

# CLÍNICA PSICANALÍTICA EM AMBULATÓRIO PÚBLICO

2011

**Elaine Matos Gomes**

Psicóloga

E-mail:

[elainematos1@hotmail.com](mailto:elainematos1@hotmail.com)

---

## RESUMO

Este estudo é fruto do atendimento psicológico realizado em uma Clínica de Atendimento Público na cidade de Itabuna-Ba. O relato dessa experiência objetiva uma maior compreensão e entendimento da prática psicanalítica no atendimento público, proporcionando a elaboração do diagnóstico clínico, além de demonstrar brevemente os conceitos de Inconsciente, Transferência, Resistência, Interpretação, Associação Livre, Retificação Subjetiva, Histerização do discurso, Neurose, Psicose, Perversão e Ética na Psicanálise. Na técnica psicanalítica a direção do tratamento acontece a partir da escuta e trabalha-se com a técnica analítica da associação livre. Será feito também a discussão dos casos atendidos através do ato diagnóstico, ressaltando que todos serão embasados na técnica psicanalítica.

**Palavras-chave:** Ambulatório público, técnica analítica, psicanálise

---

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como propósito conhecer os fundamentos teóricos/técnicos da psicanálise, e pretende elucidar o trabalho do psicanalista no atendimento público, mostrar que isso é possível, que a prática psicanalista não se restringe somente aos consultórios privados. É o que Figueredo (1997) vem confirmar quando diz que “o dispositivo psicanalítico não foi posto à prova o suficiente para ser descartado como ineficaz ou impróprio para atender à população que procura os serviços públicos” (p.17). Considerada ainda como um processo longo, a autora continua, “eis o paradoxo: pacientes que permanecem freqüentando os ambulatórios, por um

longo tempo, em busca de receitas de ansiolíticos e/ou depressivos. Por que não a longa duração de um tratamento psicanalítico?” (p.16).

Os temas abordados trarão a visão de alguns autores pós Freud e Lacan, trazendo o enriquecimento dos conceitos de temas tão complexos, como é o caso do inconsciente. Para Freud, negar a existência do inconsciente é incompreensível. Segundo Quinet (1951), Freud revelou que o inconsciente é feito de pensamento, pois o sujeito é sujeito do pensamento, pensamento inconsciente, sendo assim um sujeito não da desrazão, mas sim da razão inconsciente, “cuja lógica é também apreendida através de um método – o método psicanalítico” (p.12). Lacan considera o inconsciente como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise e Nasio concorda quando diz que o inconsciente é a ferramenta de trabalho mais rica que o analista possui.

Na psicanálise após a escuta clínica, se faz o diagnóstico, utilizando o recurso da hipótese diagnóstica, este com o intuito de localizar a estrutura do sujeito, ou seja, neurótico, psicótico ou perverso. Para Oliveira (2008), é a partir dessa localização que irá traçar uma linha de abordagem. É pensando na estrutura que se observa a posição frente a questões fundamentais da existência, como é o caso do Édipo e a Castração.

Não poderia se falar em teoria psicanalítica se não pudesse se falar também de uma ética em psicanálise, mas o que é ética? Para Rosa e Rosa apud Cotrim (2009), é “a disciplina filosófica que reflete sobre os sistemas morais elaborados pelos homens e compreende a função das normas e interdições de cada sistema” (p.2). Assim, ao falar em ética, logo se associa ao bem, porém para Rosa e Rosa (2009) falar de Ética em Psicanálise é falar de algo que transpõe essa barreira do bem e do mal, é falar de uma ação do sujeito que pensa em seu próprio desejo.

Nas palavras de Silva (s.d), “o que o analista pode e deve fazer é ajudar o analisante, através da escuta de sua produção significativa, a fazer a descoberta de sua própria morada, da pele que lhe é própria”.

## **TEORIA ANALÍTICA**

### **Inconsciente**

Antes mesmo do surgimento da psicanálise, através dos estudos com a hipnose, principalmente a sugestão pós-hipnótica, já se tinha revelado de forma tangível a realidade e o modo de operação do inconsciente mental (Freud, 1915).

O próprio Freud (1915) questiona como se deve chegar ao conhecimento do inconsciente, e ele mesmo responde: “Certamente, só o conhecemos como algo consciente, depois que ele sofreu transformação ou tradução para algo consciente”.

No texto “A Psicologia do Inconsciente” (1912), Freud esclarece quanto ao conceito de inconsciente, ele nomeia como consciente apenas a representação que está sendo entendido e que está manifesto em nossa consciência. Por isso, este é o único sentido atribuído ao termo consciente. Em compensação, todas as representações latentes que estejam na dimensão psíquica, por exemplo, a memória, são consideradas inconscientes.

Freud (1915) diz que é necessário que as coisas que são reprimidas fiquem no inconsciente, porém o reprimido não abarca tudo o que é inconsciente. No texto o Ego e o Id (1923), Freud diz que o reprimido é o modelo do inconsciente. Mas o inconsciente não se ajusta com o recalado, pois ele é só uma parte do inconsciente. No texto Interpretação dos Sonhos (1900), Freud julga o aparelho psíquico predominantemente inconsciente.

Freud (1915) julga incompreensível que a existência do inconsciente possa ser negada. Ele considera uma reivindicação insustentável dizer que tudo que acontece na mente deve ser conhecido pela consciência. Para provar que existe um estado psíquico inconsciente, ele explica que, em algum momento, o conteúdo da consciência que é muito pequeno, e que o que é conhecido como conhecimento consciente deve permanecer, por um determinado período de tempo, em um estado de latência, ou seja, estar psiquicamente inconsciente. Freud (1923) completa:

Um estado de consciência é, caracteristicamente, muito transitório; uma idéia que é consciente agora não o é mais um momento depois, embora assim possa tornar-se novamente (...) podemos dizer que esteve latente, e, por isso, queremos dizer que era capaz de tornar-se consciente a qualquer momento. Ora, se dissermos que era inconsciente coincide, estaremos também dando uma descrição correta dela. Aqui ‘inconsciente’ coincide com ‘latente e capaz de tornar-se consciente’ (p.27-28).

Nasio (2003) diz que o inconsciente não é pessoal, mas comum aos companheiros de análise. Para ele, não existe um inconsciente exclusivo do psicanalista, assim como também não existe um inconsciente exclusivo do analisando, mas sim um inconsciente único e exclusivo que, apresentado através de um fato acontecido na sessão, entranha-se o entre-dois do encontro analítico. Para ele, o inconsciente do psicanalista é a ferramenta de trabalho mais rica que ele possui. E afirma (Nasio, 1993), o inconsciente é uma estrutura única, só existe um único inconsciente, e é único no meio da transferência.

Para Lacan (1993), só existe inconsciente no ser falante, sua condição é a linguagem, ou seja, ele é estruturado como uma linguagem, e Nasio (1993) completa, porém seus efeitos são manifestados através da língua. O sujeito do inconsciente só atinge a alma através do corpo, estabelecendo assim o pensamento (Lacan, 1993).

## Transferência

Para Freud, a transferência é o requisito principal para que a análise tenha bons resultados, e ele situa a transferência como um dos pontos básicos de sua teoria. No artigo a “Dinâmica da Transferência” (1912), Freud define transferência da seguinte forma:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzi-se na vida erótica – isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida da pessoa, (...) e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes. (p. 111).

Para explicar o desempenho da transferência no tratamento, Freud (1912) afirma que para isso, é necessário considerar suas relações com as resistências. Uma relação de dependência afável e dedicada pode contribuir para que uma pessoa vença suas dificuldades de fazer uma confissão. Sendo assim, para o psicanalista, a transferência poderia servir para tornar mais fácil as confissões. Portanto, a resistência acompanha o tratamento passo a passo e, deverá ser sempre levada em conta pelo analista.

No tratamento analítico (Freud, 1912), a transferência é desde o princípio, o mais poderoso meio de resistência, e Siqueira apud Melanie Klein (2007) concorda quando diz que a transferência é o ponto principal da técnica analítica, e que é essencial a liberdade de imaginação de ambos (analista e paciente). Ainda na resistência, Freud fala em uma transferência positiva, que significa a transferência de sentimentos afetuosos e, a transferência negativa, que é a transferência de sentimentos hostis. Ambas precisam ser tratadas separadamente pelo médico (Freud, 1912). Já Klein (2007), valorizou a transferência negativa, que é cheia de fantasias agressivas ao analista, afirmando ser indispensável ao tratamento, que até então era pouco valorizada.

