



**Instituto on-line**

ANO O – Número O – agosto de 2003 – Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

## **Psicanálise e Saúde Mental**

**:: Índice**

### **Editorial:**

"O Instituto e a Orientação Lacaniana" - Antônio Beneti

### **Ensaio:**

"A psicanálise aplicada ao campo da Saúde Mental"- Francisco Paes Barreto

### **Contribuições:**

" Um matema para a supervisão" – Lázaro Elias Rosa

### **Seção Clínica:**

"Considerações iniciais sobre Psicose e debilidade"- Henri Kaufmanner

"Duas referências de Lacan"- Cristina Drummond

"A toxicomania não designa uma estrutura"- Lilany Vieira Pacheco

"O que é a saúde para o sexo?" – Celso Rennó Lima

### **Aula Inaugural :**

"A disponibilidade do analista" – Sérgio Mattos

### **Ficha Catalográfica:**



### **Ilustrações:**

**(Figura 1)** Gravura copiada de um baixo relevo mostrando um método de guardar rolos na Roma antiga. Observem-se as etiquetas penduradas nas pontas dos rolos.

**(Figura 2)** O vendedor de livretos, uma livraria ambulante do século XVI

### **O Instituto e a Orientação Lacaniana**

O Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais é um dos Institutos brasileiros vinculados ao Institut du Champ Freudien (Paris-FR) com função de transmissão da psicanálise, na orientação lacaniana, sob a forma de Cursos de Formação, Núcleos de Investigação e Pesquisa em Psicanálise (nos campos da psicose, toxicomanias, medicina e trabalhos com crianças), Jornadas, Publicações e, agora, através de sua Home Page.

O Instituto é “parceiro-agulhão” da Escola Brasileira de Psicanálise – Campo Freudiano que, em vários momentos, embora instituições independentes estatutariamente, trabalham conjuntamente em publicações e outras promoções de transmissão da psicanálise, desde que atravessadas e sustentadas pela mesma orientação: a **Orientação Lacaniana** sustentada e transmitida por Jacques Alain Miller.

Em um percurso de trabalho que já conta com 6 anos, com uma transmissão rigorosa do primeiro ensino de Lacan, o Instituto inicia agora uma nova etapa com a transmissão do seu último ensino através do Curso de Formação (principalmente) com sua nova programação e, dos Núcleos de Investigação. Proposta ousada, mas, como é do feitio do Instituto, certamente será sustentada, com o entusiasmo e rigor de sempre, pelo seu corpo docente e professores convidados, em sua maioria composto de Membros da Escola.

A Home Page inaugurada neste agosto de 2003, mais além de um veículo de comunicação dos trabalhos realizados no âmbito do Instituto, poderia produzir também efeitos de transmissão da psicanálise e, se constituir enquanto um espaço de interlocução com a cidade através daqueles que militam nos vários outros campos da cultura e que desejem uma aproximação com o saber psicanalítico.

Periodicamente o material contido aí sofrerá modificações ou acréscimos com textos novos, anúncios de novas atividades do Instituto ou do Campo freudiano.

Enfim, entremos na Home por onde desejarmos.

É só clicar!

**Antônio Beneti**  
**Diretor Geral do IPSM-MG**

## **A PSICANÁLISE APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL** **(Uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições)**

**Francisco Paes Barreto**

Durante os últimos três anos tive a oportunidade de exercer a função de supervisor clínico em vários serviços públicos de saúde mental de Belo Horizonte. No Instituto Raul Soares, através de convênio com o Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. No CERSAM (obs.: CERSAM ° NAPS, CAPS) e nos Centros de Saúde da região Noroeste. No NAPSEMG Casa Verde. No CERSAM e nos Centros de Saúde da região Barreiro. Na Coordenadoria de Psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG. No CERSAM da região Leste.

Nas diversas oportunidades tenho utilizado o mesmo método. Reuniões com a equipe de saúde mental, em que um caso clínico é apresentado, por escrito, pelo profissional responsável. Logo após, o comentário do supervisor, que visa aos seguintes aspectos: diagnóstico estrutural, cálculo da clínica e direção do tratamento. No terceiro momento, uma discussão coordenada pelo supervisor.

As discussões clínicas com freqüência levantam dúvidas. Às vezes, em relação ao diagnóstico ou à direção do tratamento. Uma apresentação de paciente pode ser realizada, então, pelo supervisor clínico. Outras vezes, as dúvidas suscitadas conduzem à uma exposição teórica de determinado tema. Tanto a apresentação de paciente como a exposição teórica, no entanto, são atividades eventuais, que pontuam certos aspectos. A atividade básica é a apresentação e discussão de casos clínicos.

O presente escrito tem por motivação a minha experiência como supervisor clínico nesses três anos. É uma tentativa de formalizar o trabalho realizado, delineando, ao mesmo tempo, uma possibilidade de aplicação da psicanálise ao campo da saúde mental, mais precisamente, aos tratamentos realizados nos serviços públicos. Antes de situá-la, porém, devo considerar, primeiro, o campo onde se faz a aplicação, campo este onde prevalece, como se verá, o que estou aqui chamando de Tratamento de Normalização Psicossocial.

**Primeira parte:**  
**O Tratamento de Normalização Psicossocial**

**Saúde mental: ordem pública**

Em sua Conferência sobre Saúde Mental e Ordem Pública, Jacques-Alain Miller afirma, de forma provocadora, que "a saúde mental não tem outra definição que a da ordem pública".

Pouco adiante, no mesmo tom, acrescenta: “E, com efeito, parece-me que não há critério mais evidente da perda da saúde mental que aquele manifestado na perturbação dessa ordem.” Comenta, ainda, que os pacientes da saúde mental são selecionados a partir de uma perturbação assim caracterizada, que pode incluir a ordem supostamente privada da família. Logo depois, no mesmo texto, Miller corrige a sua definição: há perturbações das quais se incumbe a saúde mental e outras que concernem à polícia ou à justiça. O critério operativo é a responsabilidade: se o perturbador é responsável, deve ser castigado; se é irresponsável, deve ser curado. “A melhor definição de um homem em boa saúde mental é que se pode castigá-lo por seus atos”.(1)

Em poucas palavras: Miller correlaciona saúde mental com ordem pública e perda da saúde mental com a sua perturbação irresponsável. Nesse contexto, o trabalhador da saúde mental é um agente da ordem pública e o tratamento uma medida que visa ao seu restabelecimento.

### **Psiquiatria: discurso da moralidade**

As palavras de Miller, referidas a aspectos contemporâneos, fazem ressoar, fazem reverberar palavras de Foucault, quando ele descreve a exclusão que se verificou, há vários séculos, nos hospitais gerais.

“Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os indivíduos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’”(2).

Dentre tais estabelecimentos para internação destacavam-se Bicêtre e a Salpêtrière, situadas em Paris; a eles se dirige, no final do séc. XVIII, Pinel, para humanizá-las e para aplicar, nas “cabeças alienadas”, o recém criado método clínico da medicina, fundando assim a psiquiatria.

Reconsideremos Pinel. Político (um dos líderes da Revolução Francesa), filósofo (discípulo do enciclopedista Condillac), teórico da medicina (o principal artífice do método clínico), este personagem instigador fundou a psiquiatria construindo-lhe um arcabouço doutrinário coerente. Lidando com sujeitos previamente selecionados pela moral social, procurou priorizar, na etiologia das doenças mentais, as causas morais. E, se a natureza da doença determina a natureza do tratamento, como se postulava, coube-lhe assinalar com a devida ênfase, para as alienações mentais, o tratamento moral.(3)

O ato fundador de Pinel deixou marcas verdadeiramente cruciais. Pretendo aqui destacar duas delas, reconhecidas por Foucault. Primeira: a loucura é uma doença. Com efeito, depois de Pinel, adotou-se para a loucura o estatuto de doença mental. Segunda (menos considerada, porém, mais importante): a loucura é um erro. Um erro, no sentido moral. Assim sendo, as concepções de Pinel não eram nem físicas nem psicológicas: eram ambas ao mesmo tempo —a distinção cartesiana da extensão e do pensamento não prevaleceu nesse caso. Técnicas inspiradas na fisiologia da época foram retomadas por ele e seus discípulos num contexto puramente repressivo e moral. A ducha gelada na cabeça durante um diálogo para confessar que a crença é apenas um delírio; a máquina rotatória para que um pensamento demasiadamente fixo reencontrasse seus circuitos naturais. O essencial não é a “medicalização”: é a confusão, num mesmo discurso, de controle moral e intervenção

médica. (4)

A ênfase sobre os fatores morais na etiologia e na terapêutica será reassegurada por Esquirol. E encontrará, na tristemente célebre teoria da degenerescência, de Morel, que supunha as doenças mentais com causas morais que se transmitiam por hereditariedade genética, sua expressão mais extremada e menos fundamentada, mas que, mesmo assim, dominará a psiquiatria por quase um século. A importância desse período pode ser expressa, pelo menos em parte, pela seguinte fórmula: o tratamento moral tornou-se o núcleo fundamental da terapêutica psiquiátrica. (5)

### **O normal e o patológico na medicina**

O que aconteceu desde os tempos de antanho até os dias de hoje?

Situarei, inicialmente, a medicina. Embora seja prática social multimilenar, somente a partir do século XVIII a medicina introduziu-se no método científico, com o nascimento da Clínica, estruturada como método (a análise, apropriada do filósofo Condillac), experiência (que privilegia o olhar) e linguagem (que privilegia os signos). Pinel foi o principal artífice do método clínico, e Bichat enraizou a clínica na anatomia patológica, estabelecendo o método anátomo-clínico. (6) E somente no século XX foi possível falar de uma prática médica com bases científicas. O divisor de águas foram os trabalhos de Cannon sobre homeostasia e de Claude Bernard sobre as constantes do meio interno, que permitiram estabelecer em termos biológicos, ou, mais precisamente, fisiológicos, aquilo que a clínica havia definido como normal e patológico. Cito Canguilhem.

“Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos normatividade biológica.” (7)

Para o autor, não é absurdo considerar o estado patológico como normal, mas esse normal não é idêntico ao normal fisiológico, pois trata-se de normas diferentes: o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver. E a cura é a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas; curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas. A norma não pode ser reduzida a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. (8i)

O que dizer, agora da medicina contemporânea? O avanço científico e tecnológico é tal que os métodos diagnósticos realizam uma dissecação virtual in vivo, ou apresentam os valores da normalidade orgânica por meios rápidos e precisos. Estabelece-se uma relação direta entre, de um lado, o examinador e, de outro, o substrato anatômico ou anátomo-patológico e os índices fisiológicos ou fisiopatológicos, situação que, aparentemente, dispensa a mediação da clínica. Fala-se, inclusive, no fim da clínica. Evidentemente, não se trata disso. O que há é que, mais do que nunca, presentifica-se o que Lacan denominou falha epistemossomática, que é o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Dizendo, em poucas palavras, em que consiste esta falha: é a que se verifica entre o corpo considerado como um sistema homeostático, em sua pura presença animal —corpo-máquina estabelecido pela ciência médica— e o organismo desejante e gozoso. (9)

### **O normal e o patológico na psiquiatria**

Se a medicina conseguiu ancorar a clínica na anatomia patológica e estabelecer o normal e o patológico em bases fisiológicas, com a psiquiatria não se deu nem uma coisa nem a outra. A introdução da psiquiatria no método anátomo-clínico, iniciada por Bayle com a paralisia geral (1822)(10) , ficou restrita aos casos de demência, de deficiência mental e às psicoses orgânicas e sintomáticas. Na grande maioria dos casos, prevaleceu o método clínico. Quanto às bases fisiológicas para o normal e o patológico, mesmo com o avanço das neurociências tal possibilidade não desponta sequer no horizonte. Nem a mais grave das doenças mentais, a esquizofrenia, pode ser caracterizada em termos biológicos.

Se não é na anatomia, se não é na fisiologia, onde é que a psiquiatria vai se fundar para definir o normal e o patológico? Não há outra resposta: a norma de que se trata é a norma social ou cultural. Um tratado de psiquiatria muito utilizado em nosso meio apresenta a questão de modo muito claro. Tarei algumas de suas passagens.

“No conceito de norma devemos distinguir um conteúdo e uma forma-função. O conteúdo da norma, equiparável ao termo médio, tem uma base estatística e, como assinala a doutrina do relativismo cultural, não constitui um estado absoluto, nem tem um fundamento ontológico, mas está subordinado ao tempo histórico, ao lugar e às peculiaridades de uma cultura. Uma norma estável de validade geral não existe. Mas o conteúdo da norma está condicionado fenomenologicamente pela existência da norma como função. A função da norma existe em todo tempo e lugar. Transcende, pois, ao relativismo.”

Mais adiante, o autor estabelece a correlação: “Em virtude do exercício da faculdade de tipificação, todos nós co-participamos do mesmo mundo. O mundo normal é um mundo tipificado. O mundo do doente psíquico se distingue fundamentalmente do normal não por seu conteúdo, mas por sua forma. Podemos descrever a patologia da tipificação como o mórbido.”

Para, pouco depois, concluir: “Eis aqui minha definição predileta de psiquiatria: ‘A psiquiatria é o ramo humanista por excelência da medicina que trata do estudo, da prevenção e do tratamento dos modos psíquicos de adoecer’. A idéia do modo psíquico de adoecer, segundo acabo de expor, se funda na perda involuntária da faculdade normativa.”(11)

Podemos, a partir das citações, relacionar saúde mental com norma cultural, doença mental com perda involuntária da faculdade normativa e tratamento psiquiátrico com meio utilizado para o seu restabelecimento. A restitutio ad integrum, tão cara à medicina, na psiquiatria tornou-se, assim, restituição dessa normalidade.

## **O DSM-IV e a CID-10**

A questão do normal e do patológico na psiquiatria pode ser abordada a partir das classificações das doenças mentais. Quanto a isso, tivemos três grandes momentos, distanciados aproximadamente um século um do outro. O primeiro foi constituído pela nosologia pinel-esquiroliana, no início do século XIX; era uma classificação eminentemente sindrômica. O segundo grande momento foi a nosologia kraepeliniana, no final do século XIX e início do XX; privilegiava as entidades mórbidas, consideradas como as verdadeiras doenças mentais. O terceiro momento, no final do século XX e início do XXI, é quando assistimos à universalização dos diagnósticos dos transtornos mentais e comportamentais, catalogados no DSM (IV) e na sua correlata e subsidiária, a CID (10).

Comentamos, há pouco, a estrita relação que os psiquiatras clássicos estabeleciam entre doença mental e degradação moral. Como se situa, frente a isso, a psiquiatria contemporânea, que se autoproclama científica e ancorada no progresso das neurociências?

Uma primeira constatação nos mostra que foram exorcizadas as referências ao papel da moral social. Mas, na verdade, existe aqui uma contradição fundamental. Ao mesmo tempo em que postula uma determinação biológica, em última análise, genética, tal psiquiatria concebe o patológico de diferentes maneiras, mas sempre em contraposição à norma social ou cultural. Basta perfilarmos os transtornos relacionados no DSM (IV) ou na CID (10) para verificarmos que nenhuma base biológica sustenta tais classificações.

Darei dois exemplos que considero elucidativos. Há alguns anos o homossexualismo estava incluído do DSM como transtorno mental, enquanto que o tabagismo não estava incluído. Atualmente, ocorre o contrário: o homossexualismo foi excluído e o tabagismo incluído. O que determinou a mudança? Algum progresso científico? Nada disso. Apenas isto: o homossexualismo está mais aceito e o tabagismo menos aceito pela moralidade social contemporânea.

