa a castração e, conseqüentemente, a falta como causa de desejo (Cerruti, 2002).

Portanto, este enfrentamento, para o perverso, é da ordem do horror. No lugar da diferença o perverso apresenta o outro como fetiche, não o reconhece em sua alteridade, transforma o outro em objeto de sua cena fantasmática para garantir seu gozo. Recusa a castração, desafia a lei ao se ajustar apenas pela economia de seu próprio gozo, não se submetendo a qualquer lei ou ideal que o transcenda (Cerruti, 2002).

ÉTICA NA PSICANÁLISE

Segundo Cotrim (2002 apud Rosa e Rosa 2009):

Ética pode ser compreendida como a disciplina filosófica que reflete sobre os sistemas morais elaborados pelos homens e compreende a função das normas e interdições de cada sistema. Nesse sentido, para a Filosofia, o homem possui valores próprios que regulam a vida em sociedade, e, como já disse Aristóteles, o homem se difere dos animais pela sua característica humana, a de possuir o sentimento do bem e do mal, do justo e do injusto.

A ética na psicanálise ultrapassa a barreira do bem e do mal, na qual, o sujeito considera o seu desejo. O que determina a ética nesta abordagem é o fato de levar em consideração o inconsciente e toda sua verdade. Verdade rejeitada por aqueles que analisam apenas o campo da consciência.

Sobre a Ética na Psicanálise, Lacan (1997, p.373-374 apud Rosa e Rosa 2009), nos ensina que

Consiste essencialmente num juízo sobre nossa ação e mais, se há uma ética da psicanálise é na medida em que, de alguma maneira, por menos que seja, a análise

fornece algo que se coloca como medida de nossa ação – ou simplesmente pretende isso. Ele diz que para medir a eficácia terapêutica é preciso observar o efeito da análise sobre o gozo obtido pelo sintoma e a construção de um saber pelo próprio sujeito a partir da análise.

A psicanálise tem uma ética própria que no princípio deve ser sustentada pelo analista e que ao final da análise deve alcançar também o analisando. Pode-se citar como exemplos de atitudes éticas: “responsabilidade pelo desejo inconsciente que age em cada um de nós, o respeito pelas diferenças do outro e a capacidade de enfrentar as dificuldades da vida, com certo grau de senso de humor”.

Quando alguém procura a análise, a pessoa do analista toma um lugar elevado, o de ser capaz de completar a falta, de apaziguar a angústia do ser. O analista em questão deve ter conhecimento que há um engano nesta situação, pois apesar de imaginariamente tomar este lugar de ser capaz de fazer o bem, o analista precisa, de acordo com Lacan (1997 apud Rosa e Rosa 2009), colocar-se em segundo plano, pois o que está em demanda é a situação crítica do sujeito.

Lacan ([s.d] apud Rosa e Rosa 2009) deu origem à expressão ética do bem dizer que significa que o paciente necessita falar a verdade sobre o que causa seus sintomas. Essa verdade sobre o sintoma está no inconsciente, e surge de forma inexplicável, já que o paciente desconhece o motivo pelo qual está sofrendo, ele ignora a causa inconsciente de seu sintoma. Na prática clínica, a Ética do bem dizer nasce a partir das construções que o paciente faz a partir da livre associação, do seu conteúdo inconsciente, sobre si mesmo.

O analista deve acolher o paciente, porém nunca responder à demanda que lhe é conduzida pelo analisando. Uma vez que, a demanda é sempre de amor, o paciente solicita por respostas que lhe diminuam o caminho. Logo, a psicanálise implica renúncia à sugestão, sendo a favor de uma interferência ativa, com o alvo é fazer o paciente localizar o que é próprio de seu desejo. É transportar o paciente ao saber inconsciente (Rosa e Rosa, 2009).

Não devemos esquecer que a falta de ética ocorre quando o analista se afasta de seu campo e dá respostas precipitadas ao analisante. Tudo isso se deve ao fato de ruídos na escuta, carecido a conteúdos próprios, o analista passa a operar como educador, sob a ótica da moral, com planos e pretensões para a vida do analisando, deixando de ouvir o sujeito que ali está (Rosa e Rosa, 2009).