Segundo Siqueira (2007), Melanie Klein diz que as diferenças que existem entre os analistas acontecem devido à maneira que cada um expressa em relação aos conceitos analíticos, principalmente a transferência. Ela percebeu que a mente infantil por ter traços primitivos, precisava de uma técnica especial, com isso, ela observou que as crianças viviam de forma intensa a relação transferencial, passando para o analista todo a sua afeição.

Laurent apud Lacan (1995), fala da existência de duas transferências, a transferência inicial e a transferência final, porém ambas são distintas. A transferência para Lacan (Feldstein; Fink; Jaanus, 1997) é o mesmo para Freud, de significante para significante, de significação para significação. É um ato de interpretação, uma forma de comprometer o sujeito na busca da razão e

da causa de sua falta de coerência. Ele apresenta como a harmonização do sujeito e conhecimento, que é o sujeito suposto saber.

### **Resistência**

A resistência é percebida por Freud em sua Conferência XIX, no texto intitulado “Resistência e Repressão” (1915~1916), como o esforço de tornar consciente aquilo que é inconsciente. Ainda nessa mesma Conferência, ele diz que o paciente responsabiliza o analista como aquele que dará a solução para a sua doença. Ainda assim, o paciente o enfrenta com uma resistência intensa e persistente que se estende por todo o tratamento, porém não a reconhece. E esse mesmo paciente que sofre com seus sintomas empreende uma luta em proveito de sua doença contra o seu analista.

No texto “Resistência e Repressão” (1915~1916), Freud diz que a resistência do paciente surge de vários tipos, de forma muito sutil e que são frequentemente difíceis de detectar; e exhibe mutações cambiantes nas formas em que se manifesta.

Porém Freud não considera o surgimento da resistência como um risco para o tratamento analítico, pelo contrário, é a superação dessas resistências que constitui a função essencial no processo da análise e, é a única parte do trabalho do analista que dá segurança de ter conseguido algo com o paciente.

Nas palavras de Melanie Klein (2003), Freud diz que a resistência é tudo o que impossibilita o trabalho do tratamento, é tudo aquilo que atrapalha o sujeito no acesso ao inconsciente, refere-se somente ao analisante. “Quanto mais as associações se aproximem do ‘núcleo patogênico’ do sintoma, maior é a resistência, a dificuldade de continuar associando e verbalizando”. Klein apud Freud (2003) afirma que o analista precisa ser paciente, precisa esperar e aceitar um caminho que não pode ser impedido nem acelerado.

### **Interpretação**

No texto “Interpretação dos Sonhos” (1900), Freud afirma que é possível interpretar os sonhos, e eles se manifestam como uma estrutura psíquica que possui um sentido. Para Freud, “interpretar” um sonho, é dar a ele um sentido, ou seja: é “substituí-lo por algo que se ajuste à cadeia de nossos atos mentais como um elo dotado de validade e importância iguais ao restante”.

Só se é capaz de descobrir o sentido de um sonho através da análise, e Freud (1900) utiliza de seus próprios sonhos para a auto-observação, sendo este mais favorável do que na observação dos sonhos de outras pessoas. Freud (1900) ensina que se deve ter como objeto de atenção não é o sonho como todo, mas as partes separadas no seu conteúdo, pois o mesmo fragmento de um conteúdo pode esconder um sentido diferente quando ocorrido em diversas

peças ou em diversos contextos. Ao colocar diante do seu paciente o sonho fracionado, este fará associações para cada fração. Sendo assim Freud diz que:

O método de interpretação dos sonhos que pratico já difere, nesse primeiro aspecto importante, do popular, histórico e legendário método de interpretação por meio do simbolismo, aproximando-se do segundo método, ou método de ‘decifração’. (...) como este, considera os sonhos, desde o início, como tendo um caráter múltiplo, como sendo conglomerados de formações psíquicas (p. 138).

Para Roth (2000), o sentido que Freud dá a interpretação é como um método de entender o presente de uma pessoa através “do sentido disfarçado de se passado e, em especial, do desvelamento dos conflitos provenientes desse passado”. Na psicanálise, a interpretação não faz desaparecer nem diminuir o conflito, mas aspira dar sentido à vida da pessoa, fazendo-a lidar melhor com o presente.

Foi a partir do primeiro paciente de Klein, Fritz, uma criança de cinco anos, que ela observou que as alterações feitas em sua técnica de interpretação apresentaram resultados significativos. Observou que as crianças exprimiam fantasias, e essas fantasias vinham acompanhadas de muita angústia, assim também como percebeu que os sentimentos existentes no seu atendimento entre paciente e analista eram de amor, ódio, inveja, medo etc. Sendo assim, a angústia antecedia a formação de sintomas, devendo ser logo interpretada para acalmar o paciente. Klein tinha seu trabalho (tanto técnico como clínico) fundado no seu interesse pela angústia, principalmente pelo seu conteúdo, ela não interpretava somente os mecanismos de defesa, mas a abundância das fantasias inconscientes (Siqueira, 2007).

A interpretação de Klein inclui as palavras da criança através das atividades lúdicas, pois ela percebeu as dificuldades que as crianças tinham em associar livremente, passando então a utilizar brinquedos e jogos no setting analítico, destacando a fantasia (Siqueira, 2007).

O trabalho de interpretação de Klein se inicia em fazer diminuir os conteúdos da angústia e, abriu uma via de acesso para o inconsciente da criança, semelhante à interpretação dos sonhos de Freud (Siqueira, 2007).

Nos textos de Lacan, existem vários sentidos para “interpretação”, e há uma relação entre eles. Foi a partir do Discurso de Roma que ele introduziu a idéia de que a interpretação pode ser uma pontuação, ou seja, o discurso do paciente não é entendido pelo sentido, mas pela sua estrutura de linguagem, assim qualquer intervenção como uma vírgula, uma pergunta, transforma o sentido e pode formar uma interpretação. Lacan diz no Seminário XI que a interpretação não está aberta a qualquer sentido, assim, o analista ao colocar um ponto ou uma vírgula na fala do paciente, este precisa ser no lugar certo (Laurent, 1995).

Porém, a interpretação não será qualquer intervenção do analista, uma pontuação, um corte na sessão, um silêncio, uma intervenção, só será interpretado quando produzir um efeito simbólico, ou seja, quando produzir associações (Laurent, 1995).

Na fala de Ocariz (2003), Lacan explica que a prática analítica se sustenta pelo dizer do analista, principalmente no silêncio deste. A fala do analista é dita como uma interpretação quando ele a emprega como incentivo que muda o sentido do seu dizer, dando acesso a novas associações. Nas palavras de Ocariz (2003): “A interpretação está menos no que o analista diz; quanto mais carente de significação ela é, mais possibilita que o outro produza sua própria significação”.

Ocariz apud Lacan (2003) diz que é a partir da concepção do inconsciente que diversifica a modalidade de interpretação, embora não seja mais utilizada a interpretação hermenêutica, ela “é substituída pela citação que volta sobre o enunciante como uma pergunta sobre uma enunciação, com o intuito de fazê-lo dizer e associar, relacionar o que foi dito com algum fragmento de sua história ou da verdade de seu desejo”.

## **TÉCNICA ANALÍTICA**

### **Associação Livre**

Embora Freud tenha designado a associação livre como a regra fundamental da psicanálise, no artigo “O Método Psicanalítico de Freud” (1904[1903]), escrito por ele na terceira pessoa, Freud designa a associação livre ora de método, ora de técnica, fala também de “métodos técnicos de preencher as lacunas”, ora fala “procedimento catártico”, ora “método catártico”. Porém, Freud diz com clareza que o método psicoterápico utilizado provém da psicanálise, sendo portanto, de sua autoria.