Dissemos, há pouco, que a psiquiatria exorcizou de sua terminologia as referências à moral. Mas, se considerarmos que a moral são os costumes, as regras de conduta admitidas numa época, numa sociedade determinada, (12) poderemos estabelecer estrita correlação dela com a norma social ou cultural. E concluir que a psiquiatria mudou muito menos do que aparenta e é muito mais moralista do que admite.

### **A nova concepção de Saúde Mental**

O Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001, da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde, tem o seguinte título: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança(13). O novo modelo, ou seja, a nova concepção e a nova esperança, é todo ele baseado nos transtornos catalogados pela CID-10. O que se procura é certa ordem na casa a partir dessa referência.

Ora, o campo da saúde mental é o resultado de uma reorganização do campo da psiquiatria. Entraram em cena outros saberes, outros profissionais, outros serviços. A saúde mental, portanto, é a herdeira, é a sucessora do campo da psiquiatria, psiquiatria que, por sua vez, enquanto disciplina, é hoje uma parte importante, mas, apenas uma parte do campo da saúde mental. Talvez a importância maior da psiquiatria para a saúde mental seja esta: fornecer a descrição e a classificação dos transtornos mentais e comportamentais. E isto é muito. É definir o que deve ser tratado. E mais: a que objetivo o tratamento deve visar.

Se retomarmos agora a definição de Miller: "a saúde mental não tem outra definição que a da ordem pública", podemos concluir que, da psiquiatria à saúde mental, mudaram-se os meios, mas continuam essencialmente iguais as concepções de normal e de patológico, bem como a direção do tratamento.

### **A direção do tratamento**

Procurarei, agora, definir em termos mais precisos qual é a direção do tratamento. Para tanto, tomarei para exame as pesquisas realizadas nos ensaios clínicos da psiquiatria biológica. Poderia ser objetado que a situação de pesquisa é diferente da situação clínica propriamente dita. Mas, sem dúvida, os resultados das pesquisas influenciam a clínica; por outro lado, é importante explicitar ao que visam as condições estabelecidas nessas pesquisas.

Os ensaios clínicos da psiquiatria biológica são pesquisas onde se afirma proceder com rigor, inclusive com rigor científico. Suponhamos que se trata de um ensaio para avaliar a eficácia

e os efeitos colaterais de um novo antidepressivo. Um trabalho mais abalizado deve incluir três grupos de controle: (1) o primeiro, com pacientes que irão receber o novo antidepressivo; (2) o segundo, com pacientes que irão receber um antidepressivo já bem estudado e (3) o terceiro, com pacientes que irão receber um placebo. Para maximizar a probabilidade de que os grupos sejam comparáveis, processa-se a randomização, que consiste na localização fortuita, aleatória, dos pacientes deprimidos nos diversos grupos. Além disso, aplica-se o método do duplo-cego (double-blind): ninguém, nem os pacientes, nem o responsável pelo procedimento de localização, nem os pesquisadores encarregados do recolhimento dos resultados sabem em qual grupo cada sujeito foi incluído. As pílulas, na sua aparência, são iguais. Somente um outro pesquisador que controla os trabalhos sabe quem está tomando o quê.

Os resultados de um ensaio clínico têm base estatística. E o critério de melhora é este: redução ou supressão dos sintomas. Para que seja possível tal avaliação, os sintomas devem ser quantificados pormenorizadamente. Entram em cena as escalas de avaliação; por exemplo, a Escala de Hamilton para Depressão. Os pacientes, antes de serem distribuídos entre os grupos, devem ser avaliados pela Escala. Após a randomização, os comprimidos são administrados por tempo considerado satisfatório e, nesse período, as outras medidas terapêuticas são padronizadas. Durante e ao final do ensaio, realizam-se novas avaliações pela mesma Escala. Além da verificação dos sintomas, são realizados exames complementares e questionários sobre os efeitos colaterais. No final, os resultados são submetidos a análise estatística, para o estudo da evolução comparada dos grupos.

O que está sendo medido, portanto, é a eficácia, entendida como redução ou eliminação dos sintomas, e os efeitos colaterais de um novo antidepressivo, comparado a um antidepressivo já bem conhecido e a um placebo. O placebo é uma substância quimicamente inerte ou inócua. Tenta-se, com ele, isolar a bem documentada tendência dos indivíduos a dar resposta favorável a qualquer terapia, sem considerar a eficácia fisiológica da que eles recebem.

Qualquer que seja o resultado de um ensaio clínico, ele deixa fixado um ideal de eficácia: o de eliminar todos os sintomas sem causar nenhum efeito colateral.

### **A exclusão do sujeito**

No exemplo de ensaio clínico que eu trouxe, o que é que se pretende tratar? Sem dúvida, o ponto de partida é a idéia de depressão como transtorno mental ou doença. Este é o significativo que determina os três grupos. Estar deprimido é o critério de inclusão de cada paciente. Pode haver variação quanto ao número ou à intensidade dos sintomas, mas todos os incluídos são deprimidos. É a depressão que está sendo tratada. São descartadas, no cômputo final, as particularidades que diferenciam cada caso do outro. É cada um, como deprimido, que interessa e, quanto a isso, há uma identificação de todos os pacientes.

O método duplo-cego, por sua vez, pretende ser, tanto em relação aos pacientes como em relação aos pesquisadores, um recurso a mais para a exclusão da subjetividade, tratada como interferência ou fator perturbador. O cuidado com que o objetivo é perseguido é tal que sugere para o duplo cego um melhor nome, ou seja, duplo-surdo. O desconhecimento da subjetividade tem por correlato o desconhecimento da transferência. O que não impede, obviamente, que esta continue existindo e produzindo efeitos. Uma das expressões da transferência é o chamado efeito placebo. Nos ensaios clínicos, um grupo de controle é constituído exclusivamente na tentativa de exorcizá-lo.

Outro aspecto importante a ser examinado é o ideal de eficácia. O antidepressivo ideal seria

aquele que abolisse todos os sintomas sem causar efeitos colaterais. Evolução caracterizada por uma negativização: no dia em que fosse descoberto teríamos, no fim da pesquisa, um grande vazio, um vazio de sintomas, que iria desfazer a identificação dos pacientes entre si: eles deixariam de ser deprimidos. Simultaneamente, porém, uma nova identificação se construiria: com os indivíduos normais, o que resultaria, assim, numa plena adaptação social. Confirmando a direção que acabo de apontar, convém ressaltar que muitos ensaios clínicos, além da escala de avaliação para medir a depressão, já utiliza outra escala de avaliação, para medir a adaptação social (EAS).(14)

Da depressão à adaptação social, o grande excluído é o sujeito e sua subjetividade.

### **A psicoterapia**

Por quê tanta ênfase na abolição do sintoma?

Embora não considere transtorno um termo exato, a CID-10 prefere usá-lo, de forma a evitar problemas ainda maiores que, segundo ela, estariam inerentes a termos tais como doença ou enfermidade. Transtorno é empregado “para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido”.(15)

A definição focaliza o sofrimento e a disfunção pessoal. Mas, há outro aspecto do sintoma que é verdadeiramente essencial, e que é bem assinalado pela formalização de Colette Soler: “O sintoma é precisamente o que faz com que cada um não consiga fazer absolutamente o que está prescrito pelo discurso de seu tempo”.(16) O sintoma é aquilo que torna impossível a cada um caminhar pelas vias comuns. Uma fobia pode impedir de viajar de avião ou de entrar no elevador de um edifício. Uma impotência sexual pode frustrar um encontro amoroso. Uma gagueira pode inviabilizar uma pretensão de ser orador. Uma inibição social pode limitar oportunidades de relacionamento. Uma depressão pode prejudicar uma jornada de trabalho. E assim por diante.

É importante salientar, destarte, os dois aspectos: (1) que o sintoma está associado a sofrimento e indica que algo no sujeito não está funcionando, que algo vai mal; (2) que o sintoma afasta o sujeito do que está preconizado pelo discurso de seu tempo, ou seja, afasta-o da norma social.

A abolição do sintoma, sendo assim, além de alívio e reabilitação funcional do sujeito, está a serviço da restituição da normalidade, da conformidade e da adaptação sociais.

Ora, se antes havia sido feita a aproximação do tratamento psiquiátrico e do tratamento da saúde mental, agora é a vez de aproximar, de ambos, a psicoterapia. Quanto a isso, não há dúvida: nos três casos temos os mesmos objetivos, quer dizer, a abolição do sintoma e a normalidade social. A diferença é que a psicoterapia, para alcançar os seus fins, privilegia a palavra; a psiquiatria, além da palavra, lança mão de meios químicos e/ou físicos; e a saúde mental, mais abrangente, inclui o trabalho com as famílias, a organização dos serviços e a política de saúde.

### **A reabilitação psicossocial**

Pode-se acrescentar na perspectiva que estamos considerando os programas de reabilitação psicossocial. Enquanto que, por um lado, o tratamento psiquiátrico ou a psicoterapia visam à

abolição do sintoma, por outro lado a reabilitação pretende, partindo dos “pontos fortes” ou da “parte sadia” de cada indivíduo, o restabelecimento de papéis sociais normais. A tarefa é deixar para trás o estigma de “paciente” e restaurar a capacidade de viver de maneira independente. A meta da recuperação de homens e mulheres com transtornos mentais graves e persistentes se cumpre por meio de empregos, moradias, amigos e dinheiro para o dia a dia.

Existe uma tendência na reabilitação psicossocial —com presença expressiva inclusive em certos setores da reforma psiquiátrica— que propõe um tratamento que não trabalhe com o sintoma. Ou seja: propõe-se a reabilitação como uma exclusão da clínica. Um meio mais direto de tentar inserir o louco em alguma forma de troca social.

Existem aí dois aspectos a serem observados. O primeiro é a desconsideração da estrutura clínica, o incentivo a um certo não saber como fazer com o sintoma. O segundo aspecto é que reabilitar o louco seria, nesses termos, no extremo, fazer dele um não-louco.

Uma reabilitação que exclui a clínica se resume numa forma de adaptação social, quer dizer, é um modelo que produz segregação. É a prevalência da norma, o obstáculo à diferença. Como adverte Viganò, não falar com o louco, ou ficar com ele sem o discurso é uma forma de segregação, ainda que sem manicômio; é a neo-segregação.(17)

### **A lógica do todo**

Creio ter caminhado o suficiente para poder, nesse momento, concluir que o tratamento psiquiátrico, a psicoterapia, a reabilitação psicossocial, enfim, os cuidados que vêm sendo dispensados no campo hoje denominado da saúde mental, embora muito diversificados quanto aos seus meios, são muito próximos quanto a dois aspectos cruciais: o seu ponto de partida e o seu fim. O ponto de partida é o sintoma. O fim é a eliminação do sintoma e a adaptação social do indivíduo; é o que poderia ser chamado de normalização psicossocial. É possível, talvez, reuni-los sob uma única denominação: Tratamento de Normalização Psicossocial.

Mais do que aproximar cuidados à primeira vista tão distintos, tentarei avançar no sentido de demonstrar que funcionam dentro de um mesmo sistema lógico; eles operam de acordo com a lógica do todo.

Trata-se de uma lógica que na atualidade conhece grande difusão a partir do discurso da ciência. Seu aspecto essencial é a busca de leis universais que dariam fundamento aos seus procedimentos. Para elucidar, tomarei uma vez mais o exemplo da depressão. É possível estabelecer o universal no tratamento da depressão? Pode-se, pelo menos, caminhar nesse rumo.

O primeiro passo é a definição operacional de depressão. Quanto a isso, o DSM-IV e a CID-10 cumpriram a sua parte, e pretendem tê-lo feito em escala universal! Na psiquiatria clássica, os autores das escolas francesa e alemã não chegavam a um acordo entre si; havia, quase, uma classificação para cada autoridade. Hoje —nos tempos da globalização— a classificação tem apagado até mesmo as fronteiras dos continentes.

Além de definir o que é depressão, é preciso um critério para dizer quem é um deprimido. Entram em cena as escalas de avaliação, que, além, de catalogar, permitem quantificar os sintomas. Pode-se, então, formar um conjunto de deprimidos e submetê-lo a tratamento estatístico, embora isso anule ainda mais as particularidades que diferenciavam um do outro. A validação estatística é imprescindível quando se pretende alcançar o universal.

Tão importante como definir a partida é precisar a chegada: o que se almeja com o tratamento. A abordagem em termos negativos —a redução ou abolição dos sintomas— cumpre esse item, como já foi visto, e possibilita a avaliação estatística dos resultados. O ideal, nesses casos, é estabelecer uma conduta terapêutica padronizada, o que na medicina é conhecido como guideline: isso já vem sendo adotado pela psiquiatria e até mesmo pela psicoterapia.

Assim, temos: um início padronizado, um meio padronizado e um término padronizado. Não é que sejam desconsideradas as variações individuais. Elas são levadas em conta: exatamente para instruir medidas excepcionais que procuram retomar o caminho padrão.

O final do tratamento pode ser abordado, também, em termos positivos. Exemplificando: por meio das escalas de adaptação social (EAS). O que importa, no caso, é exatamente isto: a identificação com a normalidade social.

Poderia ser objetado que a lógica do todo visa à lei universal e que a norma se afasta do universal. Pondero, a tal respeito, que a norma, a regra, o padrão estão incluídos na lógica do todo e que constituem, na verdade, uma modulação do universal.

<b>TRATAMENTO DE NORMALIZAÇÃO PSICOSSOCIAL</b> <i>(Psiquiatria, psicoterapia, reabilitação, saúde mental)</i>	<b>PSICANÁLISE</b> <i>(psicanálise pura, psicanálise aplicada)</i>
Ética (igual a) Moral	Ética (diferante de) Moral
Conformidade, adaptação social	Autenticidade, singularidade do sujeito
Restituição da normalidade anterior	Mutação subjetiva
Norma	Paradigma
Validação estatística	Construção do caso clínico
Gozo socialmente modelado	Gozo próprio do sujeito
Reabilitação, no sentido ortopédico	Reabilitação, no sentido jurídico
Lógica do todo (o universal)	Lógica do não-todo (o um por um)

## **Segunda parte**

### **A Psicanálise Aplicada**

A primeira parte foi necessária para situar a proposta da psicanálise aplicada ao campo da saúde mental, aos tratamentos realizados nos serviços públicos, tema que passo a desenvolver. Questão complexa, que exige de imediato precisar alguns aspectos.

A pretensão é levar o discurso analítico ao serviço público, no campo da saúde mental. Note a importância de advertir: não se trata de psicanálise pura, mas de psicanálise aplicada. Espero que no decurso do texto a diferença seja problematizada, mesmo sabendo que temas tão amplos serão aqui apenas esboçados. Tampouco se preconiza o tratamento de todos os pacientes com o discurso analítico. Longe disso. O serviço público, como toda instituição, é, ou deveria ser, o lugar de muitos discursos. O que se procura é isto: situar o discurso analítico no serviço público como um discurso entre outros.

## **Desfazendo equívocos**

Por que razão o discurso analítico no campo da saúde mental? Muitos levantam, pelo contrário, objeções a esse propósito. Darei alguns exemplos, ao mesmo tempo em que procurarei esclarecer pontos cruciais.

Uma objeção freqüentemente levantada é que a psicanálise só teria uma função no tratamento dos extratos sócio-econômicos mais abastados. O que não é verdade. Em nosso meio, a psicanálise tem sido aplicada em serviços que atendem exclusivamente a pacientes do SUS, muitos deles em situação sócio-econômica extremamente precária.

Uma segunda objeção é que o tratamento psicanalítico seria excessivamente longo, e impróprio para os serviços públicos. Respondo lembrando que tratamentos psicanaliticamente embasados podem consistir numa única sessão.