Portanto, a Ética em Psicanálise está em não fazer promessas enganadoras de sucesso absoluto sobre o mal-estar humano. Contudo, existe ética indicada para aliviar o sofrimento por meio de um tratamento que tende à modificação de posição subjetiva, pelo trabalho de transformação dos registros de satisfação pulsionais. Em outras palavras, ao analisarmos o inconsciente como orientação das escolhas humanas, acreditamos que seja plausível para o

homem usar sua eficácia criadora, podendo ser “ético”, a partir de seu desejo (Rosa e Rosa, 2009).

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na Policlínica Municipal, a equipe de saúde do ambulatório é composta por: cardiologistas; clínico geral; pediatra; dermatologistas; endocrinologistas; fonoaudiologias; gastroenterologia; geriatria; hematologia; homeopata; nefrologia; neurologia; nutrição; oftalmologistas; otorrinolaringologia; pneumologia; psicólogos; proctologia; reumatologia; e urologistas. O mesmo é caracterizado como serviço de referência, possui o emprego da atenção secundária, utilizando assim, a média complexidade.

Os atendimentos realizados pelos profissionais de psicologia eram feitos de forma individual, com duração de trinta a quarenta minutos, no qual as pessoas procuravam de forma livre ou eram encaminhadas por outros profissionais. Os atendimentos tiveram início no mês de março até dezembro de 2012, a abordagem que regia era a psicanálise, onde no primeiro momento era feito a entrevista preliminar, observando a demanda do paciente, firmando o contato, as condições para continuar a análise, explicando que não pode faltar duas vezes consecutiva sem comunicar e se isso acontecer, sua vaga será suspensa, passando para outra pessoa. Caso precise faltar deverá avisar com antecedência.

DISCUSSÃO E POSSÍVEIS RESULTADOS

Serão apresentados a seguir três casos e, para poupar e preservar a imagem dos analisados serão utilizados nomes fictícios nas discussões.

Caso 1: Fabiano- 30 anos

As observações feitas deste caso serão a partir de uma única sessão.

O analisado chegou à primeira sessão se queixando que está muito nervoso, impaciente, se sentindo feio, gordo, tímido e como consequência não tem vontade de sair de casa, nem para varrer o passeio. O mesmo discorreu um pouco sobre a sua história partindo de um “trauma” que ocorreu quando tinha 12 anos de idade, na qual, sua mãe faleceu, recebendo a notícia quando estava na escola. Destacou que dos 10 filhos, ele era o preferido e o mais próximo da mãe, por

isso sofreu muito com essa perda, parando de estudar, sair, brincar e passou a apresentar dificuldade de aprendizagem na escola.

12 anos depois retornou para a escola, porém tem consciência que está na 5^o série porque a escola pública não reprova nenhum tipo de aluno. Lembrando que não sabe ler, escrever, fazer conta e que nada entra em sua mente. Trabalha como zelador de um prédio e já tentou se suicidar em um dia de trabalho, arriscando se jogar de um andar. Sofre quando lembra que teve oportunidades na vida e não aproveitou para estudar e ter uma carreira profissional, comparando-o com os seus irmãos que são estabilizados financeiramente, profissionalmente e possui famílias estruturadas.

Atualmente encontra-se indignado por não ter uma casa própria, filhos, amigos, um trabalho digno, um futuro melhor. Esses fatores estão atrapalhando sua relação com a companheira, na qual fala a todo o momento que vai embora, pois deseja ir à rua passear, se divertir, mas Fabiano não almeja já que senti vergonha da sua aparência física. O mesmo ressalta que se sua esposa for embora não vai se importar.

Deste modo, pode-se afirmar que Fabiano apresenta uma estrutura clínica psicótica e tem como tipo clínico a melancolia. Diante desta fala podemos verificar algumas características em comum com as que Freud ([s.d.] apud Ferrari, [s.d.]) tipificava no quadro melancólico, como:

Perda de interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar, surgimento de inibição da produtividade, auto-acusação, auto-denegrimento, expectativa delirante de castigo, insônia, capacidade de reverter-se em mania e perda objetal retirada da consciência. (...) Essas características se sustentavam nas premissas de perda do objeto, ambivalência e regressão da libido ao eu. Perda de objeto, subtraída da consciência, o que não ocorre no considerado luto normal, já que nele falta à perturbação do sentimento de si.