O procedimento catártico considerava que o paciente fosse hipnotizado, seu objetivo era eliminar os sintomas patológicos, “levando o paciente a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez”. Ainda no artigo “O Método Psicanalítico de Freud” (1904[1903]), ele abandonou a hipnose, e explica:

Atualmente, trata seus enfermos da seguinte maneira: sem exercer nenhum tipo de influência, convida-os a se deitarem de costas num sofá, comodamente, enquanto ele próprio senta-se numa cadeira por trás deles, fora de seu campo visual. Tampouco exige que feche os olhos e evita qualquer contato, bem como qualquer outro procedimento que possa fazer lembrar a hipnose. Assim a sessão prossegue como uma conversa entre duas pessoas igualmente despertas (...) (p.237).

Nesse artigo, Freud afirma ter encontrado um substituto da hipnose, sendo “plenamente satisfatório, nas associações dos enfermos, ou seja, nos pensamentos involuntários – quase sempre sentidos como perturbadores e por isso comumente postos de lado” (p.237).

Quinet (1951) fala sobre a cura pela fala, o tratamento da palavra. É o quem vem a acontecer na associação livre, quando Freud (1904[1903]) diz que convence o paciente a se deixar levar pelo seu discurso, mas antes de convencê-lo a relatar minuciosamente sobre sua história clínica, ele o induz a falar sobre tudo o que passa pela sua cabeça, mesmo os que o paciente considere sem importância, e que não exclua nenhum pensamento, mesmo que lhe seja desagradável, embaraçoso ou doloroso.

Assim, Quinet (1951) afirma que Freud determinou somente uma regra para a psicanálise, e esta refere-se a associação livre, e continua, ela não está a favor do analista, mas do analisando. É a partir da associação livre que se dá o início de cada psicanálise, é a partir dela que a análise deve iniciar.

A cura pela fala, o tratamento da palavra, ou seja, a descoberta da associação livre deve muito a uma das pacientes de Freud, Emmy Von N. no ano de 1889, em uma das sessões em que a paciente está sob hipnose, Freud a interrompe para perguntar sobre o início dos sintomas, perguntou também de onde provinham as dores gástricas, sua resposta foi dada contra sua vontade, e que não sabia, Freud pediu que então se lembrasse até o dia seguinte, foi então que ela respondeu um tom claro de queixa que ele não devia continuar a pergunta-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse falar o que tinha a dizer-lhe (Quinet, 1951). Assim, Freud não só aceitou a proposta de Emmy Von N. como a transformou na regra fundamental da análise.

Já Santiago (2005), as intervenções clínicas de Melanie Klein concordam com os conceitos da clínica freudiana no que se refere não somente as associações do paciente, mas também em alguns recursos do simbolismo da língua. Klein oferece a criança um enérgico trabalho de associação livre de idéias, ela a considera a essência do material inconsciente e compõe o motivo principal do trabalho de interpretação do analista. Para ter acesso a fantasias inconscientes, o analista deve zelar pela associação livre do analisando. A associação livre no trabalho com crianças, Klein observa na sessão a fala do analisando, o seu fazer e o seu sentir, atribuindo igual significado as suas produções inconscientes.

A criança não consegue produzir associações verbais satisfatórias, assim como fazem os adultos, com isso, o analista deve utilizar de outros recursos para instigar sua fantasia, embora esse recurso para Klein esteja de fora da regra analítica. Esses recursos seriam desenhos, brinquedos, histórias criadas, recorte etc., sendo que estes para Klein, possuem valor igual do discurso e a mesma aptidão para manifestar suas fantasias. No tratamento com crianças, durante os recursos utilizados, é necessário que o analista observe com atenção a criança, pois as suas atitudes e sentimentos possuem significações fantasmáticas inconscientes, sendo capaz de

interpretação, com isso o analista “pode apreender a angústia impregnada no simbolismo inconsciente decorrente desse trabalho” (Santiago, 2005).

Lacan diz que a associação livre é na maioria das vezes ilusória, que “a associação livre não é nada livre mas, sim, radicalmente sobredeterminada inconsciente” (Jorge,1997), assim o que Freud aconselha ao analisando a falar sobre tudo o que ocorre em sua mente, “prescindindo, logo, de toda espécie de crítica, de censura, de preconceito, é na certeza efetiva de que é isso precisamente que não será feito”. E completa:

O discurso do analisando apresentará, inevitavelmente, seus pontos de ruptura, e é nestes intervalos, nestas escansões enunciativas entre os significantes que se indicará o lugar, evasivo ao simbólico, embora por ele determinado, do sujeito do inconsciente: na pausa, na interjeição, na hesitação, na inibição, no sintoma, na angústia... (p.131).

Lacan mostra que falar tudo na sessão não é possível em lógica matemática, pois ao pedir ao analisando que fale o que vier a cabeça, eles não fazem literatura, lógica e linguística, eles dizem coisas sem importância, asneiras, banalidades, e na maioria das vezes tendem a falar dos pais. Ele dá um exemplo de que se o analisando começa a falar de poesia, o analista o faz voltar para a fala anterior. O importante para Lacan segundo Miller (1997, p.143) “é a associação livre, que permite descobrir que ela não é livre de modo algum, ao contrário, é restrita, se desenvolve a partir de certos axiomas escondidos no sujeito e a fantasia é o axioma fundamental”

### **Retificação Subjetiva**

Meira (2004) diz que as entrevistas preliminares compõem uma retificação subjetiva, objetivando a mudança de lamentar-se dos outros para lamentar-se de si mesmo. A retificação subjetiva é um dispositivo analítico e tem como objetivo implicar o sujeito naquilo que ele se lamenta, é implicá-lo nas próprias coisas pelas quais ele se lamenta, “o sujeito apreende a sua responsabilidade essencial no que ocorre”. A autora nos dá o exemplo do caso de Dora, quando esta se lamenta que seu pai a usava para saciar seus desejos com a Sra. K. Freud pergunta o que ela tem a ver com isso, e Dora é conduzida a se questionar sobre sua postura de assediada pelo Sr. K., sendo isso correspondente ao seu desejo. Meira (2004) conclui:

Fazê-la perceber sua responsabilidade equivale a fazê-la enunciar seu desejo, desejo esse que ela não conhece. Trata-se de fazê-la perceber a situação na qual se encontra. Essa situação só se conhece a partir dos seus ditos, nos quais se apresenta como vítima do desejo do Outro, do Outro paterno. A retificação subjetiva consiste em fazer aparecer que é ela, de fato, que tem lugar de agente em sua própria vida; e é ela que agencia essa história (p.53-54).

Quinet (1951) diz que no caso de Dora a retificação subjetiva de Freud resume-se em perguntar a sua analisanda “qual é a sua participação na desordem da qual você se queixa?”.

A partir as intervenções de Freud, tanto no caso Dora como no Homem dos Ratos, Quinet (1951) diz que pode deduzir duas vertentes da retificação subjetiva segundo o tipo clínico. No neurótico obsessivo, ela se coloca “no plano da retificação da causalidade, que se apresenta como consequência: sua impossibilidade de agir que é correlata à sua modalidade de sustentação do desejo como impossível”. Já com a histérica, a retificação subjetiva “visa à implicação do sujeito em sua reivindicação dirigida ao Outro, fazendo-o passar da posição de vítima sacrificada à de agente da intriga da qual se queixa, e que sustenta seu desejo de insatisfação”. Em ambos os casos, trata-se de introduzir o sujeito em sua responsabilidade na opção de sua neurose e em sua submissão ao desejo como desejo do Outro. E completa: “a retificação subjetiva aponta que, lá onde o sujeito não pensa, ele escolhe; lá onde pensa, é determinado, introduzindo o sujeito na dimensão do Outro”.

Para Kehl (2002), após instaurada a transferência, a segunda medida do analista é gerar a retificação subjetiva do analisando, nas palavras da autora: “deslocá-lo de suas certezas iniciais, desconstruir o conjunto de argumentos com que ele explica seu sofrimento, procurando colocar-se na posição mais cômoda de vítima do que os outros lhe fazem, para implicá-lo sem seu sintoma”. Segundo Kehl (2002) é pouco provável que os candidatos a análise comecem se perguntando sobre o que lhes acontece, geralmente eles habitualmente possuem um conjunto de explicações prontas para apresentar ao analista.