Terceira objeção: nos serviços públicos de saúde mental são atendidos geralmente casos muito graves, e a psicanálise seria indicada para casos leves. Frente a esse argumento apresento o seguinte dado: já existe, em nosso meio (assim como em outros lugares), experiência e literatura expressiva a respeito do tratamento psicanalítico de psicóticos e de toxicômanos.

Exponho uma última objeção. O avanço da psicofarmacoterapia inviabilizaria e faria caducar a abordagem psicanalítica. Na minha avaliação, nem uma coisa nem a outra. É falsa a idéia segundo a qual o fármaco necessariamente se opõe à psicanálise, ou a que esta nada teria a dizer sobre aquele. A psicanálise tem o que dizer sobre o fármaco, que, por sua vez, em certas circunstâncias, pode viabilizar a abordagem analítica. Não está aí a diferença entre psiquiatria e psicanálise.

Tentarei, então, colocá-la em termos claros. A oposição entre psicanálise e psiquiatria é a mesma que existe entre psicanálise e o que foi nomeado Tratamento de Normalização Psicossocial. A oposição se situa na diferença radical na direção do tratamento, diferença esta que pode ser formulada em termos éticos.

## **Uma outra ética**

Afirmar que existe diferença radical na direção do tratamento quando se tem, de um lado, a psicanálise, e de outro, o Tratamento de Normalização Psicossocial (psiquiatria, psicoterapia, reabilitação, saúde mental), e que tal diferença se formula em termos éticos, é algo que exige uma digressão.

O Vocabulário da Filosofia de Lalande assim define ética:

“Ciência que tem por objeto o juízo de apreciação enquanto se aplica à distinção do bem e do mal.” (18)

E assim define moral:

“O que concerne seja aos costumes, seja às regras de conduta admitidas numa época, numa sociedade determinada.” (19)

À primeira vista, por essas definições, ética seria diferente de moral. Ocorre, porém, que o juízo de apreciação a que se refere aproxima, sistematicamente, do que é valorizado como bem, o que é definido como norma social. Como consequência, há um apagamento da

diferença entre os dois conceitos. Pode-se evidenciar o que foi dito quando se examinam outras definições dos conceitos que estamos considerando. Por exemplo, o brasileiro Houaiss assim define ética:

“Parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano, refletindo especialmente a respeito da essência das normas, valores, prescrições e exortações presentes em qualquer realidade social.”(20)

O mesmo Houaiss dá, dentre outras, a seguinte definição de moral:

“Parte da filosofia que estuda o comportamento humano à luz dos valores e prescrições que regulam a vida das sociedades. Ética.”(21)

O que faz convergir e equivaler ética e moral, destarte, é a idéia de norma, regra, ou prescrição social como bem.

Pode-se, a partir de agora, introduzir a problematização que a psicanálise traz. É necessário uma outra ética simplesmente porque a ética da psicanálise é diferente das demais. Dizendo em poucas palavras em que consiste a diferença: enquanto que a moral é da ordem da conformidade social, a ética da psicanálise é da ordem da autenticidade do sujeito. A ética da psicanálise é distinta da moral, e freqüentemente até mesmo se opõe a ela. É a busca do que é mais verdadeiro de si mesmo ou do que é mais verdadeiramente si mesmo, ou seja, sua falta a ser.

### **Clínica do sujeito**

A proposta de uma psicanálise aplicada ao campo da saúde mental poderia ser formulada como uma clínica do sujeito. De que sujeito se trata? A referência é o sujeito do inconsciente, conceito tão caro à psicanálise de orientação lacaniana. O que se procura é perseguir o ditame ético “tocar o sujeito no doente”, preocupação de Lacan em nosso meio tantas vezes evocada por Antonio Beneti.

Não se trata do sujeito do cogito, do sujeito agente, do sujeito da consciência. Lacan parte do sujeito cartesiano para subvertê-lo, levando às últimas conseqüências a revolução copernicana empreendida por Freud. Revolução que compreende dois aspectos essenciais: a subordinação do sujeito à estrutura que o determina e a sua marcação como sujeito fendido.

Quanto ao primeiro aspecto, é importante considerar que o sujeito é determinado por uma estrutura simbólica que não só lhe pré-existe como o condiciona desde antes de seu nascimento. Estrutura que põe em jogo um sistema de regras e convenções (o léxico, a sintaxe, a lógica), funcionando como código e definindo o sujeito por sua posição e não por um conteúdo interno. Antes de falar, o sujeito é falado. A fórmula “o inconsciente é o discurso do Outro” resume o que está sendo proposto; o inconsciente não é um reservatório que cada indivíduo carrega em seu interior —é um lugar que depende de uma convenção significativa e que está em relação de exterioridade com o sujeito.

O segundo aspecto considerado é o sujeito enquanto fendido, dividido. Um sujeito que não é idêntico a si mesmo. Vários são os termos que nomeiam a divisão: sujeito da consciência e sujeito do inconsciente, sujeito do enunciado e sujeito da enunciação, sujeito do significado e sujeito do significante; entre outros. Para o “eu” que fala, o sujeito do inconsciente é um “ele” e não um outro “eu”. Não são duas partes de um todo: o sujeito existe através da ruptura, ele é o lugar da ruptura, ele existe ali mesmo onde há corte.

É a partir da clínica que se apreende o que está sendo proposto. O primeiro aspecto —a determinação do sujeito pelo Outro— fica a céu aberto na clínica da psicose. Quando o sujeito se vê ameaçado ou comandado por vozes bem discernidas que o invadem desde o real, quando sente que seu corpo ou seus movimentos são controlados ou impulsionados por influências estranhas, ou quando acredita que seus pensamentos são devassados, impostos ou roubados por alguém poderoso, estamos diante de fenômenos denominados xenopáticos, incluídos por Clérambault na sua síndrome do automatismo mental. Ora, são fenômenos que desvelam a estrutura, ou seja, a determinação do sujeito pelo campo da linguagem, pelo Outro. Nesse sentido, o louco é que é normal, a xenopatia é que é a normalidade. E as questões, conforme propõe Miller, passam a ser as seguintes: “Como é possível não estar louco? Por que o sujeito chamado normal, que não está menos afetado pela palavra, que não é menos xenopata do que o psicótico, não se dá conta disso? Como podemos crer que somos os autores de nossos pensamentos?” (22) O psicótico põe às claras, portanto, o que no chamado normal está invertido. Que, antes de falar, o sujeito é falado.

O segundo aspecto —a divisão do sujeito— é formulado a partir da clínica da perversão e principalmente a partir da clínica da neurose. Um paradigma é o lapsus linguae. Um tropeço na fala que revela o hiato entre o enunciado e a enunciação, entre o dito e o dizer. O sujeito está ali, exatamente, nessa fenda.

### **A lógica do não-todo**

A ética que se identifica com a moral tem por quinta-essência a norma social e os tratamentos que estão sob sua égide buscam, influenciados pelo discurso da ciência, inserir-se no regime do todo, ou do paratodo, ou seja, estabelecer o universal, escrever-se, constituir conjunto. A ética da psicanálise situa-se numa perspectiva radicalmente diversa. Funda-se na singularidade da relação do sujeito com seu desejo e seu gozo. Quanto a isso, é possível afirmar categoricamente: cada sujeito é diferente do outro. Assim sendo, o discurso analítico se insere na lógica do não-todo, do caso a caso, onde não se pode escrever o universal ou formar conjunto.

É imprescindível dar-se conta das implicações do que foi dito. Se cada sujeito é diferente do outro, cada caso é diferente do outro, cada tratamento é diferente do outro... O que fundamenta um tratamento não é uma lei universal, mas uma construção que se faz uma a uma. Como tem sido salientado desde os tempos de Freud, não há estatística que seja possível em tais circunstâncias.

No que tange ao que estamos abordando, cabe afirmar que o sujeito não existe, da mesma forma que a mulher não existe ou que o analista não existe. Isso quer dizer que não há critério para definir o sujeito, a mulher ou o analista, não há como caracterizá-los ou fechá-los num conjunto. Como disse certa vez Lacan: “Não temos critérios, temos paisagem”. Se não há critérios para definir um analista, isso não quer dizer que não seja possível defini-lo. É possível fazê-lo um por um, como no procedimento do passe. Tal como uma paisagem. Uma paisagem tem harmonia própria; é necessariamente incompleta, à medida em que sempre se pode incluir mais um detalhe; e é sempre diferente de outra paisagem. (23)

### **Da norma ao paradigma**

A norma está, para os outros tratamentos, como o paradigma para a psicanálise. De acordo com o discurso da ciência, o que dá validação a um tratamento é a avaliação estatística, que é, também, uma forma de validação de uma teoria. Para a psicanálise, pelo contrário, a estatística não se aplica, e prevalece o paradigma. Um único caso permite estabelecer linhas

para a direção do tratamento ou teorizações de validade geral. Lacan costumava dizer que tudo o que sabemos sobre neurose obsessiva devemos à análise que Freud fez do homem dos ratos. Temos outros paradigmas: Dora, para a histeria; o pequeno Hans, para a fobia; Schreber, para a psicose; Aimée, para a paranóia; para citar alguns. A idéia de paradigma clínico não é específica da psicanálise; temos, por exemplo, o caso de Ellen West, de Binswanger, paradigmático para a analítica existencial.(24)

Como é possível fazer uma teoria a partir de um? Uma resposta para a questão é a construção do caso clínico, a partir de sua estrutura lógica. É o que verificamos nos paradigmas citados.

Cumpramos destacar a importância diametralmente oposta do diagnóstico para a psiquiatria e para a psicanálise. O diagnóstico psiquiátrico anula o sujeito. O psiquiatra, como vimos, trata a depressão e nesta designação se perdem as particularidades que distinguem os diversos deprimidos. O psicanalista, por sua vez, ainda que teorize sobre histeria, por exemplo, ao fazer esse diagnóstico está apontando para o sujeito. O diagnóstico psicanalítico é uma interpretação da relação do sujeito com a estrutura. A partir daí, o percurso de uma análise evidenciará, cada vez mais, a singularidade do sujeito, sendo que, no final, teremos a teoria do próprio caso. É o que propõe Lacan com o procedimento do passe. O depoimento do passante é uma boa história que pode ser contada, mas é também uma versão teorizada da própria análise.

### **A construção do caso clínico**

Na psicanálise, por conseguinte, a validação do tratamento se faz por meio da construção do caso clínico. Trabalho artesanal, que se realiza um por um, em que cada um é diferente do outro e em que cada caso é sempre algo inédito.

Existe, aqui, uma reconstituição da história do sujeito. É importante destacar, ainda, que a construção do caso clínico se faz tendo em vista a lógica do tratamento e a lógica do caso.

Para abordar a questão, muitos caminhos são possíveis. Tomarei como base o percurso de uma análise. Freud, numa célebre metáfora que Lacan certamente endossou, comparou a psicanálise ao jogo de xadrez. O começo e o fim são bem estabelecidos, mas o meio comporta uma série infinita de possibilidades.

Seja como for, uma psicanálise tem um começo, um meio e um fim. Numa conferência, Miller discute a questão da lógica do percurso analítico. E considera vários meios utilizados por Lacan para estruturar logicamente o tratamento psicanalítico. Mencionarei um deles: o percurso analítico pode ter a estrutura do tempo lógico.(25)

Em síntese, seria isto: o começo de uma análise como instante do olhar, o meio como tempo para compreender e o fim como momento de concluir. A instauração do sujeito suposto saber seria da ordem do instante do olhar, a construção da fantasia corresponderia ao tempo para compreender e o ato psicanalítico, com a precipitação que ele comporta, seria um momento de concluir. A entrada em análise, como instante do olhar, antecipa como poderá ser o final de análise, e este, como momento de concluir, ressignifica, retroativamente, a entrada em análise.

A estrutura do tempo lógico pode estar presente no percurso analítico, quando se trata de uma psicanálise pura, mas também na psicanálise aplicada, ou seja, na construção do caso clínico em saúde mental,(26) e até mesmo quando se considera uma única sessão. Por exemplo, o corte como momento de concluir.

## **Do sintoma ao “sinthoma”**

Assim como a psiquiatria, assim como a psicoterapia, assim como a saúde mental, a psicanálise também parte do sintoma. Mas, se o ponto de partida é comum, o ponto de chegada é diametralmente oposto.

Sim, a psicanálise parte do sintoma, do sofrimento do sintoma, que indica que algo não está funcionando, que algo vai mal. Não basta, no entanto, que se procure o alívio para o sofrimento por meio do levantamento do sintoma. A demanda analítica exige mais: implica querer tratar o sintoma não só pela vertente do sofrimento como pela vertente do enigma que ele representa, ou seja, implica um querer saber sobre o sintoma. Um passo importante é dado quando o analista é suposto como aquele que detém esse saber. A postulação do analista como sujeito-suposto-saber é a entrada na transferência.

O saber de que se trata é do próprio inconsciente do sujeito; o inconsciente como um saber que não se sabe. No contexto, a interpretação pode, então, ter lugar como uma leitura, uma decifração do sintoma, explicitando seu significado inconsciente. Uma análise também produz efeitos terapêuticos, com o levantamento do sintoma. E às vezes, é o que se consegue fazer. Freud chegou a comentar, porém, que frequentemente tal resultado está a serviço da resistência, evitando os verdadeiros objetivos de uma análise, caracterizando uma “fuga para a cura”.

O querer saber sobre o sintoma pode levar à sua leitura e desaparecimento, mas pode ainda, numa evolução mais ousada, caminhar em direção à fantasia, à relação do sujeito com seu desejo e com seu gozo. É isso que, em última instância, um tratamento analítico visa a mudar.

A psicanálise, já foi dito, não se fia na eliminação do sintoma; a rigor, ela não considera que haja desaparecimento, mas, sim, transmutação, metamorfose do sintoma. Com frequência, na clínica dos serviços de saúde mental, o que se consegue é a substituição de um sintoma, mais penoso e mais limitante, por outro, mais suportável.

Na última etapa de seu ensino, Lacan reelabora o conceito de sintoma (symptôme), denominando-o então sinthoma (sinthome). E propõe: “Ame o seu sinthoma” —tal como Freud dizia que o psicótico ama o seu delírio. E situa mesmo, no final da análise, uma reconciliação do sujeito com o seu sinthoma, uma identificação: o sujeito como sinthoma. O sinthoma inclui o sintoma e a fantasia; aproxima-se da idéia de estilo. Um exemplo de sinthoma seria o próprio psicanalista. Do sintoma ao sinthoma há, assim, um avanço do sujeito rumo àquilo que nele existe de mais singular.

## **As duas clínicas de Lacan**

O retrospecto que apresentei, embora sinóptico, permite entrever que, tal como em Freud, há uma incessante mudança no ensino de Lacan. Ao ponto de permitir formular a idéia de duas clínicas: a primeira, clínica estrutural ou clínica do significante, e a segunda, clínica borromeana ou clínica do gozo. Na primeira, Lacan relê Freud à luz da teoria do significante; na segunda, ultrapassa-o a partir da reformulação lógica.

A proposição da segunda clínica inspira-se nos seminários de Jacques-Alain Miller que trabalham a última parte do ensino de Lacan, ensino este que anteviu, com notável precisão, os tempo atuais. Época de declínio das identificações verticais (com o pai, com os ideais), época em que o grande Outro não existe, pois se sabe, de algum modo, de sua

estrutura de ficção e que tudo não passa de semblante. Era de globalização, em que pequenos objetos (a) são encontrados em todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, e cuja proliferação foi feita para causar o nosso desejo, pelo discurso científico que agora o governa. Era que sofre um desvario do seu gozo.