Assim, ao conversar com Fabiano pode-se observar como afirma Gomes (2011 apud Freud 1914-1916, p. 15) alguns traços mentais da melancolia como um “desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima (...).

Caso 2: Ana Paula- 18 anos

As observações feitas serão a partir de sete sessões frequentadas pela analisanda. Ana Paula chegou à primeira sessão se queixando de dores na cabeça, mas já estava medicalizada pelo

médico psiquiatra, e o receio de não passar no vestibular. Descreveu sua família como perfeita; bem sucedida profissionalmente e financeiramente; espiritualizada e organizada. Por esses motivos sofre, já que não consegue ser igual aos integrantes da família. Vive cheia de medos como: perder no vestibular; a família não aprovar o curso que deseja cursar (história); a profissão que pretende seguir (professora) e não ter condições de ser monitora na graduação, já que é insegura.

Ana Paula apresenta uma estrutura clínica neurótica e tem como tipo clínico a histeria, trazendo como traço estrutural um eu insatisfeito. De acordo com Gomes (2011, p. 22) o histérico é “um ser do medo, que para não reduzir suas angústias, não encontra outros meios e sustenta sem descanso seus fantasmas, vivendo num penoso estado de insatisfação”.

Na segunda sessão a mesma fala que está em busca de amor próprio, pois se sente inferior, com autoestima baixa. Não consegue estabelecer um equilíbrio entre superioridade X inferioridade. Ressaltou que deixa de ir para lugares, no qual vai encontrar pessoas mais bonitas e inteligentes. Como nos alerta Gomes (2011, p. 22) o “estado fantasmático de insatisfação marca e domina toda a vida do neurótico. O problema do neurótico é seu medo, medo de gozar, de viver a satisfação”.

Na terceira sessão comenta que tem dois rapazes querendo namora- lá sério, mas está indecisa, já que tem medo de ser infiel e não satisfaz- lós. “Eles não merecem que eu seja ruim”. Na quarta sessão a analisanda é implicada a perceber “como é isso de achar que as pessoas são sempre melhores que você”? A mesma responde que não sabe.

Na sétima sessão Ana Paula, ainda, traz a questão do medo de passar no vestibular, ter depressão e se apaixonar por alguém no decorrer da graduação, pois na área de humanas tem pessoas intelectuais, bonitas e atraentes.

Em relação à transferência é importante sinalizar que “não se define no nível do sentimento, mas em termos de sua relação ao suposto saber” (FERNANDES, 2012, p. 134). (...) Quanto à demanda já é desejo, pois, a analisanda fala sobre os seus sintomas, o que lhe causa angústia, sofrimento e gozo.

Assim, através destas sessões é nítido que o desejo de permanecer insatisfeito é característica da histérica, porque “são justamente o medo e a recusa a gozar que ocupam o centro da vida psíquica do neurótico histérico” (NUNES, 2010, p. 27).

Caso 3: Giovana- 12 anos

As observações feitas serão a partir de três sessões frequentadas pela analisanda. Giovana chegou acompanhada pela mãe, na qual falou sobre a hipótese de depressão, pois chora por qualquer motivo, dorme demais e fica muito tempo deitada no quarto. A mesma não tem desejo de ir para escola e quando vai “só o seu corpo se encontra presente e sua alma em outro lugar”. Ao perguntar onde seria o outro lugar, Giovana fala que é em seu pai, que se encontra longe. Seu pai é usuário de crack, motivo pelo qual ocorreu a separação no casamento. O mesmo batia na esposa e roubava os objetos de casa para comprar drogas.

Mesmo tendo um pai usuário, Giovana relata que não tem medo e vergonha, como a suas irmãs. Demonstrou o desejo de visita-lo e passar uns dias juntos. Frequentemente, antes de dormir, se preocupa e fica imaginando a sua verdadeira situação atualmente, longe de seus olhos. Se está passando fome, frio e dormindo pelas ruas. Hoje sua mãe está casada com outro homem, mas não enxerga a família como antes, o padrasto a maltrata na ausência da mãe. “Eu vejo nos olhos dele que ele não gosta de mim, não sei como a minha mãe fica com um homem desse, que não lhe dá nem uma calcinha e quando compra algo diferente para comer esconde de mim e das minhas irmãs. Minha mãe acha que eu não gosto dele porque tenho esperanças dela voltar o casamento com o meu pai”.