### **Histerização do Discurso**

Petri (2003) diz que o discurso é um instrumento da linguagem que estabelece um considerável número de relações sólidas, sendo modalidades de relação social. Diz também que Lacan apresenta quatro modalidades: o discurso do mestre, o discurso do universitário, o discurso da histérica e o discurso do analista.

No discurso da histérica, o agente é o sujeito dividido, ele renuncia seu próprio saber e presume esse mesmo saber no outro, produzindo assim um saber. “Esse sujeito faz desse outro seu ideal, identificando-se a ele” (Petri, 2003).

Golder apud Lacan (2000) chama a atenção que no começo da análise passa pela histerização do discurso do paciente. As pessoas geralmente quando encontram o analista, narram o que já sabem sobre o seu sintoma, a autora afirma que quase sempre permanecem num discurso de mestria.

Para Bernardes apud Lacan (2003), “a estrutura do discurso da histérica na entrada da análise significa, *grosso modo*, o sujeito em posição desejante interrogando o Outro para produzir

um saber” (p.158). Assim, o início do discurso da histérica ao entrar em análise equivale ao estabelecimento da dialética do desejo que insere o analista na suposição de saber. O Outro a quem o sujeito se direciona no discurso da histérica é investido da figura do mestre que o sujeito histórico instaura para questioná-lo sobre o objeto do seu gozo. A histérica constrói um outro, que está a altura de um senhor, encorajado pelo desejo do saber, saber o que a histérica vale para o analista. Nas palavras da autora:

Se é preciso uma histerização do discurso para a entrada em análise – ou seja, para o estabelecimento da transferência como suposição de um saber sobre o objeto de gozo e para o endereçamento ao analista de uma demanda nesse sentido – é sobretudo preciso a intervenção do analista para que o efeito disso seja uma análise. Ou seja, o discurso da histérica desenha o discurso do analista mas é preciso que exista um analista (p.158-159).

Lacan (1969-70), citado por Bernardes (2003), o que o analista institui como experiência analítica pode se dizer simplesmente – é a histerização do discurso. Dito de outro modo, é a introdução estrutural, por condições de artifício, do discurso da histérica.

Fingermann e Dias (2005) apud Lacan falam sobre o ponto em comum do discurso da histeria e a forclusão do gozo, em ambos o sujeito é assinalado por um não saber do que o causa, relativo à causa do seu desejo. Assim, o sujeito se direciona ao Outro como mestre, para criar o saber que lhe falta, o mestre é então, uma criação da histeria.

Para Miller (1997), a histerização do discurso é quando o sujeito histórico se distancia geralmente de todo dito, produzindo o pânico histórico, perdendo totalmente o ponto de referência. “O sujeito histórico põe em questão o significante, o mestre, que vai buscar para demonstrar-lhe que, de sua posição de falta-a-ser, é mais potente que ele”.

## **ESTRUTURAS CLÍNICAS (TIPOS CLÍNICOS)**

### **Neurose**

Freud (1892~1899) diz sem sombra de dúvida que alguns distúrbios nervosos tem a possibilidade de se desenvolver em qualquer pessoa, principalmente em pessoas saudáveis. A neurose, por exemplo, tem como motivo uma perturbação específica do sistema nervoso, e essas alterações patológicas funcionais “têm como fonte comum a vida sexual do sujeito, quer residam num distúrbio de sua vida sexual contemporânea, quer em fatos importantes de sua vida passada” (p.148).

Nasio (1995) diz que o neurótico é o indivíduo que se defende de modo desesperado para preservar algo, ou seja, ele se desespera e luta para deixar intacto seu eu sexual. Já Kehl (2002) diz que a neurose é uma forma pessoal de organização dos mecanismos de defesa do eu, são defesas contra a angústia de castração.

Nasio (1991) afirma que a neurose é uma péssima forma de se auto defender, é a forma imprópria e que impensadamente se emprega para se opor a um gozo inconsciente e perigoso. Quando se fica neuroticamente doente, é por pura teimosia de se defender de um gozo doloroso e, fazendo isso se defende do mal. E se defende do mal porque para abrandar o caráter insuportável da dor, não se tem outro recurso a não ser transformá-la no sofrimento neurótico (sintomas). As três neuroses clássicas podem ser definidas de modo particular que o eu tem de se proteger. Logo, segundo o autor, existem três formas ruins de lutar contra o gozo insuportável, e consequentemente, três formas de distintas de viver a própria neurose.

Sofrer neuroticamente segundo o modo obsessivo é sofrer conscientemente no pensamento, isto é, deslocar o gozo inconsciente e intolerável para um sofrimento do pensar. 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 cristalizá-lo num elemento do ambiente externo, então transformado no objeto ameaçador da fobia. Por último, sofrer segundo o modo histérico é sofrer conscientemente no corpo, ou seja, converter o gozo inconsciente e intolerável num sofrimento corporal (p.20-21).

Para Quinet (2005) a histeria não é apenas um tipo de sintoma, cujos indícios são encontrados nos transtornos conversivos e dissociativos, mas sendo um tipo clínico da neurose, é um meio de lidar com a castração e difere da fobia e da neurose obsessiva. Para o autor o sujeito histérico oferece seu corpo ao Outro como se fosse um objeto. “Seu corpo é o leito da inscrição da linguagem, da história libidinal em que foi objeto de sedução do Outro. Seu corpo é erogeneizado pelo Outro” (p.112).

Para Freud (1892~1899) a origem da neurose histérica é uma experiência sexual passiva antes da puberdade. Já a neurose obsessiva, ocorre de um motivo específico análogo a histeria. Acontece também um evento sexual precoce, que antecede a puberdade, cuja recordação torna-se ativa durante ou após da puberdade. Mas Freud (1892~1899) no texto “A Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses” explica o que difere da neurose histérica da neurose obsessiva:

Na base da etiologia da histeria encontramos um evento de sexualidade passiva, uma experiência à qual alguém se submeteu com indiferença ou com um pequeno grau de aborrecimento ou medo. Na neurose obsessiva, trata-se, por outro lado, de um evento que proporcionou prazer, de um ato de agressão inspirado no desejo (no caso do

menino) ou de um ato de participação nas relações sexuais acompanhado de gozo (no caso da menina) (p.154).

Quinet (2000) também explica o que difere na neurose histérica e na neurose obsessiva:

Na histeria, o sujeito situa o Outro com o poder de responder e a impotência em mandar. Na neurose obsessiva, o Outro aparece como lugar do poder absolutista, ou seja, de comando da lei no supereu, mas é impossível que ele responda. (...) a figura do Outro-que-tem como sujeito suposto poder aparece na histeria sob a forma do Outro que pode dar amor, saber, satisfação e, na neurose obsessiva, sob a forma do Outro que detém o poder. (...) o outro na neurose é barrado, a falta do poder do Outro retorna: na histeria sob a forma da impotência em comandar, pois o mestre é castrado para a histérica reinar; na neurose obsessiva sob a forma da impossibilidade de ele responder ao apelo de amor do sujeito. É nessa falha do poder do Outro que se aloja o desejo do sujeito: a insatisfação do desejo na histeria é relativa à impotência do poder do Outro assim como a impossibilidade do desejo na neurose obsessiva é encoberta pelo impossível da resposta ao apelo do sujeito (p.106-107).

Freud (1925~1926) afirma que não há dúvida de que a histeria tem uma grande afinidade com o sexo feminino, enquanto a neurose obsessiva possui uma afinidade com o sexo masculino, “afigura-se provável que, como um determinante da ansiedade, a perda do amor desempenha o mesmíssimo papel na histeria que a ameaça da castração nas fobias e o medo do superego na neurose obsessiva” (p.141). Freud (1893~1899) explica que já na infância o sexo feminino é mais suscetível de provocar ataques sexuais. E segue (Freud 1925~1926): “a importância do elemento ativo na vida sexual como causa das obsessões, e da passividade sexual na patogênese das histerias, parece até mesmo desvendar a razão da conexão mais íntima da histeria com o sexo feminino e da preferência dos homens pela neurose obsessiva” (p.154). (Freud, 1893~1899).