As conseqüências estão aí; a clínica está a cada dia mais distante daquela dos tempos de Freud. Os serviços de saúde mental conhecem bem as demandas procedentes dos novos sintomas: a depressão, o pânico, a anorexia, a bulimia, as toxicomanias, a obesidade mórbida, a delinquência e assim por diante. A clínica é, cada vez mais, uma clínica da passagem ao ato. Como enfrentar esses novos desafios?

A segunda clínica alcança em seu horizonte a subjetividade de nossa época, preparando o terreno para o tratamento dos novos sintomas. Apontarei alguns de seus aspectos, lembrando que se trata de tema novo, complexo e pouco sistematizado. Para delimitar a questão, abordarei um item do tratamento da psicose.

Enquanto que a primeira clínica tenta examinar a psicose a partir da neurose (paradigma: Schreber), a segunda clínica caminha da psicose para a neurose (paradigma: Joyce). Reviravolta que tem implicações teóricas e clínicas, passando-se da aplicação da psicanálise à psicose à aplicação da psicose à psicanálise.(27) Em poucas palavras: é a psicose que nos ensina. Ensina-nos sobre a estrutura e sobre as soluções que ela própria encontra para uma falta central no simbólico.

Uma conseqüência é a inversão da suposição de saber, que poderia ser formulada nos seguintes termos: o psicótico sabe o seu caminho. O que nos coloca em posição de aprendizagem em relação à clínica, em posição de sujeito suposto não saber. Propõe-se, com isso, levar ao limite o que se conhece desde os tempos de Freud: que o psicótico sabe encontrar as suas soluções, que o seu caminho é autoconstruído. Posição que está de acordo, também, com o que, há muito, se verifica na prática clínica e que Miller traduz nos seguintes termos: "O paranóico só conhece o saber. Sua relação com o saber constitui seu sintoma. O que o persegue a não ser um saber que passeia pelo mundo, um saber que se faz mundo?"(28) Com efeito, quando o Outro se apresenta para o psicótico como o Outro do saber, ele é encontrado de forma persecutória ou erotomaníaca.

Ora, se o saber está do lado do psicótico, não há lugar, no tratamento, do lado do analista, para nenhuma tentativa de envio a outro sentido, nenhum deciframento ou interpretação. A interpretação está do lado do psicótico, e a posição de aprendiz é que pode, no tratamento, permitir ao analista escutar as indicações que o psicótico traz para o seu caso.

### **Psicanálise pura, psicanálise aplicada**

Como diferenciar psiquiatria, psicoterapia, psicanálise pura e psicanálise aplicada? Existem várias maneiras de fazê-lo. A minha escolha está sendo buscar a diferença pela vertente da ética.

A psiquiatria e a psicoterapia têm como ponto de partida o sintoma e trabalham visando a sua eliminação, tendo como fim a normalização psicossocial. É uma perspectiva de adaptação e conformidade social, sendo o retorno à normalidade uma versão da *restitutio ad integrum*. A psicoterapia utiliza a via da palavra e a psiquiatria, além dela, emprega meios químicos e/ou físicos. O que importa, porém, é que ambas estão sob a égide de uma ética que coincide com a moral.

A psicanálise, por outro lado, embora tendo também como ponto de partida o sintoma,

trabalha visando não a sua eliminação, mas certa reconciliação do sujeito com o sintoma. Em vez de tratamento do sintoma, tratamento pelo sintoma. O que implica uma mudança da relação do sujeito com o seu gozo, numa perspectiva ética que se distancia da moral e que se realiza no caso a caso; numa ética em que a exigência não é adequar-se à norma social, mas, sim, não ceder de seu desejo.

Qual seria, entretanto, a diferença entre psicanálise pura e aplicada? Miller faz a distinção.

“A psicanálise pura é a psicanálise na medida em que ela conduz ao passe do sujeito, na medida em que ela se conclui pelo passe. A psicanálise aplicada é a que concerne o sintoma, é a psicanálise enquanto aplicada ao sintoma.”(29)

Ou seja, a psicanálise pura é aquela que apresenta uma saída pelo passe, e que encontra em Lacan uma definição radical. A distinção entre pura e aplicada se apóia na distinção entre sintoma e fantasia. A psicanálise aplicada trabalharia o sintoma, ao passo que a psicanálise pura comportaria um para além do sintoma, quer dizer, a construção da fantasia, a travessia da fantasia.

Assim formulada, a questão fica bem delimitada. Miller comenta, não obstante, que na última parte do seu ensino Lacan dá outra definição do final de análise: a identificação do sujeito com o seu sintoma. Ora, o conceito de sintoma reúne sintoma e fantasia. Conseqüentemente, com base em suas últimas proposições, a diferença entre psicanálise pura e aplicada fica relativizada.

Por mais que se considere a incessante modificação que caracteriza o ensino de Lacan (e de Freud), não há como confundir, por exemplo, psicoterapia e psicanálise aplicada. Entre tantos balizamentos possíveis destaque, agora, para distingui-las, um que ressalta pela sua importância. A psicoterapia é da ordem da restituição; restituição da normalidade perdida. A psicanálise é da ordem da mudança; depois dela, o sujeito não é mais o mesmo, é diferente de antes. A psicanálise requer mutação subjetiva.

### **Psicanálise e psicofármaco**

É comum a suposição de que a psicanálise se oporia ao tratamento com o psicofármaco ou, então, nada teria a dizer sobre o assunto. Na primeira parte do presente trabalho fiz uma avaliação crítica do emprego de tal medicamento segundo a orientação da psiquiatria biológica. Trago, agora, a questão: haveria lugar possível para o psicofármaco no contexto de um tratamento de orientação psicanalítica?

Lembraria inicialmente que, tanto da parte de Freud como da parte de Lacan, não encontramos otimismo ou alento em relação às possibilidades de um tratamento psicanalítico; existe, pelo contrário, uma cautela fundamental. Em Freud, por exemplo, pode-se identificar um desencorajamento do analista frente à psicose. E de Lacan pode-se depreender, com Miller, a fórmula que reverbera como advertência: nem tudo é significativo(30). Todas essas precauções apontam para um mesmo rumo, onde está: o gozo.

Por outro lado, há indicações precisas de que o psicofármaco poderia ser uma intervenção possível quando não se pode contar com a eficácia do significante. Citarei Freud: “Esperamos que o futuro nos ensinará a agir diretamente, com a ajuda de substâncias químicas, sobre a quantidade de energia e a sua distribuição no ‘aparelho psíquico’. É possível que descubramos, então, outras possibilidades terapêuticas, ainda insuspeitadas”.(31)

Em seu artigo Como engolir a pílula, Eric Laurent comenta uma citação de Lacan no Pequeno discurso aos psiquiatras (1967): “A psiquiatria entra na medicina geral a partir da seguinte base: que a medicina geral, entra ela mesma, inteiramente, no dinamismo farmacêutico. Evidentemente, produzem-se aí coisas novas: obnubila-se, tempera-se, interfere-se ou modifica-se...”(32) . Laurent afirma que os termos obnubilação e tempero situam o psicofármaco a partir da família dos anestésicos. E acrescenta: “Num texto mais antigo, Lacan fazia a equivalência entre o Édipo e uma dose de anestésico. Poderíamos ainda reformulá-la como primeiro paradigma do gozo em Lacan. O Édipo permite a significantização, a neutralização do gozo. Nesse sentido, ele é sublimação ou anestesia”.(33)

Voltarei, agora à pergunta: Haveria lugar para o psicofármaco no contexto de um tratamento psicanalítico?

As citações de Freud e de Lacan permitem-nos precisar, portanto, qual seria a diferença entre a função do psicofármaco num tratamento psiquiátrico de orientação biológica e num possível tratamento psicanalítico. Resumindo: para a psiquiatria, o psicofármaco visa ao sintoma, para a psicanálise, visaria ao gozo. Nos dizeres de Freud, as substâncias químicas poderiam influir sobre a quantidade de energia e sua distribuição no aparelho psíquico, ou seja, na regulação do gozo. Nos dizeres de Lacan, haveria uma equivalência entre o Édipo e uma dose de psicofármaco, na medida em que ambos introduzem uma neutralização, um tempero do gozo.

Eu daria como resposta sim, deixando bem claro: é radicalmente diferente o lugar ou a função do psicofármaco num tratamento psicanalítico e num tratamento psiquiátrico de orientação biológica. No último, como foi exposto, o medicamento visa à redução ou eliminação dos sintomas, buscando a adaptação ou a conformidade social. Por outro lado, uma articulação com a clínica psiquiátrica tendo em vista o emprego do psicofármaco compatível com a perspectiva psicanalítica visaria a efeitos não sobre os sintomas, mas sobre o gozo. O psicofármaco estaria a serviço, então, de certa regulação ou de certo tempero do gozo, operação essa de algum modo impossibilitada de ser efetivada pela via do significante. E, o que é mais importante, seria uma intervenção sob a ética da psicanálise, subordinada à autenticidade do sujeito.

### **O bem e o bem-estar**

No âmbito do presente trabalho a ética tem desempenhado a função de um divisor de águas. Motivo que me leva a retomar o tema e apresentar mais alguns aspectos. Começarei por uma consideração fundamental: a ética da psicanálise é diferente da maioria das demais na medida em que inclui uma cisão entre bem e bem-estar. Dizendo com outras palavras: o sujeito busca um bem que não lhe proporciona bem-estar. É o que Freud situa além do princípio do prazer e que Lacan denomina gozo. Com efeito, o gozo constitui um bem para o sujeito, inclusive um bem absoluto, separado de seu bem-estar, um bem que frequentemente se traduz por mal-estar, quando não se confunde com a dor.(34) A expressão máxima dessa divisão do sujeito contra si mesmo é o supereu.

A idéia de um para além do princípio do prazer deu origem ao conceito freudiano de pulsões de morte, rejeitado por muitos psicanalistas como especulação filosófica. No entanto, trata-se precisamente do contrário: de algo suscitado pela clínica e nela ancorado. É uma formalização teórica que procura dar conta de achados clínicos importantes, como, por exemplo, a compulsão à repetição, a reação terapêutica negativa, o masoquismo. Muitos psicanalistas eminentes consideram o supereu como o mais clínico dos conceitos

psicanalíticos.

A dificuldade de admitir tais proposições tem outro fundamento. O discurso capitalista, hegemônico em nossa época, sustenta-se na ética do bem-estar e promete, com os produtos da ciência, felicidade outrora inimaginável. A psicanálise, no mundo contemporâneo, é intolerável não mais pelo sexo, hoje explícito na novela das 20 horas, não mais pelo inconsciente, numa civilização em que os objetos mais-de-gozar superam os ideais. O que torna a psicanálise hoje insuportável é a postulação das pulsões de morte, é a verificação de um para além do princípio do prazer.

A coincidência do bem com o bem-estar vem desde Aristóteles, para quem o Bem Supremo é da ordem da felicidade.

Em Kant já se pode encontrar a cisão entre bem e bem-estar: "É preciso que o homem esteja apegado a algum bem que o separe de sua comodidade para que chegue a ser moral." (35) Ele distingue das Gute, o Bem, de das Wohl, o bem-estar. Nesse sentido, é um precursor do além do princípio do prazer.

Não há referência melhor do que a kantiana para a consciência moral. Exemplo disso é o que ele denominou imperativo categórico: "Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa valer-te sempre como princípio de uma legislação universal." (36) Há, assim, subordinação radical do prazer à lei universal. Em nome da moralidade universal, a exigência de renúncia às pulsões. Trata-se, portanto, de uma ética do ralcamento, sendo possível identificar o imperativo categórico kantiano ao supereu.

O mal-estar na civilização é um texto fundamental para o desenvolvimento do conceito de supereu. Ali Freud descreve a sua gênese. Farei uma breve recapitulação. Num primeiro momento, a renúncia à pulsão se faz frente a uma autoridade externa, que ameaça com perda de amor e castigo. Há quem permaneça nesse nível, de uma moralidade exterior, cujo suporte é a polícia, a justiça, a presença do Outro. Num segundo tempo, surge a organização do supereu como uma autoridade interna e a renúncia se deve ao medo dele. O supereu como uma introjeção do Outro. Num terceiro tempo, o paradoxo: cada renúncia à pulsão, em vez de aplacar, aumenta a severidade do supereu. (37) O supereu exige renúncia e esta, por sua vez, engorda o supereu. É o que Lacan, em Televisão, chama de "a gula do supereu". Da agressividade que o sujeito retorna contra si mesmo provém, portanto, o que se chama a energia do supereu.

Miller comenta que a renúncia à pulsão não é a renúncia ao gozo. Se não há renúncia, o sujeito goza. Se há renúncia, o sujeito goza de renunciar. Ou goza porque comeu a marmelada, ou goza porque não comeu a marmelada. (38) Ou goza desde o isso, ou goza desde o supereu. Daí a afirmação de Lacan, também em Televisão, que "o sujeito é feliz". (39)

O paradoxo apresentado (a renúncia à pulsão aumenta a severidade do supereu) prepara o terreno para outro aspecto da questão. Lacan considera o imperativo categórico uma enunciação sem enunciado. E usa Sade para explicitar, num encontro quase surrealista, o objeto da ética, que está escondido em Kant. Nesses termos formula o imperativo sadeano: "Tenho o direito de gozar de teu corpo, pode dizer-me qualquer um, e exercerei esse direito, sem que nenhum limite me detenha no capricho das extorsões que me dê gosto de nele saciar." (40)

Trata-se da descrição da experiência de gozo como fundamental. Se a máxima kantiana corresponde ao supereu, a máxima sadeana corresponde ao Goza!, que é o imperativo do

supereu. Exigência paradoxal, exigência de gozo absoluto, impossível e não permitido.

Por que razão usar o cúmulo da imoralidade para esclarecer o cúmulo da moralidade? Lacan avança, na verdade, na trilha aberta por Freud: o que sustenta a consciência moral é o gozo da pulsão. A crueldade sádica do supereu nada mais é do que um deslocamento das exigências pulsionais. E a moral kantiana, com seu rigor absoluto, é a outra face da perversão polimorfa sadéana. Como lembra Freud numa célebre formulação, a psicanálise veio demonstrar não só que os homens são mais imorais do que admitem, como também que eles são mais moralistas do que supõem.

### **A ética do desejo**

No horizonte da psicanálise há uma ética que não é do bem-estar, que não é da universalidade, que não é do supereu. Para apresentá-la em termos mínimos é necessário situar, primeiro, a antinomia entre desejo e gozo.

No Projeto encontramos a menção de Freud a uma experiência (mítica) de satisfação plena (Befriedigungserlebnis). Corresponderia à relação incestuosa; com efeito, o objeto de satisfação, a Coisa (das Ding), Outro absoluto do sujeito, é a mãe, o objeto do incesto. (41) E Lacan afirma que “das Ding é o fundamento, derrubado, invertido, em Freud, da lei moral.” (42) A experiência mítica de satisfação plena é o gozo absoluto, exatamente o que é transposto como imperativo superegógico: Goza!