Deste modo, pode-se observar a idealização do Complexo de Édipo vivenciada por Giovana. Segundo Freud, (1856-1839, p. 193). ”A menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo o mais, porém chega à ocasião em que tem de sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, H. B. **Desejo e Neurose Obsessiva**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/1130/1/20510566.pdf>> Acesso em: 15 de setembro 2012.

BOCK, A. M. **A Psicologia e as Psicologias**. Disponível em: <<http://www.visionvox.com.br/biblioteca/a/ana-maria-bock-a-psicologia-e-as-psicologias.pdf>> Acesso em: 10 de agosto 2012.

CASTRO, B. R. **Orientação Clínica da psicanálise Lacaniana em atendimento Público**. Vitória, 2010. Disponível em: <<http://www.referencia.org.br/noticias/producao/bartyra/orientacao.pdf>> Acesso em: 12 de junho 2012.

CERRUTI, M. Q. **Perversão e Laços Sociais: Uma tentativa de articulação**. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Formacao_Psicanalise/perversao_e_lacos_sociais.htm> Acesso em 19 de setembro 2012.

COUTINHO, A. H. S. de A. **Contratransferência, perversão e o analista in-paciente**. *Rev. Reverso*. V 26, Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-73952004000100004&script=sci_arttext> Acesso em: 15 de setembro 2012.

FERRARI, I. F. **Melancolia: de Freud a Lacan, a dor de existir**. *Rev. Psychopathology on Line*, V 6. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/melancolia_de_freud_a_lacan.pdf>. Acesso em 15 de outubro 2012.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (1914) In: **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GOMES, E. M. **Clínica psicanalítica em um ambulatório público**. Itabuna, 2011. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0305.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro 2012.

JORGE, J. D. **A construção da associação livre na obra de Freud**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: < http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes_juliana_david.pdf> Acesso em: 01 de agosto 2012.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LOWENKRON, T. **Considerações sobre o diagnóstico em psicanálise**. *Rev. Latinoam*, 1999, RJ. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/62308_7125.PDF> Acesso em: 25 de agosto 2012.

LINNEMANN, K. **Fobia: um sintoma marcado pelo real**. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IX, 2006. SP. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2330/233017581003.pdf>> Acesso em: 02 de agosto 2012.

NUNES, C. H. de O. **Existe sujeito na psicose?** MG, 2010. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Existesujeitonapsicose.pdf>> Acesso em: 01 de agosto 2012.

OCARIZ, M. C. **O Sintoma e a Clínica Psicanalítica. O Curável e o que não tem cura**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2003.

OLIVEIRA, M. S. B. **O conceito das estruturas clínicas neurose e psicose para a psicanálise**. RJ. Disponível em:

<<http://www.hce.eb.mil.br/rev/rev2008/conceitodasestrururas.pdf>> Acesso em: 01 de agosto 2012.

OLIVEIRA, P. M. **Profissão de agenciamento de discurso?** Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/lepsi/n8/a56n8.pdf>> Acesso em: 02 de agosto 2012.

PEREIRA, M. F. A; FERNANDES, A. H. Repetição e interpretação in **A lógica da interpretação**. Salvador: Associação campo psicanalítico, 2012.

QUINET, A. **As 4+ 1 condições de análise**. 10 ed. RJ: Jorge Zahar, 2005.

RIBEIRO, C. T; Fernandes, A. H. A interpretação nos discursos: efeitos em uma instituição de tratamento para o uso de drogas in **A lógica da interpretação**. Salvador: Associação campo psicanalítico, 2012.

ROSA, M. I. P. D; ROSA, A. C. **A Ética na psicanálise**. Rev. Akropolis, Umuarama, v. 17, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/akropolis/article/viewFile/2841/2109>> Acesso em: 24 de agosto 2012.

SOLER, C. **Interpretação: as respostas do analista**. *Opção Lacaniana*, São Paulo, agosto 1995.

VICTOR, R. M. **Da Viabilidade da Clínica Psicanalítica no Ambulatório Público**. Florianópolis, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/daviabilidade-da-clinica-psicanalitica-no-ambulatorio-publico-\[104-030210-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/daviabilidade-da-clinica-psicanalitica-no-ambulatorio-publico-[104-030210-SES-MT].pdf)> Acesso em 01 de maio de 2012.