Em relação à neurose obsessiva, para Freud (1893~1899) pode ser manifestada numa regra clara. “As idéias obsessivas são, invariavelmente, auto-acusações transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se relacionam com algum ato sexual praticado com prazer na infância” (p.169). Mas para explicar essa afirmativa é essencial fazer a descrição do curso típico tomado por uma neurose obsessiva.

Freud (1893~1899) acredita que em relação ao desenvolvimento das neuroses, seja histeria ou obsessão, em determinado caso, não se origina da hereditariedade, mas de uma característica especial do acontecimento sexual na infância. No texto “A Etiologia da Histeria”, Freud (1893~1899) diz que o estado de histeria é um resultado que vem de forma tardia e duradoura de uma emoção que foi vivenciada no passado, porém foi introduzido na origem da histeria um fator que o analisante não cita e cuja validade só consente com resistência, isto é, a predisposição hereditária procedente de seus ascendentes.

Já em relação a fobia, Freud (1893~1899) classifica de “obscuro” o mecanismo das fobias. E observou ainda que as fobias “devem ser consideradas apenas como síndromes que podem fazer parte de várias neuroses, e não precisamente classificá-las como um processo patológico independente”, refere então ao nome “histeria de angústia” para um tipo específico de fobia cujo mecanismo era semelhante ao da histeria. Foi no caso clínico “Pequeno Hans” que Freud iniciou alguns esclarecimentos sobre a “histeria de angústia”.

## **Psicose**

Freud (1923~1925) no texto “Neurose e Psicose” explica o que talvez seja a mais importante diferença genética entre a neurose e a psicose: “a neurose é resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (p.167). Assim, outros tipos de psicose, como as esquizofrenias, resultam em uma perda em qualquer participação no mundo externo. No texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” Freud (1923~1925) diz que na psicose a perda da realidade está essencialmente presente. Acontece na psicose algo semelhante no processo da neurose, embora entre diferentes instâncias na mente. Na psicose duas etapas podem ser distinguidas: a primeira levaria o ego para longe da realidade; a segunda tentaria compensar o dano causado e restabeleceria as relações do indivíduo com a realidade as custas do id. Assim, tanto a neurose como a psicose são “expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição (...) de sua incapacidade a adaptar-se às exigências da realidade” (p.206-207).

Um tipo clínico da psicose é a esquizofrenia. Sterian (2001) diz que na esquizofrenia “a fuga do ego” (rejeição da realidade) é “radical e profunda”. A rejeição dessa realidade é radical porque causa um “desinvestimento da representação inconsciente do objeto. As tentativas de cura, pensa Freud, seriam ‘dirigidas para a recuperação do objeto perdido [rejeitado]’”(p.95).

Freud (1915) 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 – todas essas características clínicas parecem concordar plenamente com a suposição de que suas catexias objetais foram abandonadas (p.201-202).

É observado nos esquizofrênicos (Freud, 1915), principalmente na etapa inicial, um número grande de transformações na fala. Geralmente, o paciente dedica um cuidado especial a sua maneira de se exprimir, que se torna “afetada” e “preciosa”. A construção da sua fala passa por uma confusão própria, tornando incompreensível aos outros, a ponto de suas observações parecerem absurdas. Menção a órgãos corporais ou a inervações quase sempre ganham saliência no conteúdo dessas observações. Assim, “em tais sintomas da esquizofrenia, em comparação com as formações substitutivas de histeria ou de neurose obsessiva, a relação entre o substituto e o material reprimido, não obstante, exhibe peculiaridades que nos surpreenderiam nessas duas formas de neuroses” (p.202). E conclui propondo “uma caracterização da modalidade de pensamento do esquizofrênico dizendo que ele trata as coisas concretas como se fossem abstratas” (p.208).

Outro tipo clínico da psicose é a melancolia, no texto “Luto e Melancolia”, Freud (1914~1916) diz que a melancolia é uma patologia que apresenta diversas formas clínicas, sendo que algumas dessas formas lembram mais distúrbios somáticos do que psicológicos. E define os traços mentais da melancolia:

(...) 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-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (p.250).

Em relação à paranóia, no texto “Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo”, Freud (1920~1922) diz que os paranóicos projetam externamente nos outros o que não querem descobrir em si próprios. “Deixam se guiar por seu conhecimento do inconsciente e deslocam para as mentes inconscientes dos outros a atenção que afastaram da sua própria” (p.241). Freud (1920~1922) cita o caso do marido ciumento, que ainda jovem tinha paranóia de ciúmes totalmente desenvolvida, onde o objeto era sua esposa absolutamente fiel. Portanto, esse marido ciumento percebia as traições de sua esposa, em vez das suas, “tornando-se consciente das infidelidades dela e amplificando-as enormemente, conseguia manter as suas inconscientes” (p.241). No paranóico é a pessoa mais amada do seu mesmo sexo que se torna seu perseguidor, e Freud (1920~1922) explica o porquê: “a sempre presente ambivalência de sentimento fornece-lhe a fonte e a não-realização de sua reivindicação de amor e fortalece. Essa ambivalência serve assim, para o paranóico, (...): o de uma defesa contra o homossexualismo” (p.241). Freud (1920~1922) continua:

Os sonhos de meu paciente ciumento me apresentaram uma grande surpresa. Não eram simultâneos com os desencadeamentos das crises, é verdade, mas ocorriam dentro do

período que se achava sob o domínio do delírio; contudo, estavam completamente livres destes e revelaram os impulsos homossexuais subjacentes com um grau de disfarce não maior que o habitual (p.241).

É o que Arán apud Birman (2006) vem esclarecer: “a paranóia, considerada o emblema fálico por excelência, se constitui onde a assunção da feminilidade fracassa. O que faz com que a experiência alteritária se torne impossível” (p.160). No que diz respeito a clínica, pensa-se a subjetivação a partir da experiência da feminilidade. Nas palavras da autora: “sublimação e paranóia: dois destinos possíveis e radicalmente opostos para a pulsão” (p.160).

Para finalizar, Freud (1911~1913) no texto “Sobre o mecanismo da paranóia”, diz que a característica que mais merece atenção da formação de sintomas na paranóia é o processo de projeção. “Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa” (p.73).

### **Perversão**

Roudinesco apud Freud (2009), diz que a perversão é natural no homem. Na clínica é uma estrutura psíquica, e afirma que nenhum indivíduo nasce perverso, ele herda a partir “de uma história singular e coletiva em que se misturam educação, identificações inconscientes, traumas diversos” (p.103). Tudo vai depender do que cada indivíduo faz da perversão que traz em si, seja rebelião, superação, sublimação, ou o inverso, o crime, autodestruição etc. Freud citado por Roudinesco afirma “que o único limite ao desenvolvimento abjeto da perversão só pode advir de uma sublimação encarnada pelos valores do amor, da educação, da Lei e da civilização” (p.104).

Szpacenkopf (2003) diz que o estudo da perversão é importante porque é através dele que se pode ter acessibilidade não somente à compreensão da sexualidade do sujeito, como também nas suas implicações no social.

Szpacenkopf apud Freud (2003) diz que Freud toma a defesa de que as idéias das perversões fazem parte da vida dos denominados normais, e são considerados como patológicos “os casos em que houver fixação a uma etapa infantil do desenvolvimento sexual ou uma dissociação das pulsões numa etapa posterior, propiciando uma preferência para os atos preliminares da relação sexual em detrimento da finalidade genital deste” (p.91).

A perversão em relação à denominação, estrutura e vocábulo somente foi estudada pela psicanálise (Roudinesco, 2008). Para a autora, a perversão “é um fenômeno sexual, político, social, psíquico, trans-histórico, estrutural, presente em todas as sociedades humanas”. E segue:

É perverso – e portanto patológico – aquele que escolhe como objeto o mesmo que ele (o homossexual), ou ainda a parte ou o desejo de um corpo que remete ao seu próprio (o fetichista, o coprófilo). São igualmente definidos como perversos aqueles que

possuem ou penetram por efração o corpo do outro sem seu consentimento (o estropador, o pedófilo), os que destroem ou devoram ritualmente seus corpos ou o de um outro (o sádico, o masoquista, o antropófago, o autófago, o necrófago, o necrófilo, o escarificador, o autor de mutilações), os que travestem seus corpos ou sua identidade (o travesti), os que exibem ou apreendem o corpo como objeto de prazer (o exibicionista, o voyeurista, o narcísico, o adepto do auto-erotismo). É perverso, enfim, aquele que desafia a barreira das espécies (o zoófilo), nega as leis da filiação e da consanguinidade (o incestuoso) ou ainda contraria a lei da conservação da espécie (o onanista) (p. 82).