Por outro lado, o que Lacan chama de lei simbólica ou lei do pai é a que dita a proibição do incesto, que implica não apenas o “não te deitarás com tua mãe” dirigido à criança, como, também, um “não reintegrarás o teu produto” endereçado à mãe. (43) O Nome-do-Pai, ou pai simbólico é, no Outro, um significante especial, que funda a lei. E a instância que exerce de maneira duradoura a função de lei proibidora é o supereu. Nesse aspecto, é um vestígio da resolução do conflito principal da cena edipiana. É célebre a fórmula freudiana segundo a qual “o supereu é o herdeiro do complexo de Édipo”. Lacan comenta a propósito: “atenhamo-nos ao supereu edipiano. Que ele nasça no declínio do Édipo quer dizer que o sujeito incorpora sua instância (interditora).” (44)

O supereu, por conseguinte, é uma instância paradoxal. Nele pode-se distinguir o que se chama de supereu paterno ou edipiano (freudiano), com função interditora de gozo, e o que se chama de supereu materno, pré-edipiano (lacaniano), que é uma exortação de gozo. O que a lei simbólica interdita, então, é a satisfação impensável do desejo incestuoso da criança, ou seja, o gozo absoluto. Ao barrar o gozo puro, estabelece uma perda de gozo, define uma falta. Nessa falta se origina o desejo. A limitação do gozo abre espaço para o desejo. A rigor, só se pode falar em desejo quando está inscrita a lei simbólica. Desejo e gozo são, assim, antinômicos.

O gozo absoluto exclui o desejo. E a limitação do gozo pelo significante deixa um resto de gozo, o objeto mais-de-gozar, objeto (a), que é também objeto causa de desejo.

Encontramos, com o desejo, novo paradoxo. Ele se origina de uma falta e, se o sujeito se dirige a um objeto, é para preenchê-la. Em outros termos, o desejo busca a satisfação plena, quer dizer, prossegue a procura da satisfação incestuosa, ainda que proibida. E que, se alcançada, aniquilaria o desejo (daí, talvez, aquela expressão: matar o desejo). Por esse motivo o desejo é, a um só tempo, vontade e rechaço de gozo. Razão pela qual é, necessariamente, desejo insatisfeito. “O desejo é a sua insatisfação.” (45)

Na clínica, verificamos que o obsessivo, perturbado com o conflito inerente à satisfação,

perde-se na dúvida e na indecisão e procura desconhecer seu desejo. A histérica, por sua vez, mira o impossível da plenitude e só consegue realçar ainda mais sua falta, afogando-se na insatisfação. No curso de uma análise caminha-se do desejo não decidido para o decidido; do desejo impossível para o estruturalmente insatisfeito.

É importante salientar que, se de um lado, enquanto instância interdutora, o supereu é função coordenada ao desejo, por outro lado, enquanto exortação de gozo, ele se opõe ao desejo. No seu seminário sobre A ética da psicanálise, Lacan diz que a experiência psicanalítica permite constatar que, se o sujeito se sente efetivamente culpado, isso acontece sempre, na raiz, na medida em que ele cedeu de seu desejo. (46)

### **O sujeito é sempre responsável**

“Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis. Que chamem a isso como quiserem, terrorismo.” (47) De forma radical e provocadora, Lacan assim se expressa, numa formulação que tem sérias implicações éticas. Apontar a responsabilidade do sujeito é diferente de apontar a influência dos neurotransmissores, da genética, da família, do Outro. Novamente, aqui, a ética da psicanálise se diferencia.

A idéia de responsabilidade está tradicionalmente ligada à idéia de culpa, numa conotação jurídica ou moral. É importante, do ponto de vista psicanalítico, o sentimento de culpa; significa um sujeito responsável, um sujeito ético. Um canalha é, precisamente, alguém que se desculpa de tudo. (48)

A culpa pressupõe o sujeito de direito que, assim como o Estado de direito, é indispensável à psicanálise. Por essa razão —concordando com Viganò— considero a definição de reabilitação dada por Franco Rotelli mais próxima da prática desenvolvida sob a orientação lacaniana. Rotelli assim afirma: “A reabilitação, em psiquiatria, pode ser identificada como um programa de restituição, reconstrução e, às vezes, construção do direito pleno à cidadania e da construção material de um direito como tal.” (49)

O que não quer dizer, entretanto, que a psicanálise está aí para culpar ou punir o sujeito. Ela parte do sentimento de culpa para chegar à responsabilidade, mas considerando-o a “patologia” da responsabilidade. Parte da culpa para chegar ao “crime” desconhecido. A perspectiva psicanalítica procura, pelo contrário, retirar a idéia de responsabilidade do contexto moralista. Responsabilizar pode, num primeiro momento, confrontar o sujeito com uma situação penosa. Não obstante, num segundo momento, põe a seu alcance meios que ele havia repellido. Não é terrorismo; é aposta no sujeito.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1i. MILLER, J.-A. Saúde Mental e Ordem Pública. In: Curinga, nº 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, set. 1999, p. 20-21.
- 2i. FOUCAULT, M. A constituição histórica da doença mental. In: Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968, p. 78.
3. BERCHERIE, P. Os Fundamentos da Clínica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, capítulo I.
4. FOUCAULT, M. A constituição histórica da doença mental. Op. cit., p. 82-3.
5. BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 344 et seq.
6. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987, c. VII e VIII.
7. CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 3ª ed.,

1990, p.187.

8. CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Op. cit., p. 188.

9. LACAN, J. Psicoanálisis y medicina. In: Intervenciones y textos. Buenos Aires: Manantial, 1985, p. 92.

10. BERCHERIE, P. Os Fundamentos da Clínica. Op. cit., c. 5.

11. ALONSO-FERNANDEZ, F. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Tomo I. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1968, p. 26-27.

12. LALANDE, A. Vocabulário Técnico y Crítico de la Filosofía. Buenos Aires: El Ateneo, 1967, p.656.

13. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde.

14. GORENSTEIN, C. & COLS. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000, p. 401.

15. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 5.

16. SOLER, C. El síntoma en la civilización. In: Diversidad del síntoma. Buenos Aires: EOL, 1996, p. 95.

17. VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. In: Curinga, nº 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, setembro de 1999, p. 50-1.

18. LALANDE, A. Vocabulário Técnico y Crítico de la Filosofía. Op. cit., p. 331.

19. LALANDE, A. Vocabulário Técnico y Crítico de la Filosofía. Op. cit., p. 656.

20. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001, p. 1271.

21. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Op. cit., p. 1958.

22. MILLER, J.-A. Enseñanzas de la presentación de enfermos. Ornicar? nº 3. Barcelona: Petrel, 1981, p. 58.

23. MILLER, J.-A. Respostas ao paradoxo. In: Lacan Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1977, p. 569.

24. BINSWANGER, L. El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. In: MAY, R., ed. Existencia. Nueva dimensión es psiquiatria y psicología. Madrid: Gredos, 1967, p. 288-434.

25. MILLER, J.-A. L'homologue de Malaga. In: Le temps fait symptôme. Paris: ECF, La Cause freudienne, nº 26, 7-16, février 1994, p. 9.

26. VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. Op. cit.

27. ZENONI, A. Psicanálise e Instituição. A Segunda Clínica de Lacan. In: Abrecampos, Ano 1, Nº 0. Belo Horizonte: Instituto Raul Soares, 2000, p. 19.

28. MILLER, J.-A. Lições sobre apresentação de doentes. In: Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica. A conversação de Arcachon. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998, p. 202.

29. MILLER, J.-A. Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. In: Phoenix, nº 3. Curitiba: Escola Brasileira de Psicanálise – Delegação Paraná, setembro 2001, p. 29.

30. MILLER, J.-A. Duas Dimensões Clínicas: Sintoma e Fantasia. In: Percurso de Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987, p. 94.

31. FREUD, S. citado por DELAY, J. New trends in psychopharmacology. In: Proceed. Of the IV World Cong. Of Psych., 1:283-287, Sept. 1966.

32. LACAN, J. Petit discours aux psychiatres (1967) (inédito).

33. LAURENT, E. Como engolir a pílula? Op. cit., p.

34. MILLER, J.-A. Clínica del superyó. In: Recorrido de Lacan. Buenos Aires: Manantial, 1984, p.. In: Recorrido de Lacan. Buenos Aires: Manantial, 1984, p. 139.

35. MILLER, J.-A. Clínica del superyó. Op. cit., p. 140.

36. KANT, E. Crítica da Razão Prática. Rio de Janeiro: Ediouro, p. 40.

37. FREUD, S. O mal-estar na civilização. ESB, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.151-2.

38. MILLER, J.-A. Lógicas de la vida amorosa. Buenos Aires: Manantial, 1991, p. 56.

39. LACAN, J. Televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, p.45.
40. LACAN, J. Kant com Sade. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 780.
41. Pode-se estabelecer uma correlação entre das Ding freudiana e o Bem Supremo aristotélico, das Gute kantiano, o imperativo sadeano e a vontade de gozo lacaniana.
42. LACAN, J. O seminário. Livro 7. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988, p. 90.
- 43 i. LACAN, J. O Seminário. Livro 5. As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p. 209.
44. LACAN, J. O Seminário. Livro 7. A ética da psicanálise. Op. cit., p. 368.
45. MILLER, J.-A. Demanda e desejo. In: Lacan elucidado. Op. cit., p. 448.
46. LACAN, J. O Seminário. Livro 7. A ética da psicanálise. Op. cit., p. 382.
- 47 . LACAN, J. Ciência e verdade. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 873.
48. MILLER, J.-A. Patología da ética. In: Lacan elucidado. Op. cit., p.337.
49. VIGANÔ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. In: Curinga nº 13. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, set. 1999, p. 53.

## **UM MATEMA PARA A SUPERVISÃO\***

**Lázaro Elias Rosa**

### **1) INTRODUÇÃO**

Vivemos um momento fecundo nas Escolas da AMP. Um momento de retorno a Lacan — ao Ato de Fundação. Os colegas que me antecederam aqui o abordaram sob vários ângulos.

O Conselho da EBP-MG, ao eleger o tema Em Direção a uma Política da Supervisão, foca seu trabalho na Seção de Psicanálise Pura, onde Lacan inclui a supervisão dos psicanalistas em formação(1).

Abordarei a questão a partir de um conceito que se encontra no Ato de Fundação, mas não contemplado no recorte feito pelo Comitê de Ação da Escola Una, qual seja, o da Transferência de Trabalho.

Quanto à Supervisão, Lacan se refere a ela nos seguintes termos: ...a supervisão é imperativa..., ...entrada em supervisão..., ...supervisão qualificada..., e, ainda, ...a Escola... vai assegurar as supervisões convenientes (2). Certo de que, aqui, os regulamentos estariam fadados aos próprios descumprimentos, Lacan não os formulou. Por outro lado, deixou-nos um conjunto de indicações que são verdadeiros marcos balizadores de princípios, que exigem esforços de pesquisa para serem transformados em operadores de nossa prática.

### **2) POLÍTICA LACANIANA**

“Quando falo de Política Lacaniana não se trata de narrar acontecimentos que envolveram Lacan institucionalmente, mas de extrair deles princípios” (3)

Em Lacan, é possível falar de três sentidos para o termo Política:

- a) Sentido Geral: As opiniões de Lacan, inclusive suas construções, seus matemas.
- b) Política na Psicanálise: Diz respeito à posição de Lacan, dos analistas, não só em relação

a IPA, mas também aos colegas, aos alunos, aos pacientes e ao público.

c) Política na Cura: Aqui, três termos, Tática, Estratégia e Política são articulados respectivamente à Interpretação, Transferência e à finalidade mesma da cura analítica. Esta última, a política para a cura, inclui os objetivos da formação dos analistas e da conclusão da cura(4).

### **3) O ATO DE LACAN**

Qual foi o ato de Lacan e o que ele inaugurou em 21/06/64? Seu Ato “inaugurou uma disjunção inédita, jamais pensada — a disjunção entre Psicanálise e IPA”. (5)

A expressão Escola como Experiência Inaugural se encontra na Nota Adjunta e é aí que Lacan enuncia: “o ensino da psicanálise não se pode transmitir de um sujeito ao outro a não ser pelas vias de uma transferência de trabalho. ...os seminários nada fundarão se não remeterem a essa transferência”. (6)

A razão mesma do Ato de Fundação da Escola seria a de permitir que se efetue a transferência de trabalho como transmissão de um ao outro, efetuada segundo o modelo da experiência analítica. Isto é absolutamente novo na história da psicanálise — a Escola com a finalidade de minimizar todo e qualquer obstáculo a transmissão da Psicanálise. A Escola foi fundada para o ensino de Lacan, o que lhe foi retirado desde Estocolmo — daí, princípios e políticas em vez de regras (7).

Todo esforço que fizemos no sentido de traçar políticas e princípios é uma recuperação da presença de Lacan — desde um simples acolhimento de alguém que deseja ser escutado num dado momento, a cada conclusão de cura verificada pelo passe. “A Escola é a casa de Lacan, quer dizer, feita completamente para sustentar a transferência de trabalho”. (8)

Quanto à formação, há um princípio em Lacan: “não ceder frente ao real nela em jogo”. A vida de Lacan nos mostra que, este princípio, ele o entendeu, como “não ceder frente os efeitos transferenciais de seu ensino — ele os assumiu até o final”. Escutamos aí o eco de um princípio ético célebre de Lacan: “não ceder sobre seu desejo”.(9)

### **4) O REAL EM JOGO NA FORMAÇÃO**

“Denomina-se Ato o que é susceptível de isolar o Real em jogo na formação analítica. Esta definição é dada em Ato por Lacan como resposta ao sentimento de vazio de seus alunos. Lacan vai preencher esse vazio com o Passe e com uma redefinição da prática analítica em termos de Ato”. (10)\*\*.

Com o episódio do seu fracasso com a Proposição,

“(...) quando reconhece que não conseguiu desalojar seus alunos de suas posições, Lacan nos diz que eles, finalmente, preferiram o semblante de decisões calcadas na forma, em vez de considerarem o de que se trata o Real. Cada vez que se percebe que o respeito às formas triunfa sobre o Real em jogo, o que se capta é o sentimento de fracasso”. (11)

Penso que este índice pode ser elevado ao nível de princípio, pois é preciso considerar o fato de que um significante pode receber significações muito diferentes ao longo do tempo (12).

“Foram necessários muitos anos para que Proposição e Passe deixassem de ser uma empresa perversa, um experimento paranóico e uma aberração de Lacan”. (13).

Não ceder frente o real em jogo permitiu a Lacan todo o avanço obtido a partir de 1967. Mas, quanto a isto é bom estarmos advertidos de que “nada protege o Passe de tornar-se

também uma cerimônia”(14) já que ele, além de sua face clínica, contém também uma face institucional, e como tal, sujeito ao real em jogo que visa afrontar. Essas duas faces devem se articular e nos colocam questões cruciais para nossa própria orientação.

Se a Escola faz Psicanálise e IPA se separarem, o Passe faz romper o que pode ter ficado de mal entendido de “Análise Terminável e Interminável”. Lacan propõe, com o Passe, que há final de análise. O Passe consiste em dizer o que é exatamente esse final, isto é, uma análise perfeitamente terminada. “Trata-se de uma ruptura de Lacan com o texto freudiano de 1937 — uma sensacional e ousada ruptura — tanto que o texto não é citado por Lacan na Proposição”. (15)

Penso que há ruptura sim, mas com o que de equivocado se foi convencionando a partir do monumental texto de Freud. Seria necessário uma exploração maior do que nele se postula como sendo Resto. Não se poderia dizer a partir disto e por isto — porque ao final há um resto — que uma análise é interminável e poderia ser levada ao infinito de uma seqüência de sessões. Pelo contrário, entendo que Lacan formaliza no Passe o que é esse final, retomando o resto em sua dimensão de Real, de impossível, de limite, que é exatamente o ponto a ser tocado para que a análise se conclua e, se aí se chega na empreitada, é porque a análise é perfeitamente terminável.