Roudinesco (2008) considera o pedófilo, especialmente o pedófilo incestuoso o pior de todos os perversos, isso porque ele seduz sexualmente a criança que ele mesmo gerou.

Para Nasio (1993), a perversão “é a identificação do sujeito com o objeto em jogo”. Assim, o autor afirma que toda fantasia é perversa, não existe fantasia que não seja perversa. Geralmente, o indivíduo que fantasia é um neurótico que deseja ser perverso. Assim, a perversão na fantasia, consiste principalmente em tornar-se o objeto que está em jogo na fantasia.

Segue os tipos clínicos da perversão, a saber: Fetichismo, Masoquismo e Sadismo.

Freud (1927~1931) no texto “Fetichismo” inicia falando que dificilmente um indivíduo procure fazer análise por causa de seu fetiche. Embora eles sejam reconhecidos pelos seus seguidores como uma anormalidade, é muito raro que eles vejam como uma doença que venha acompanhada por sofrimento. Pelo contrário, eles se revelam completamente satisfeitos, porém, na análise, o fetiche aparece com uma descoberta subsidiária. Freud (1927~1931) afirmou que o significado e o propósito do fetiche na análise são os mesmos para todos os casos e espera também a mesma resolução. E explica:

(...) o fetiche é um substituto para o pênis, (...) não é um substituto para qualquer pênis ocasional, e sim para um pênis específico e muito especial, que foi extremamente importante na primeira infância, mas posteriormente perdido. Isso equivale a dizer que normalmente deveria ter sido abandonado; o fetiche, porém se destina exatamente a preservá-lo da extinção. (...) o fetiche é um substituto do pênis da mulher (da mãe) em que o menininho outrora acreditou e que – por razões que não são familiares – não deseja abandonar (p. 155).

Quinet (2005) comenta que o curioso é que Freud não recorre aos fetichistas clássicos, como aqueles que cultuam o pé ou qualquer outro objeto. Mas ele narra o caso de um paciente cujo desejo é preso a um determinado “brilho no nariz” do outro. É o próprio Freud (1927~1931) que explica o segredo desse fetiche:

(...) o paciente fora criado na Inglaterra, vindo posteriormente para a Alemanha, onde esquecera sua língua materna quase completamente. O fetiche, originado de sua

primeira infância, tinha de ser entendido em inglês, não em alemão. O ‘brilho no nariz’ [em alemão ‘Glanz auf der Nase’] era na realidade um ‘vislumbre (glimpse) do nariz’. O nariz constituía assim o fetiche, que incidentalmente, ele dotara, à sua vontade, do brilho luminoso que não era perceptível a outros (p.155).

Birman (2006) afirma que o masoquismo não é para o indivíduo simplesmente o prazer com o sofrimento, nem mesmo do usufruto e do gozo com a dor. Para o autor o que está no cerne da experiência masoquista é o impedimento do desamparo, quando este é experienciado como pavor pelo sujeito. O masoquismo seria então um modo de subjetivação por meio pelo qual o sujeito se submete ao outro de modo subserviente, seja de maneira voluntária ou involuntária, o que importa é livrar-se do pavor do desamparo. Assim, para se proteger do pavor do desamparo, o indivíduo consente que o outro faça o que quiser com seu corpo e com seu espírito. E ainda, o indivíduo se dá com tal ao outro, de forma indecente, para fugir da posição de desamparo. “Nesse contexto, a dor é uma resultante e um desdobramento dessa posição obscena diante do outro, mas não aquilo absolutamente que o sujeito busca e tem a intenção de obter” (p.28).

‘Goze com o meu corpo como quiser e me submeta, mas não me deixe sozinho com o meu desamparo’, parece dizer nas entrelinhas o sujeito masoquista ao outro. Ou, então, ‘eu aceito qualquer coisa, faça comigo o que quiser, mas não me deixe desamparado’, parece sussurrar o masoquista para o seu algoz protetor. Seria assim que se constituiria o pacto masoquista, numa aliança do sujeito contra o desamparo, que encontra eco num outro que se acredita auto-suficiente e que se alimenta do terror do outro em relação ao desamparo, pois acredita assim poder dominar a sua condição de desamparo (p.28).

No texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1901~1905) diz:

A inclinação a infligir dor ao objeto sexual, bem como sua contra-partida, que são as mais freqüentes e significativas de todas as perversões, foram denominadas por Krafft-Ebing, em formas ativa e passiva, de ‘sadismo’ e ‘masoquismo’ (passivo). (...) preferem a designação mais estrita de algolagnia, que destaca o prazer na dor, a crueldade, enquanto os termos escolhidos por Krafft-Ebing colocam em primeiro plano o prazer em qualquer forma de humilhação ou sujeição (p.149).

O sadismo corresponde a um elemento agressivo autônomo e excessivo da pulsão sexual, e é movido por deslocamento para o lugar preponderante. Seu conceito oscila, desde uma posição puramente ativa ou mesmo brutal com o objeto sexual até uma satisfação unicamente condicionada pela submissão e maus-tratos a ele impostos. Para Freud (1901~1905) apenas este último caso extremo faz por merecer o nome de perversão.

Freud (1901~1905) afirma que o que há de consideravelmente singular dessa perversão está em que suas formas tanto ativa quanto passiva costumam encontrar-se unidas em uma mesma pessoa. “Quem sente prazer em provocar dor no outro na relação sexual é também capaz de gozar, como prazer, de qualquer dor que possa extrair das relações sexuais” (p.151). Assim, o sádico é sempre e ao mesmo tempo um masoquista, mesmo que a situação ativa e passiva da perversão tenha se desenvolvido com maior força e represente sua ação sexual predominante.

Diniz apud Roudinesco (2009) afirma que possivelmente um dia, o poder de negar tudo que seja referente a uma subjetividade inconsciente, “o discurso da ciência fará com que se acredite que a perversão não é mais que uma doença e que os perversos podem ser eliminados do corpo social” (p.57). Sendo assim, significaria que o termo desvio, designaria de forma perversa, todos os atos de transgressão de que a humanidade seja capaz, tanto os piores como os melhores.

## ÉTICA NA PSICANÁLISE

Para Kehl (2002) há duas formas de chegar até as relações entre a psicanálise e a ética. A primeira como uma ética da psicanálise, uma ética profissional, semelhante a uma ética médica, ética jornalística etc. Essa abordagem refere-se:

Ttando à proteção dos clientes submetidos ao tratamento psicanalítico – contra eventuais abusos cometidos pelos analistas em sua posição privilegiada em função do amor de transferência – como à regulamentação, seja da própria concorrência profissional, seja da formação institucional, que concerne às condições específicas de transmissão desse saber tão singular (p.7).

A segunda “refere-se às implicações éticas do advento da psicanálise no Ocidente, como um pensamento e uma prática questionadores dos pressupostos éticos tradicionais” (p.7).

A ética em psicanálise é uma ética investigativa (Kehl, 2002), onde a dúvida sempre deverá fazer uma abertura na fortaleza das certezas imaginárias com que o narcisismo do eu se defende. Essa dúvida para a autora refere-se a “uma disponibilidade para questionar não o saber que os impulsos revelam, mas as certezas que o pensamento constrói” (p.145).

Pinto (2007) fala de uma ética da psicanálise sugerida por Lacan onde diz: “Uma ética se anuncia, convertida ao silêncio pelo advento não do pavor, mas do desejo” (p.352). Assim Pinto (2007) explica o que é uma ética da psicanálise:

Em primeiro lugar, diz respeito à interpretação do desejo inconsciente que implica o sujeito na responsabilidade de uma escolha. O limite disso está na incompatibilidade do

desejo com a palavra, o que esboça a virtude alusiva da interpretação, que vai da interpretação definida como ‘tomar o desejo à letra’ até a interpretação enquanto incidindo sobre a causa do desejo (p.352).