## 5) TRANSFERÊNCIA DE TRABALHO E SUPERVISÃO

Retomo a Nota Adjunta: “O ensino da psicanálise não pode se transmitir de um sujeito ao outro a não ser pelas vias de uma transferência de trabalho. Os seminários, incluindo o meu nos Altos Estudos, nada fundarão se não remeterem a essa transferência”. (16)

Esta frase de Lacan não concerne à direção da cura, mas ao ensino, à transmissão da psicanálise. O trabalho em questão só poderia ser o do analista, de algum modo se pondo no lugar de analisante, daquele que fala, que ensina. Os termos maiores são Trabalho e Escola. Esta é um organismo para realiza-lo. O trabalho seria um único “(...) restaurar a lâmina cortante da verdade freudiana... ..objetivo... indissolúvel de uma formação a ser ministrada nesse movimento de reconquista”. (17).

Outro termo é Transferência, que em Freud é Übertragung, cujo sentido original é passagem, deslocamento de um lugar para outro. O que viria em 67, o Passe, já se encontra aí, nesse termo inaugural de Freud.

O que Lacan nos diz é que há trabalho que se transfere e que isto se dá unicamente de um sujeito ao outro — e não de um sujeito para uma massa de sujeitos. “Esta lógica tem uma estrutura de recorrência matemática de sucessão engendrada pela cláusula +1, que permite partir de Zero e continuar até o infinito. É esta linha de recorrência que nos permite indicar que a transferência de trabalho não se inscreve entre Um, e Todos. Pelo contrário, tal como a experiência psicanalítica, concerne ao laço de Um com Um, de Um com Outro, e não de Um com Todos”. (18).

À pergunta o que é que se supõe que é passado de Um a Outro na Transferência de Trabalho, a resposta “é precisamente o trabalho, ou seja, Transferência de Trabalho é Passe de Trabalho. Então, há que se trabalhar, pois, se vadiar, o que se tem é Passe de Preguiça.”(19).

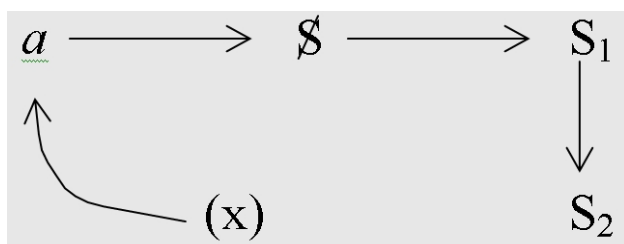
No Ato de Fundação a idéia de Transferência de Trabalho está ligada à indução, termo de Lacan para “conduzir à, conduzir para dentro. Para que esta indução seja realizável é necessário que reste algo a fazer, a induzir ao trabalho”. (20). Articulado à indução e à

Transferência de Trabalho, encontramos o termo Impasse — também aqui encontramos o Passe.

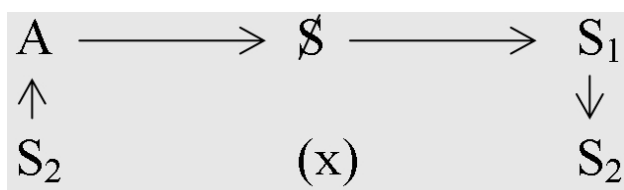
Além da vertente indutiva, em contra-ponto, há a idéia de exdução, a qual conduziria o analisante para fora da análise. Aqui, quero apenas assinalar que “no Passe se tem esta dupla dimensão do que nele se ganha e do que se perde”. Tanto num caso quanto no outro diz respeito ao Saber. “O que se ganha, ao final, é o desejo de Saber e o que se perde é o horror ao Saber”. (21). O que sustenta o sujeito em análise é o amor ao saber, quer como transferência quer como trabalho da mesma.

“O desejo de saber vem ao final — é o novo que se ganha da experiência. Passa-se do amor ao desejo. Este desejo de saber começa mais além da transferência e de seu trabalho, necessário para produzir saber. Trata-se portanto de passar do amor ao saber, ao trabalho pelo saber”. (22).

Em “Cinco Variações sobre o Tema da Elaboração Provocada”, (23) o Discurso da Histeria, tomado como paradigma do discurso da ciência, é manipulado em sua estrutura, fornecendo-nos os matemas do Trabalho da Transferência e da Transferência de Trabalho. A simplicidade do artifício dispensa qualquer exposição mais detalhada. Eis o matema:



O artifício consiste em deslocar o pequeno a de seu lugar estatutário e coloca-lo antes de \$, esvaziando o lugar da verdade e transformando o de mais de gozo em agente provocador, assim:



Então, de a a \$ há Trabalho de Transferência, que prolongado dessa maneira, transforma-se em Transferência de Trabalho, assim:

O artifício do deslocamento de a de seu lugar estatutário implica na mudança de seu estatuto de + de gozar para o de causa de desejo –condição necessário para o surgimento de seu poder de causar, provocar o sujeito barrado para o trabalho próprio que aí se realiza.

Por outro lado, o sujeito teria tido, aí, o seu gozo esvaziado, o que só é possível, penso, quando o próprio trabalho da transferência teria sido levado ao ponto de poder ter provocado no sujeito, em sua relação com seus significantes mestres, uma alteração capaz de leva-lo a produzir saber, não mais por amor, mas pela via de um desejo, novo, o de saber, desejo de trabalhar pelo saber.

Esta fórmula matemática nos mostra “a posição mesma em que Lacan se sustentou no seu ensino: incitando a saber, mas em posição de analisante e só falando a partir de Freud”.(24)

Todo analista que se proponha à transmissão de orientação lacaniana da Psicanálise, terá que se confrontar com o fato de que:

“(…) as relações com seus analisantes e as relações com a psicanálise são dois registros distintos que não obstante se articulam, pois não se poderia estar em boa posição com seus analisantes sem elucidar suas relações com a psicanálise mesma. A psicanálise como prática, comporta um saber-fazer, e podemos dizer que este se transmite pela supervisão, a qual não tem nenhum valor se limita-se a pautar as relações do analista aprendiz —em posição de aprendiz— com seus pacientes. A supervisão não vale nada se não aponta para um mais além, qual seja, as relações do analista em formação com a psicanálise.” (25)  
Trago, então, o que pude formular como conclusão, ressaltando que se trata de pontos para serem debatidos:

1. Há Transferência de Trabalho nos mais diferentes lugares e estágios que um analista em formação possa se encontrar, admito isto sim, “mas a verdadeira transferência de trabalho só se instala ao final da análise — é ela, afinal, o elemento que garantiria o ensino da psicanálise, transmitida de um a outro, como entendeu Lacan”.

2. A supervisão, como forma de transmissão da psicanálise enquanto uma prática, se sustenta na Transferência de Trabalho, e o matema de Miller, acima referido e ajustado, poderia ser a expressão da estrutura que se constrói quando se encontram o analista praticante em formação e o analista por ele escolhido como seu supervisor.

3. Esta estrutura não seria nem a do discurso do analista nem a do discurso da histeria, mas articula ambos, quando se trata do “comentário contínuo do ato e de manter viva e em estado nascente a psicanálise” (26).

4. Há na supervisão um tensionamento contínuo que articula uma ética — a da psicanálise: ética do bem dizer, e uma técnica, “onde Freud e Lacan constituem nosso Outro, enquanto poços de ciência, figuras de todo saber”.(27) Essa tensão deve assim ser vetorizada:

#### **Referências Bibliográficas:**

- 1) Lacan, J. – “Ato de Fundação”. In: Anuário da Escola Brasileira de Psicanálise - ano 2000, pg. 88.
- 2) Idem, pg. 88 e 91.
- 3) MILLER, J-A. – Política Lacaniana – Seminário de 1997-1998 – Buenos Aires: Coleccion Diva, 1999 - pg. 12.
- 4) Idem - pg. 9 e 10.
- 5) Idem -pg. 20.
- 6) Lacan, J. – “Ato de Fundação”, op. cit., p. 91 e 92.
- 7) MILLER, J-A. – Política Lacaniana. Op. cit., pg. 23.
- 8) Idem p. 26.
- 9) Idem p. 28.
- 10) Idem p. 34 e 35.
- 11) Idem p.34
- 12) Idem p. 35.
- 13) Idem p. 34 e 35.
- 14) Idem p. 35
- 15) Idem p. 43.

- 16) LACAN-J. – Ato de Fundação. Op. cit. pg. 92.
- 17) Ibid., p. 87.
- 18) MILLER, J-A. El Banquete de los analistas –Buenos Aires: Paidós. – Ano 2000 - pp 180-181.
- 19) MILLER, J-A. – Orientação Lacaniana - p. 182
- 20) Idem p. 182.
- 21) Idem p. 189.
- 22) Idem p. 190.
- 23) MILLER, J.A. – “Cinq. Variations sur le Theme de ‘L’Elaboration Provoquee’”. La Lettre Mensuelle – n°.61 – pp. 5-- 11.\*\*\*
- 24) Idem p. 10.
- 25) MILLER, J-A. El Banquete de los analistas. op. cit. p. 10.
- 26) Comitê de Ação da Escola Una – “O princípio da Supervisão na Escola”. Correio - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – n°. 31 – Nov. de 2000 – p. 9.
- 27) MILLER, F-A. – “Ética e Formação dos Analistas” – Intervenção na “Soirée” da Garantia em 12.02.1990. Paris. Inédito - p. 13.
- 28) Ibid., p. 22

\* Este texto foi apresentado originalmente com o título “Transferência de Trabalho e Supervisão”, nos Seminários do Conselho da EBP-MG, do ano 2001, cujo tema era “Rumo a uma Política da Supervisão”, no dia 27.09.2001. Agradeço a colega Márcia Rosa pela inspiração do título atual, que tão bem nomeia a contribuição que pude trazer, à época, para o debate.

\*\* A época de sua “Proposição” o tema de seu seminário era O Ato Analítico.

\*\*\* Há tradução para o português, publicada em: O Cartel – Stella Jimenez (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Campos, 1994.

## **Considerações iniciais sobre Psicose e Debilidade**

### **Henri Kaufmanner**

Em seu texto “À coté de la plaque”, Pierre Bruno nos faz uma breve introdução sobre a entrada do conceito “debilidade mental” no ensino de Lacan. Informa-nos que a expressão “debilidade mental” foi criada em 1909 por Dupré, e que esta expressão estendia ao mental uma qualificação que até então era reservada ao físico. Aliada a psicotécnica, a noção de debilidade ganha uma base mensurável, embora de cientificidade questionável, que permite avaliar a debilidade como um déficit em relação a uma competência intelectual, que teria a sua normalidade estabelecida estatisticamente. Tal noção, todos nós sabemos, persiste até hoje.

A primeira abordagem mais consistente da debilidade tentando abrir o caminho para uma intervenção da psicanálise se deu com Maud Mannoni e seu livro que em português se chama “A criança retardada e sua mãe”. Mannoni descola a debilidade de uma relação unívoca com o orgânico e a relaciona a um efeito do dizer parental. Nesse dizer parental ressalta a proeminência materna, estabelecendo uma certa relação entre o fantasma materno e o desenvolvimento da debilidade em uma criança.

No Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, encontramos o primeiro momento em que Lacan aborda o conceito de debilidade. E é provocado pelo trabalho de Maud Mannoni que ele faz essa primeira aproximação. Cabe ressaltar que posteriormente

em seu ensino, mais especificamente a partir do seminário De um outro ao Outro de 1968, Lacan retomará suas articulações sobre a debilidade produzindo inclusive uma renovação no conceito.

Pretendo nessa abertura de nossos trabalhos sobre o tema Psicose e Debilidade, me centrar mais nessa primeira elaboração de Lacan, presente no Seminário 11, e para tal tomarei como principais referências, além do texto de Lacan e de Pierre Bruno, o texto "Psicose e Debilidade" de Eric Laurent. Ao longo do ano acredito, poderemos nos aprofundar na evolução do conceito.

Lacan discorda da assertiva de Maud Mannoni segundo a qual na debilidade haveria uma fusão ao nível do corpo, e sustenta que a fusão se daria a nível significante, retomando a idéia da holófrase. Assim, Lacan se afasta da suposição de que o sintoma da debilidade seria portador da verdade do par parental, o que certamente abriria o campo para os psicologismos da debilidade, orientando-se em direção à idéia de que a criança seria um objeto sem a mediação do fantasma materno. O que condicionaria a debilidade não seria especificamente a holófrase do par significante S1-S2, mas a introdução na "educação do débil da dimensão psicótica", tanto que a criança é reduzida pela mãe "a não ser mais que o suporte de seu desejo num termo obscuro". (Lacan citado por Pierre Bruno).

A partir de agora tentaremos nos aprofundar um pouco mais nessa problemática.

"... o ser humano tem uma relação especial para com a imagem que lhe é própria – relação de hiância, tensão alienante. É aí que se insere a possibilidade da ordem da presença e ausência, ou seja, da ordem simbólica". (Lacan, 1955: 403)

Essa afirmação expressa quase que de maneira conclusiva, a elaboração que Lacan desenvolve ao longo do Seminário 2, O Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise. Ela ganha particular importância se observarmos que ao se referir ao ser humano ele não faz qualquer distinção quanto às diferentes estruturas. Podemos afirmar então, que para Lacan, desde os primórdios de sua elaboração, o humano, no que diz respeito à constituição do aparelho psíquico, se dá na tensão alienante de uma hiância, hiância que é fruto da junção entre o simbólico e o imaginário. Assim, anteriormente mesmo a uma definição do que viria a ser o Nome do Pai, e independentemente deste, a constituição do humano, atravessada que é pela linguagem, tem em virtude mesmo desse atravessamento, a presença estrutural de um furo, furo esse, que nesse momento de seu ensino, Lacan articula à pulsão de morte, e o impossível de sua plena satisfação. Diríamos mais: o humano não o é sem esse atravessamento, sem essa hiância. Tal assertiva pode ser encontrada sob a pena de Lacan, em seu texto "De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose", quando a respeito do Outro da linguagem, ele nos escreve:

"... Pois, retirem-no dali e o homem nem sequer consegue sustentar-se na posição de Narciso. O anima, como que pelo efeito de um elástico, reduz-se ao animus, ao animal, o qual, entre S e a, mantém com seu Umwelt 'relações externas' sensivelmente mais íntimas do que as nossas, sem que se possa dizer, de resto, que sua relação com o Outro seja nula, mas apenas que ela não nos aparece de outro modo senão em esporádicos esboços de neurose". (Lacan, 1955: 557)

Tomemos como exemplo dessa situação, a famosa experiência de Pavlov.

Sabemos que Pavlov oferecia alimento a um cachorro, de maneira intermitente. Associava a essa oferta de alimento um estímulo sonoro, para que o pobre do cachorro também os

associasse, até que em determinado momento de seu experimento, Pavlov passa a oferecer ao animal, somente os estímulos sonoros. A partir de tal evento o cachorro desenvolve uma disfunção gástrica.

Sabemos que os animais são sensíveis à forma, seja ela visual ou acústica, e o experimento de Pavlov é uma boa demonstração disso. Sabemos também que quando na natureza, os animais não estariam isentos de uma certa antecipação de um acontecimento, como, por exemplo, a aproximação de uma forma, bem como também não estariam isentos de uma certa decepção decorrente da frustração de suas expectativas antecipatórias. Toda a multiplicidade de rituais de acasalamento, de agressividade, entre outros, tantas vezes abordados por Lacan, demonstram-nos a existência no instinto dessa dimensão antecipatória. Logo, não podemos simplesmente dedicar à decepção, o valor de causa no desenvolvimento dos problemas gástricos no cachorro da experiência de Pavlov. O que podemos perceber, é que a relação íntima desse animal com seu *Umwelt* é arbitrariamente atravessada por aquilo que se oferece na dimensão de presença e ausência, mais especificamente é atravessado pela ordem simbólica. Se inicialmente o cachorro não se enganava a respeito de sua necessidade, a intervenção do desejo do cientista introduziu a dimensão simbólica na realidade do animal, introduzindo assim a dimensão do equívoco, sustentada pela tensão produzida pela hiância que conseqüentemente surge na apreensão da forma. Ao animal, por não poder falar, não poder se representar no campo significativo, não se apresenta a via de tomar o Outro como simbólico, nem a conseqüente possibilidade de tomar no registro do dom, aquilo que se apresenta como capricho desse Outro. Diante da presença infinita do desejo, na hiância aí produzida, resta ao animal o tampão de seu organismo.

A experiência a que é submetido o cachorro no laboratório de Pavlov, não é muito diferente da experiência de qualquer criança, em sua relação com o Outro, e que Lacan nos apresenta no Seminário 4, "As relações de Objeto". A mãe, que de acordo com seus desejos alimenta ou não a criança, constitui-se para essa como seu primeiro objeto. Esse objeto simbólico é constituído pela criança a partir de sua alternância de presença e ausência. A partir da experiência de frustração da criança diante da mãe, esta decai de sua posição simbólica e passa então a ser tomada em sua dimensão real e caprichosa. A mãe real, em sua onipotência, surge então como possuidora dos objetos que de acordo com seu capricho poderão satisfazer ou não a criança. Esses objetos, no decaimento da mãe de seu estatuto simbólico para real, ascendem à dimensão simbólica sendo então reconhecidos como um dom da mãe. À criança resta a possibilidade de se alojar ali onde ela acredita ser amada pela mãe, tentando em sua interpretação, localizar-lhe o desejo, identificando-se ao objeto imaginado deste desejo, na tentativa de assim iludi-lo. É, portanto na relação com a mãe que a criança experimenta o falo como o centro do desejo da mãe. (Lacan, 1956:231)

A partir dos dois exemplos trabalhados podemos começar a operar com a dimensão de corte do significativo e com as respostas possíveis a apresentação desse corte. No exemplo do cachorro, paradigmático do fenômeno psicossomático, o S1 significativo que escreve a presença ausência da carne é associado em oposição ao significativo S2 que escreve a presença ausência do estímulo sonoro. A retirada da carne pelo cientista interrompe o circuito repetitivo de um dos significantes, produzindo um holofraseamento impossível de ser interrogado pelo animal, pelo simples fato de lhe ser impossível falar. Lacan nos diz:

Quer Pavlov reconheça isso ou não, é propriamente associar um significativo que é característica de qualquer condição de experiência, no que ela é instituída com o corte que se pode fazer na organização orgânica de uma necessidade – o que se designa por uma manifestação ao nível de um ciclo de necessidades interrompidas, e que reencontramos aqui, no nível da experiência pavloviana, como sendo o corte do desejo. (Lacan, 1964:224)

Já na criança neurótica, encontramos uma repercussão bem diferente ao efeito de corte do significante. É no intervalo entre os significantes que ela localiza o desejo do Outro, fazendo-se objeto desse desejo e aí também, localizando o seu próprio desejo. Basta lembrarmos a oposição dos significantes Fort Da tão bem assinalada por Freud na brincadeira de seu neto, onde ele mostra o sujeito alienado em sua identificação ao carretel, objeto no qual se defende de sua afânise, de seu desaparecimento. O desejo, em sua dimensão infinita, se mantém na fantasia, que se instala no intervalo mesmo da cadeia significante, sustentada pelo falo, significante que funciona como razão do desejo.

A debilidade e a psicose seriam situações onde o holofraseamento do par significante, impossibilitaria a afânise do sujeito, e, portanto sua constituição como sujeito do desejo. Tal holofraseamento se daria, contudo, de forma distinta em cada um dos casos, e certamente não seria pelos motivos de uma impossibilidade natural como no caso do cachorro, o que, acentua Pierre Bruno, descarta a dimensão deficitária na debilidade e na psicose. Ainda segundo Bruno, ao invés do déficit teríamos o excesso, excesso esse responsável pela inibição do débil e pela forclusão na psicose.

Na psicose, a hiância, o furo, o corte produzido pelo significante, introduzindo a função da causa não se produziria, pela recusa a esse corte. Como nos diz Lacan, falta um dos termos da crença, o que impede a sua apreensão no momento de seu desvanecimento. Tal recusa tem como conseqüência o fato de que esse buraco, essa hiância observada a partir da ausência da mãe, da falta do Outro, seja experimentada no real. Eric Laurent nos fornece uma série de exemplos desse surgimento da hiância no real, como o da paciente que não podia comer pois seu corpo estava aberto, ou outra paciente que via buracos se abrirem no chão enquanto andava. É nesse buraco que Schreber experimenta delirantemente sua morte, mas é também em torno desse furo que ele vai ordenar toda a reconstrução de seu mundo. Esse buraco no real nada mais é do que a presença real do objeto de um desejo sem lei, o sujeito psicótico não aparece aqui identificado ao objeto, mas como objeto real de um gozo infinito.

Na debilidade, se há a introdução de uma dimensão psicótica, essa não se faz por uma impostura do lugar do pai. O débil segundo Lacan, é um suporte do desejo da mãe num termo obscuro. (p.225) Para Bruno ele se auto interdita, como se ele se fundasse nos significantes do Outro, interditando-se de se interrogar sobre sua vontade. Mas é exatamente nessa interdição que pela insistência em esconder, acaba o débil, por essa via mesmo, revelando a própria divisão. Como a criança que relatava a Maud Mannoni: Meu irmãozinho anda..., um outro dia dizia, meu irmãozinho chora..., ou num outro dia, meu irmãozinho sorri. Essa insistência na repetição revelaria pela própria insistência o valor de defesa que teria diante da divisão. Para o débil, a língua se torna caduca como fonte de equívocos. Segundo ainda Bruno, o débil apresenta uma resistência ocasionalmente genial, mantida contra tudo o que poderia contestar a veracidade do Outro do significante, para melhor se prevenir das dúvidas que os assaltam, concernentes ao Outro da lei. É assim, sustentando a verdade a qualquer preço que ele denuncia o seu horror a sua afânise, tornando um pouco mais clara a afirmação presente no seminário ...ou Pire de que o débil flutua entre dois discursos. O débil mantém-se no lugar da verdade apesar da virada do discurso. Mantendo-se nesse lugar, insistindo na verdade ele mente. Mente ao negar a falta do Outro, mente ao negar sua divisão. Tal mentira se sustenta no imaginário, onde ele faz do seu organismo um corpo, mentindo aí também pela via da negação da hiância presente em todos os seres humanos quando da apreensão da imagem. Insistindo na verdade o débil mantém a mentira de se fazer UM, de fazer existir a relação sexual.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. BRUNO, P. "A coté de la Plaque. Sur la debilite mentale". Ornicar?. Revue do Champ Freudien, nº 37, abril-juin, 1986, p.38.
2. LACAN, J. O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
3. LACAN, J. O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2a.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.
4. LACAN, J. "De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose". Trad.: Vera Ribeiro. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 537-590.
5. LAURENT, E. "Psicose e Debilidade". Trad: Vera Ribeiro. Versões da Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. pp.167-175

## **DUAS REFERENCIAS DE LACAN**

### **Cristina Drummond**

Nossa investigação se orientou esse ano pelo tema do Encontro AMP-América que é "Os usos da psicanálise". Recortamos nesse campo nosso tema que é "Os usos do sintoma". Particularizamos a questão dos usos da psicanálise pelo viés dos usos do sintoma para dar continuidade a nossa investigação do ano passado que se ocupou do encontro da criança com o sexual. Se esse encontro rompe com a organização imaginária do corpo do sujeito, se ele rompe a representação narcísica do corpo, ele se torna um momento propício para o desencadeamento de sintomas na criança.

Para que serve o sintoma? No final de seu ensino Lacan definiu o sintoma como um acontecimento de corpo, definição destacada por J-A Miller. Poderíamos tomar os sintomas da criança sob essa definição? Muitas vezes a posição da criança é a de fetiche da mãe e é dessa posição de pertencendo ao corpo do Outro que ela faz sintoma. Se a operação de separação ainda não se efetuou, seja por estrutura ou como operação ainda por vir, o sintoma da criança deve ser tomado de outra maneira. Assim, cabe ao analista em muitos casos deixar e possibilitar à criança fazer seu sintoma.

Que usos uma criança poderá fazer dessa invenção particular que é seu sintoma? Servirá dele para se separar da mãe? Terá ele função de Nome-do-Pai? Servirá ele para organizar o gozo invasivo no campo do Outro? Servirá ele para organizar o campo pulsional? O que dizer das soluções possíveis encontradas numa análise?

### **O desenho de Carla**

Vou tomar um pequeno exemplo clínico que penso poder nos introduzir na questão dos caminhos da formação dos sintomas.

Carla vem à análise porque é uma filha muito desobediente e produz pouco na escola. Além disso, ela iniciou aos 7 anos um processo de puberdade precoce e vem se submetendo, com dificuldades, a um tratamento endocrinológico. Seus pais se separaram e seu pai casou-se novamente e teve uma outra filha.

Carla não quer mais se encontrar com o pai nos finais de semana alternados que lhe caberiam. A mãe acha a atitude da filha adequada e justificada pela violência desse homem, suas dificuldades mentais e seu caráter irascível. Pensa que o ideal seria mesmo afastá-la da convivência com o pai.

O que Carla vem dizer é de seu ódio por essa criança que veio desalojá-la definitivamente da posição de bebê na dialética do desejo de seus pais. Ela quer matá-la e fazer seus pais ficarem juntos novamente, reavendo sua posição subjetiva anterior.

Numa determinada sessão ela chega me dizendo que tinha tido tanto medo à noite que tinha ido dormir na cama da mãe. O que aconteceu é que ela havia visto um filme de zumbis que vinham matar as crianças e ela havia sonhado que eles tinham vindo roubá-la. Devemos observar como as cenas vistas, muitas vezes em filmes, televisão, são propícias para o desencadeamento de medos. Isso nos indica como o imaginário é nessas ocasiões de certa maneira desarranjado por algum elemento real capturado pelo olhar.

Ela quer desenhar a cena para me explicar e de algum modo organizar sua angústia. Penso que esse desenho pode ser tomado por nós de modo análogo ao grafo do desejo de Lacan, onde vários circuitos da relação desse sujeito com seu Outro podem ser traçados como organizando o surgimento do sintoma.

Ela desenha a mãe, o olhar, e a cena. Há um bebê ameaçado. Sobre ele, ela coloca o zumbi, o fantasma. E por trás da tela ela situa o pai, aquele que deveria poder responder por aquela invasão do real, mas que na verdade não intervém. Ela coloca então os corações partidos, sinais da perda da complementaridade entre os sexos.

Podemos localizar aqui o registro do imaginário, as redes do simbólico curtocircuitadas pelo fantasma e a falta presentificada pela perda introduzida pelo real da presença do bebê.

Que resposta é essa que surge quando a organização da posição subjetiva do sujeito se vê desequilibrada? Quais são as vicissitudes da relação da criança com a mãe e o falo da mãe que levam a criança à elaboração de um sintoma? Como entender a articulação do sintoma com todos esses circuitos que se encontram aqui representados no desenho dessa criança?

### **A conferência em Genebra**

Para nos introduzir nesse tema vamos tomar duas referências no texto de Lacan que irão funcionar para nós como orientadores. Essas referências são bem posteriores ao Seminário IV, no qual ele dedicou várias lições ao caso Hans. Se naquela ocasião o que orientava sua leitura da fobia era o falo e a metáfora paterna, nos anos 70 o que estará em questão é o real articulado ao imaginário e ao simbólico. Agora Lacan nos aponta que a metáfora paterna sempre falha assim como o sujeito sempre encontra impasses na extração do objeto. O que é estrutural é a falta no Outro.

A primeira referência é a Conferência em Genebra sobre o sintoma (i) que data de 75. Nela, para nos introduzir na questão do sintoma, Lacan nos indica a leitura de duas conferências introdutórias de Freud sobre o sintoma, a conferência XXIII que trata do caminho da formação dos sintomas e a XVII que trata do sentido dos sintomas. Ele retoma então o argumento de Freud de que os sintomas têm sentido e de que esse sentido está orientado. O sintoma é, portanto, passível de decifração. E seu sentido, diz Lacan em sua Conferência, "só se interpreta corretamente – corretamente querendo dizer que o sujeito revela uma parte dele – em função de suas primeiras experiências, isto é, na medida em que encontro o que chamarei (...) a realidade sexual" (ii)."

Miller fez um seminário em Barcelona em 96 que tem como título exatamente o título da conferência XXIII de Freud: "die Wege der Symptombildung (iii)". Ele nos aponta três tempos na elaboração de Lacan sobre o sintoma.

1) O tratamento lacaniano do conceito freudiano de sintoma: o sintoma é sintoma da relação do sujeito com o Outro

O primeiro tempo seria aquele do simbólico como organizador da formação dos sintomas. O sintoma é o efeito de um sentido recalçado. Ele faz enigma, se manifestando suportado por um significante cujo significado está recalçado. Podemos situar esse caminho no gráfico L sobre o eixo sujeito- Outro e é nessa articulação que o sintoma se situa.

Lacan inclui posteriormente esse primeiro esquema num grafo mais complexo, o grafo do desejo, onde vários caminhos podem ser desenhados, o que lhe permitirá articular o sentido ao gozo.

Aquí o sintoma se situa em  $s(A)$  como um efeito de significado do Outro. Ele é um efeito especial de sentido porque se conecta com o fantasma. O que Lacan busca é articular o circuito pulsional com o circuito semântico.

A terceira articulação do sujeito com o Outro apresentada por Lacan é sustentada pelas operações de alienação e separação escritas como círculos e em cuja interseção se situa o gozo sob a forma do  $a$  vindo complementar o efeito de sentido. Primeiro há significante e sentido, é o que Lacan chama de alienação. Depois há mais de gozo, o que Lacan chama de separação.

2) O inconsciente é um aparelho de gozo

Na escrita do discurso do inconsciente temos, a partir do aparelho de sentido, a produção do mais de gozar.

$S1 \Rightarrow S2$   
 $\$ \quad a$

3) O sintoma é um sentido gozado

Quando Lacan escreve o aparelho psíquico com os nós, eles ilustram que os círculos são equiparados e que há uma equivalência entre gozo e sentido. É o que Lacan chama de sentido gozado.

Na conferência Lacan vai abordar inicialmente o problema pelo viés do corpo: "Se o homem (...) não tivesse o que se chama um corpo (...) ele não seria profundamente captado pela imagem do corpo" (iv) . A relação do sujeito com a imagem de seu corpo lhe é profundamente estruturante e o momento onde essa estrutura é de alguma forma perturbada se torna um momento privilegiado para que ele faça uso de um sintoma. A posição de Lacan agora é a de dizer que o imaginário é o único lugar a partir de onde o simbólico pode se revelar ao sujeito e acrescenta que a infância é a época decisiva em que os sintomas se cristalizam para o sujeito. Podemos tomar essa conferência como uma primeira maneira de formular sua definição de 79 de que o sintoma é um acontecimento de corpo.

Essa leitura das conferências tem um ponto de desacordo com Freud: o do autoerotismo na formação dos sintomas e o exemplo que Lacan toma dessa objeção é Hans. O sintoma fóbico ilustra o gozo como sendo sempre hetero. "O gozo que resulta desse Wiwimacher é-lhe desconhecido a ponto de estar no princípio de sua fobia" (v)."