Pode-se acrescentar ainda a ética da psicanálise, (Pinto, 2007) uma ética do desejo, “que não é uma ética da liberação do desejo, mas de sua resolução, o que, devido à incompatibilidade do desejo e da palavra, coloca o problema do bem-dizer” (p.352). Miller (1996) vêm esclarecer sobre isso quando diz que se existe ética na psicanálise, então é a do bem-dizer, e comenta que “o bem-dizer nada tem a ver com a eloquência, porque o dizer é a palavra enquanto ela funda um fato” (p.110), e segue: “quer dizer que o bem-dizer não é o belo-dizer, qualquer que seja a tentação, sempre renovada, do psicanalista de se esvaecer em seu ato ao fazer literatura. ‘Seu dizer é belo!’ significa, precisamente, que ele não funda um fato” (p.110). Assim, a ética da psicanálise faz menção à interpretação, e o autor faz um questionamento: “Como se trataria de algo diferente, na medida em que ela é uma ética do desejo e que o desejo é sua interpretação? (p.110).

Para Rosa e Rosa (2009), falar de Ética em Psicanálise é falar de algo que transpõe a barreira do bem e do mal, é falar de uma ação do sujeito que leva em consideração o seu próprio desejo. A Ética na Psicanálise “considera o inconsciente e toda sua verdade. Verdade inaceitável para aqueles que consideram apenas o campo da consciência. A verdade do sujeito é a de que há um mal estar inerente à condição humana.” (p.2). A Ética do bem dizer é uma expressão lacanina, Rosa e Rosa (2009) explicam o seu significado:

Ela significa que o paciente precisa dizer a verdade sobre o que causa os seus sintomas. Essa verdade sobre o sintoma está no inconsciente, e aparece de forma enigmática, pois o paciente não sabe por que está sofrendo, ele desconhece a causa inconsciente de seu sintoma. Na prática clínica, a Ética do bem dizer aparece a partir das construções que o paciente faz a partir da livre associação, do seu conteúdo inconsciente, sobre si mesmo. Nas palavras de Lacan (1997, p.35), ‘para a Psicanálise, não há outro bem senão o que pode servir para pagar o preço do acesso ao desejo’ (p.3).

Mello Filho apud Garcia Roza (2003) afirma que a ética se aplica quando se tem por objeto um juízo de valor empregado a diferença entre o bem e o mal. Diz também que há diversas modalidades de ética: da discussão, da responsabilidade, científica e até uma ética da psicanálise. E que tanto Freud como Lacan construíram uma via em direção a ética. Assim, Roza se questiona se há existência da ética na psicanálise ou uma ética da psicanálise. Com isso, “ele mesmo coloca a segunda posição quando nos recorda que a dimensão do inconsciente, ausente na ética filosófica da psicanálise não está centrada em uma ética do bem (Lacan)” (p.277-278). Mas Roza questiona: não sendo a psicanálise uma ética do bem, seria ela uma ética do mal? Assim ele responde:

... a partir do momento em que postulamos um para além da linha, identificando com a pulsão de morte... A vontade de destruição que caracteriza a pulsão de morte é o que põe em causa tudo o que existe, o que impede a cristalização das formas constitutivas, o que possibilita novos começos... Ordem e caos co-habitam no campo psicanalítico (no campo humano, acrescento). Isto significa que a pulsão de morte se faz presente não apenas do lado do paciente, mas também do lado do analista... como um confronto, um combate (p.278).

Desse modo, a Ética em Psicanálise propõe ao analista acolher, mas em nenhum momento responder à demanda que lhe é encaminhada pelo analisando. “A psicanálise implica renúncia à sugestão, em favor de uma intervenção ativa, com o objetivo de fazer o paciente encontrar o que é próprio do seu desejo. É conduzir o paciente ao seu saber inconsciente” (p.3).

Assim, Mello Filho (2003) diz que é principalmente em Freud que Lacan se baseia para definir a ética da psicanálise, e finaliza afirmando que segundo Roza, o livro de Freud “Totem e Tabu” é acima de tudo, um livro da ética.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi realizado na rede pública, tendo como fundamentação teórica a psicanálise com ênfase em atendimento no ambulatório, busca capacitar adequadamente o psicólogo para atuar como um profissional de saúde, em comunidades, instituições de saúde e rede social.

Os atendimentos tiveram início no mês de março até dezembro de 2011. As sessões aconteceram durante uma vez por semana com a duração de cinquenta minutos para cada paciente.

## **DISCUSSÃO E POSSÍVEIS RESULTADOS**

Serão apresentados a seguir três casos e, para preservar os analisandos, serão utilizados nomes fictícios na discussão dos casos.

Caso 1: Maria – 34 anos

A analisanda Maria chegou à primeira sessão encaminhada por um médico e apresentando distúrbios físicos (dores nos braços, nos ombros e nas pernas) sem que houvesse causas orgânicas para eles.

As observações feitas serão a partir de oito sessões frequentadas pela analisanda. Maria apresenta uma estrutura clínica neurótica e tem como tipo clínico a histeria, e trás um traço estrutural da histeria que é um eu insatisfeito.

Maria namorou um rapaz durante dezessete anos e dessa relação tiveram um filho. Durante esse tempo ele nunca falou em casamento, embora esse fosse o seu desejo que permanecia oculto. Durante o namoro ela sofreu traições e maus tratos por parte do namorado, e esclarece que esses maus tratos não se tratavam de agressões físicas, mas de descaso (insatisfação). Conseguiu dar um fim na relação há mais ou menos um ano, e soube que ele se casará com a nova namorada, com apenas poucos meses de namoro. Nesse processo apareceram as dores físicas, estas sendo manifestações corporais de problemas psíquicos.

É importante fazer a interpretação desse caso, como diz Freud, para desvelar os conflitos provenientes do passado. Assim, a angústia de Maria hoje é proveniente do sofrimento da relação que teve no passado.

A analisanda traz um grande medo de se relacionar com outros homens, e afirma que não sabe de onde vêm esses medos, a partir daí Maria foi implicada no que se refere a esse assunto. Foi na quarta sessão que ela fez a retificação subjetiva, como afirma Freud, este se resume em perguntar a sua analisanda qual a sua participação na desordem da qual ela se queixa. Maria subjetivou quando percebeu que esses medos vinham como diz ela, de sua relação passada, e que ela permitiu tudo isso, que ela teve sua parcela de responsabilidade quando não deu um basta por medo de não encontrar outra pessoa para se relacionar.

Maria vivia cheia de medos: medo de perder os pais, o filho, de não conseguir um namorado, que quando encontrasse um namorado este não gostasse do seu filho, ou que seu filho não gostasse do seu namorado, entre outros. Assim, pode-se afirmar que Maria possui um eu-insatisfeito, pois 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. Com isso, 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.

Durante essa relação duradoura, Maria se calou e viveu passivamente, guardando para si as suas angústias, os seus desejos. Assim, é o que Freud vem nos esclarecer quando fala sobre o esmaecimento de uma lembrança ou a perda de seu afeto, ambos dependem de vários fatores. O mais importante é se houve uma reação energética ao fato de provocar um afeto. O termo reação compreende toda a classe de reflexos voluntários e involuntários, que vão das lágrimas aos atos de vingança, nos quais os afetos são descarregados. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece como resultado. Quando a reação é reprimida, no caso de Maria, o afeto permanece vinculado à lembrança. Assim, uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita.

Na quinta sessão, Maria fez outra retificação, ao ser questionada sobre se essa relação só a trouxe coisas ruins, ela disse que não, que a única coisa boa foi seu filho. Maria conseguiu perceber que dessa relação ela teve um lucro, que foi seu filho.

Na sexta sessão, a analisanda diz que se envolveu com um rapaz e está disposta a tentar, mesmo com os medos que na maioria das vezes insiste em persistir. A analisanda é implicada a perceber o quanto ela vive trazendo seu passado para o presente, ela diz que sim e nesse momento chora. Já na oitava sessão Maria fala sobre sua nova relação que não deu certo, porém sente-se bem e diz que pretende esperar até a decisão dele, mas consegue perceber as conseqüências que isso trará caso não dê certo.

### Caso 2: Ana – 78 anos

A filha de Ana marcou um psicólogo para atender sua mãe, embora não pôde acompanhá-la nas sessões por causa do trabalho, mas pediu que uma prima a acompanhasse. As observações feitas serão a partir de duas sessões freqüentadas pela analisanda. Mesmo tendo frequentado apenas duas sessões, pode-se supor que tem uma estrutura clínica neurótica com o tipo clínico histérico.

A analisanda na primeira sessão disse que estava sentindo muito medo e que tinha uma tristeza muito grande. Quando a analista pergunta de onde vinha esse medo e essa tristeza, ela disse muito diretamente sem titubear que vinha do seu passado. Ao ser questionada se ela queria falar sobre esse passado Ana fez imediatamente um sinal negativo com a cabeça depois respondeu verbalmente que não. A analista após explicar o que era um atendimento psicológico, principalmente sobre a ética do profissional, ela então começa a falar desse passado. Ana é muito direta e clara no seu discurso, a partir desse esclarecimento, Ana fez associação livre. Disse que veio de uma família pobre e de muitos irmãos, morava em outro estado, sua mãe iria mandar sua irmã para passar um tempo com uma tia, como sua irmã não quis e ela por gostar de viajar e passear se ofereceu para ir no lugar. Contou então que sua tia e o esposo não tinham filhos, então sua tia a tratava como uma filha, mas seu esposo abusou dela. Ela tinha por volta dos 13-14 anos, afirmou que não teve penetração, mas era tocada nos seios e partes íntimas. Sente-se muito culpada por não ter contado a tia na época, ao ser questionada o porquê de não ter contado, ela disse que não queria voltar para a casa dos pais e tinha medo dos familiares não acreditarem. Durante todo esse tempo Ana sofreu e culpou-se. Casou-se com um homem que não amava, é católica e diz ter se confessado várias vezes para dissipar a culpa mas tudo é em vão.

Essa vivência de Ana foi uma experiência traumática onde o seu estado emocional e toda a sua vida ficou severamente marcado.

Para Freud (1923~1925), o complexo de Édipo mostra sua importância como o fenômeno central do período sexual da primeira infância, logo depois desse período, é realizado a sua

dissolução, dando lugar a regressão e logo em seguida entra no período de latência. É na adolescência que o conflito edípico é revivido. Nicolau (s.d) explica:

A adolescência é reconhecida como uma fase onde irá ocorrer a revivência inconsciente das fantasias edípicas. Os conflitos na adolescência refletem a modificação, sobretudo econômica, das pulsões e a tentativa de colocá-las em harmonia com o ego, o superego e a condição somática da puberdade. Nesta fase, o indivíduo deve renunciar aos objetivos sexuais direcionados aos seus primeiros objetos amorosos, pois, assim, reafirma o interdito do incesto e se sente 'livre' para exercer a sua sexualidade genital a partir das escolhas que fará, de acordo com a construção de sua identidade sexual. É a partir dessa renúncia, e conseqüentemente, do investimento em novos objetos, que surgirá no sujeito transformações produzindo mudanças que levam a uma instabilidade da imagem corporal e de identidade, que até então eram desconhecidas.

O abuso sexual é grave e torna-se mais grave quando acontece nessa fase, onde “o conflito edípico é revivido e onde o medo do incesto está mais forte do que anteriormente, agora que o sujeito tem seu aparato biológico maduro que possibilita a realização de qualquer desejo sexual” (Nicolau, s.d.).

Nicolau apud Freud (s.d.), diz que o trauma acontece em dois tempos: no primeiro, a criança vive a sedução de maneira passiva, sem significá-la sexualmente, é o chamado tempo pré-sexual; já no segundo tempo, algum fato atual desperta essa recordação que a partir da maturidade sexual, pode ser significada originando o caráter traumático da vivência. Assim, o ego é penetrado pelas representações do primeiro tempo do trauma, ficando sem possibilidades de se defender pelos meios normais, sendo invadido de tensão e desprazer, construindo o trauma da recordação. Foi o que aconteceu com a analisanda, mesmo em poucas sessões, percebe-se o quanto esse acontecimento (o abuso) a deixou traumatizada por toda a vida, a cada recordação, um sofrimento e uma auto-punição quando diz por diversas vezes que se sente culpada. Mas Freud explica que uma criança não tem nenhuma culpa em um acontecimento como esse, pois a criança precisa ser protegida, nesse caso, seu tio tinha o dever de zelar por ela, uma vez que ela estava aos cuidados dos tios. Ana consegue perceber que ela era uma criança, e que ele enquanto um homem maduro, como ela mesma diz, deveria cuidar dela e não se aproveitar, porém a culpa ainda fala mais alto dentro dela. Era preciso perceber que esse tio acima de tudo era um pedófilo.

Como foi dito, a analisanda só frequentou a duas sessões, e já na primeira ela fez a histerização do discurso quando diz que a causa do seu sofrimento atual é originado do abuso que sofreu quando criança. Em nenhum momento ela esquece nem mascara sua situação, pelo contrário, ela fala claramente e abertamente tudo o que lhe aconteceu. Contudo, seria um ganho positivo para a analisanda continuar vindo às sessões, como Freud explica no texto “Recordar, Repetir e Elaborar”:

O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas. Acha-se assim preparado o caminho, desde o início, para uma reconciliação com o material reprimido que se está expressando em seus sintomas, enquanto, ao mesmo tempo, acha-se lugar para uma certa tolerância quanto ao estado de enfermidade. Se esta nova atitude em relação à doença intensifica os conflitos e põe em evidência sintomas que até então haviam permanecidos vagos, podemos facilmente consolar o paciente mostrando-lhe que se trata apenas de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora do alcance (p.168).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÁN, M. (1964). *O avesso do avesso: Feminilidade e novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERNARDES, A.C. *Tratar o impossível: A função da fala na psicanálise*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

BIRMAN, J. (1946). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

COTTET, S. *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1982.

DINIZ, R.C. *Memórias reveladas*. Centro de Investigação da Cidadania e Filosofia. São Paulo: Biblioteca 24 horas Ed., 1ª edição Julho 2009.

FELDSTEIN, R; FINK, B; JAANUS, M. (orgs.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1997.

FIGERMANN, D; DIAS, M.M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FIGUEIREDO, A.C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. (1893~1899). *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. III. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1900~1901). *A Interpretação dos Sonhos (II) e Sobre os Sonhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. V. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1901~1905). *Um caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1911~1913). *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1914~1916). *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1915~1916). *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III)*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1920~1922). *Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1923~1925). *O Ego e o Id e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1925~1926). *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XX. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_ (1927~1931). *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

GOLDER, E.M. *Clínica da primeira entrevista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

JORGE, M.A.C. *Sexo e discurso em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

KEHL, M.R. *Sobre Ética e Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, J. *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

LAURENT, E. *Versões da Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

MEIRA, Y.M. *As Estruturas Clínicas e a Criança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

MILLER, J-A. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

NASIO, J.D. *5 Lições a Teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

NASIO, J.D. *A histeria: teoria clínica e psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

NASIO, J.D. *O Olhar em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

NASIO, J.D. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

NASIO, J.D. *Um psicanalista no divã*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

NICOLAU, A.B. *Abuso sexual na adolescência. Discussões teóricas e possibilidades terapêuticas*. Recuperado em 18 de novembro de 2011, de <http://www.rubedo.psc.br/artigosb/abusosex.htm>.

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*. Revisão de literatura 2008.

PETRI, R. *Psicanálise e educação no tratamento da psicose infantil. Quatro experiências institucionais*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2003.

QUINET, A. (1951). *A descoberta do inconsciente. Do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

QUINET, A. (1951). *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

QUINET, A.(1951). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

ROTH. M.S. *Freud: conflito e cultura: ensaios sobre sua vida, obra e legado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

ROUDINESCO, E. *A parte obscura de nós mesmos. Uma história dos perversos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

SANTIAGO, A.L. *A Inibição Intelectual na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

SIQUEIRA, A.J. *Palavra, Silêncio e Escuta. Textos psicanalíticos*. Recife: Editora Universitária de UFPE, 2007.

STERIAN, A. *Esquizofrenia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SZPACENKOPF, M.I.O. *O olhar do poder: a montagem branca e a violência no espetáculo telejornal*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.