Voltemos ao caso Hans para melhor compreendermos essa indicação de Lacan. Qual foi a

dificuldade que levou Hans à elaboração do sintoma fóbico? Esse menino que se encontrava na posição imaginária de ser o falo da mãe vê esse jogo de mimar ser interrompido primeiramente pelo nascimento de sua irmã, Hanna. Esse bebê traz uma destituição narcísica, uma destituição da posição falocêntrica de Hans, levando-o a colocar novamente em questão o Desejo da Mãe. O bebê é a prova de que ele, Hans, não satisfaz inteiramente sua mãe em seu desejo de ter um equivalente do falo. Lacan o enunciou da seguinte maneira : “Essa experiência do desejo do Outro, a clínica nos mostra que ela não é decisiva pelo fato de o sujeito nela aprender se ele mesmo tem ou não um falo real, mas por aprender que a mãe não o tem. É esse o momento da experiência sem o qual nenhuma consequência sintomática (fobia) ou estrutural (Penisneid) que se refira ao complexo de castração tem efeito (vi).”

Em segundo lugar, temos o “encontro com a própria ereção” à qual Lacan dá um valor fundamental. Esse encontro se introduz e desarranja de forma abrupta o circuito da relação mãe-filho, ou como indicamos acima, do sujeito e seu Outro. Esse gozo irrompe no corpo como vindo de fora e faz do órgão sexual de Hans, seu *Wiwimacher*, um órgão *unheimlich*, ao mesmo tempo próprio e estrangeiro, um órgão justaposto ao corpo, agregado a ele. A organização do corpo que anteriormente tinha como fundamentação *i(a)*, uma imagem, se vê de certa maneira esfacelada por esse buraco introduzido no real, o objeto a se coloca a descoberto com a queda da imagem. Esse gozo sexual é traumático porque confronta o sujeito com algo que não tem sentido.

Se esse gozo fosse autoerótico, ele entraria no circuito do princípio do prazer. No entanto, o que se passa é que ele introduz um excesso no nível do prazer, e conseqüentemente, uma ruptura na representação narcísica do corpo.

Se Hans recorre ao sintoma nesse momento é porque o Desejo da Mãe não pode ser inteiramente metaforizado pelo Nome-do-Pai, já que há para ele uma carência no nível da função do pai. Se o pai de Hans lhe faltava não era no nível da atenção e cuidado. Ele se mostrava insuficiente como parceiro da mãe, não a satisfazendo enquanto mulher, sendo insuficiente, portanto, para promover um deslocamento da criança do lugar de ser o falo da mãe e conseqüentemente separar o que ele era como criança daquilo que falta à mãe e que ele não pode preencher. Se a mãe de Hans permanece insatisfeita, ela se apresenta como gulosa de falo e faz valer para seu filho uma relação de devoração com a castração.

A angústia surge para o sujeito do real, do sem sentido do gozo. Para sair dessa angústia ele vai encarnar esse gozo num objeto externo. Como a função paterna é insuficiente para metaforizar esse gozo significantizando-o, fazendo-o passar para o sentido, Hans vai apelar para um significante, o cavalo, que se encarrega então do não sentido do gozo. Há, portanto, uma passagem do sem sentido ao significante cavalo.

A angústia se transforma em medo e Hans pode agora localizar aquilo que se passava com ele e que ele não entendia do lado de fora, no cavalo, que passa a poder ser evitado.

Essa metáfora da fobia cavalo é um efeito de sentido. O sintoma permite ao sujeito gozo estruturar portanto uma versão do gozo estruturado a partir da construção de uma metáfora significante que é uma construção simbólica.

### **A lição do seminário de um Outro ao outro**

Nossa segunda referência é a lição de 7 de maio de 69 do seminário “de um Outro ao outro”. Nela Lacan vai comentar o caso de fobia de galinhas apresentado por Hélène Deutsch em suas conferências ( e cuja tradução vocês já tiveram acesso) que foram

publicadas em 1930 sob o título de “A psicanálise das neuroses”. Aqui, ele se refere também a uma mudança profunda, a um rearranjo do gozo para o sujeito, que faz uso de sua fobia como uma plataforma giratória. Seria essa plataforma giratória a efetuação da estrutura?

O termo “*plaque tournante*”, de acordo com o *petit Robert*, significa plataforma giratória que serve para a mudança de direção dos trens; centro, lugar de trocas, encruzilhada. Lacan diz que podemos tomar a fobia não como uma entidade clínica, mas como uma plataforma giratória onde a posição do sujeito se elucidará de acordo com a via que ele tomar.

Se num primeiro tempo do ensino de Lacan a fobia parecia ser contingente e a angústia estrutural, agora, o sintoma fóbico aparece como estrutural para o sujeito e me parece que o termo de plataforma giratória nos aponta para o uso que o sujeito faz de seu sintoma para lidar com os impasses da falta no Outro que é de estrutura. É por isso que a fobia é um sintoma tão freqüente na infância.

Esse caso esclarece de uma forma particular a discordância entre a imagem do corpo e o objeto que ela reveste. Ela se torna patente no momento de vacilação da identificação imaginária do menino no circuito do desejo materno. Se o caso Hans parece elucidar mais a questão da falha da metáfora paterna para significantizar o gozo, esse caso parece deixar mais evidente os impasses com a extração do objeto.

Temos no início uma relação particular desse menino com sua mãe, ele na posição de ser e fornecer a ela o objeto de seu interesse. Ele ia com ela ao galinheiro todos os dias onde verificavam os ovos que tinham sido postos. Seu interesse particular era pela maneira pela qual sua mãe apalpava as galinhas, brincadeira que queria que ela também fizesse com ele no banho. Ele aspirava fornecer esse objeto que tinha um interesse particular para a mãe. O lugar de galinha era para esse menino um lugar no e para o gozo do Outro e é deste lugar que ele atua, mesmo sem saber porque.

Ocorre então um acontecimento perturbador aos sete anos quando o irmão, já adulto, com quem ele tinha uma relação de competição, o agarra por trás numa situação que Hélène Deutsch chama de cena lúdica de agressão sexual, dizendo ser o galo e o irmão, a galinha. Essa cena revela para o sujeito o que ele era sem, no entanto, sabe-lo. Esse saber diz respeito à diferença dos sexos e a percepção da mãe enquanto castrada, e o menino faz uma equivalência entre o feminino, o objeto e o passivo.

O que cai nessa cena é a imagem menino-galinha que recobria o objeto a, o ovo como mais de gozar da mãe. Se ele grita que não quer ser a galinha é porque, diante desse saber revelado, ele não suporta mais ficar nesse lugar. Lacan nos diz que há uma inversão de uma posição de poder sem saber a uma posição de saber sem poder. É de um ponto de virada que se trata, e podemos assim apreender um dos sentidos do termo plataforma giratória usado por Lacan. Há uma mudança de registro que transforma todas as relações do sujeito, fazendo surgir novos circuitos de sua relação com o Outro.

O menino é tomado de angústia. Se ele sabe o que tinha sido, não sabe mais o que fazer com o desejo do Outro, no caso, da mãe. O sujeito começa a evitar as gozações do irmão, em seguida evita as galinhas inicialmente com medo dos ataques sádicos do irmão. Ele passa da galinha como objeto de gozo à galinha causa de angústia e depois ao significante do medo: medo de ser bicado pela galinha. Tal como diz Lacan: “O viramento(vii) de um registro ao outro, eu não digo a viragem(viii) do que está investido numa certa significação de um registro ao outro, eis aí o ponto onde tropeça a função precedente e onde nasce o seguinte, que a galinha vai tomar a partir daí para ele uma função perfeitamente significante e totalmente imaginária, a saber, que ela lhe dá medo”(ix) . O medo se coloca no lugar da

angústia da não resposta e o sujeito fica numa posição mais confortável que é a do evitamento; mais confortável porque diante do enigma da angústia o medo permite ao sujeito alguma ação, a de evitar o objeto fóbico junto com o saber. Essa posição é uma posição de horror diante do saber, diante da mãe como desejante e, portanto, castrada.

O objeto a se revela como uma encruzilhada para o sujeito no campo do narcisismo e ele encontra como solução a fobia.

Lacan chama esse momento em que se revela a estrutura de falta no Outro para o sujeito de plataforma giratória não apenas porque há o que ele chama de viramento, mas porque podemos nos deparar a partir daí com diferentes respostas do sujeito.

Esse abalo na identificação imaginária pode levar à resposta da psicose, onde a angústia não conduz o sujeito nem a uma interpretação, nem a uma situação de gozo, mas invade o sujeito que se vê na uma impossibilidade de dar uma resposta simbólica a essa interpelação. Nesse caso, o sujeito nem chega à plataforma giratória, ele não estrutura uma saída fóbica. O abalo imaginário não traz ao sujeito uma resposta do simbólico, sua resposta lhe vem do real.

Se o inconsciente não interpreta esse encontro, a plataforma girará em direção a constituição de uma estrutura perversa, onde o sujeito desmente o saber da estrutura e goza do saber de seu gozo. Essa maneira de articular fobia e perversão esclarece de uma nova forma essa questão que foi longamente trabalhada no seminário IV, no caso de perversão transitória em "A direção da cura", e que foi formulada da seguinte forma em 58: "não que não se apresentem transmutações interessantes do objeto de uma fobia em fetiche, mas, precisamente, se elas são interessantes é pela diferença de seu lugar na estrutura" (x). A idéia de plataforma giratória coloca a questão no saber e no gozo e não apenas na relação com o falo.

Se o giro se dá em direção ao campo da neurose, o sujeito fará uso de seu sintoma. A entrada nesse campo depende da interpretação que o inconsciente faz do Outro como agente da castração. O sujeito fica no lugar de objeto desse gozo que ele combate com seu sintoma. A plataforma girará para a histeria ou obsessão dependendo do tipo de defesa como escolha forçada que ele fizer.

Essa primeira fase da fobia desse rapaz dura dois anos, e o sintoma desaparece quando seu irmão sai de casa. Seis anos depois o sintoma retorna quando ele volta a sua casa e fica sabendo da homossexualidade do irmão. O desaparecimento do sintoma é associado para Hélène Deutsch ao seu desvio do sexo feminino, se tornando ele próprio um homossexual manifesto. Apesar de não nos serem dados os caminhos pelos quais essa análise terminou na heterossexualidade do sujeito, podemos supor que, ao restituir o campo do Outro a análise permitiu a esse sujeito furar o Outro e aí localizar o objeto a.

Nessa perspectiva da fobia como plataforma giratória o que está em questão não é a impossibilidade do Nome-do-pai metaforizar o Desejo da mãe, já que isso não é um privilégio do sujeito fóbico. O sintoma surge para dar conta dessa falta na estrutura, articulando simbólico e imaginário e encontrando uma solução para esse ponto de real que o sujeito tocou. É justamente a eficácia da fobia diante da falta na estrutura que esse caso relatado por Hélène Deutsch ilustra tão bem.

O significante fóbico tem uma vertente de objeto que deriva do gozo oculto do sujeito e uma vertente do vazio da estrutura. De certo modo esse significante permite cifrar o sentido que

está sempre em fuga e a significação que é sempre sexual, já que remete à impossibilidade da relação sexual.

### **Notas**

- (i) J.Lacan, Conferência em Genebra sobre o sintoma, in Opção Lacaniana n ° 23, dezembro 1998, ps. 6-16
- (ii) J. Lacan, Idem, p. 10
- (iii) J-A Miller, Seminário de Barcelona sobre Die Wege der Symptombildung, in Freudiana, ps. 7- 64
- (iv) J. Lacan, Ib. p. 7
- (v) J. Lacan, Ib. p. 10
- (vi) J.Lacan, A significação do falo, in Escritos, Jorge Zahar Editor, 1998, p. 701
- (vii) viramento: em francês, virement, ato ou efeito de virar, dic. Houaiss
- (viii) viragem: em francês, virage, passagem de um estado para outro; alteração, mudança, dic. Houaiss
- (ix) J. Lacan, Le Seminaire D'un Autre à l'autre, inédito, lição de 7 de maio de 69
- (x) J. Lacan, A significação do falo, in Escritos, Jorge Zahar Editor, 1998, p. 694.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bernardino HORNE, "A fobia como plataforma giratória", in: O Sintoma-charlatão, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Hélène DEUTSCH, "Un cas de phobie des poules", in: Les Introuvables, Ed. Seuil, 2000. (uma tradução do texto encontra-se disponível na secretaria do IPSMMG.

J. LACAN, As relações de Objeto, O Seminário, Livro 4, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

## **A TOXICOMANIA NÃO DESIGNA UMA ESTRUTURA**

### **Lilany Vieira Pacheco**

A orientação dos trabalhos do Núcleo de Toxicomania encontra-se inscrita em seu nome. Trata-se de um espaço de investigação e pesquisa aberto a todos aqueles que, no cotidiano da clínica psicanalítica, encontram-se interpelados pelos fenômenos que têm sido intitulados no campo freudiano, de "novas formas de sintoma". Assim, esse Núcleo de Pesquisa faz um convite a todos aqueles que se interessem pelo tema, advertindo, entretanto, que as discussões aqui realizadas não pretendem fazer da "toxicomania" uma especialidade, mas situá-la como uma questão atual com a qual o saber do analista está confrontado.

A expressão "toxicomanias", no plural, indica a presença na clínica contemporânea de diversas modalidades de usos de objetos, não designando, apenas, um personagem, mas também as várias modalidades de "conexão de gozo" encontradas na contemporaneidade como respostas ao que temos intitulado "declínio da função paterna", declínio do Ideal.

Temos sido testemunhas da presença da droga e do álcool como suplência nas psicoses. Com frequência, encontramos a correlação entre uso de drogas e atos infratores entre os adolescentes. E, em alguns casos, a clínica tem apresentado outras formas de consumismo na quais se reconhece a presença de "toxicômanos sem drogas", a exemplo do que se pode verificar, com frequência, nos serviços de atenção às toxicomanias, que o toxicômano pode aparecer não só como um consumidor de substâncias, mas como um consumidor de tratamentos, programas, recursos e instituições, inscrevendo um circuito de gozo

toxicomaniaco onde os tratamentos mesmos se tornaram um objeto a mais na escala de consumo.

Jean Baudrillard situa na metade do século XX, a linha que separa a sociedade de consumo da sociedade que a precedeu e coloca, nessa linha, como pivô fundamental, os meios massivos de comunicação, dentro os quais sublinha com especial ênfase a mensagem publicitária. O projeto ético-social que tem sido denominado de Sociedade de Consumo nasce, segundo Baudrillard, no momento em que os meios massivos de comunicação "se convertem, por si mesmos, em objetos de consumo privilegiados, no momento em que a mensagem publicitária é absorvida de um modo prioritário, se entra em um tipo de organização sócio-econômica diferente da que tem prevalecido até meados do século XX. A sociedade de consumo é aquela na qual já não há somente objetos e produtos que se desejam adquirir, mas o próprio consumo é consumido sob a forma a forma de mito".

Enfim, saídas encontradas pelos sujeitos, frente ao mal-estar na civilização contemporânea, marcado pela preponderância dos efeitos dos discursos do universitário, da ciência e do capitalismo de tal modo que na "sociedade de consumo", os objetos valem mais que os ideais. O termo gadget foi utilizado por Lacan para referir-se aos objetos de consumo produzidos pelo saber científico e pelas tecnologias. Gadget " é definido como sendo um emblema da sociedade pós-industrial. Trata-se de um termo que não encontra uma definição precisa, mas que é constituído, segundo Baudrillard, na combinação entre "a inutilidade potencial e o valor lúdico".

Como se vê, trata-se de respostas técnicas que servem como meio para o manejo dos problemas colocados pela civilização, marca comum das novas formas do sintoma, onde um "fazer com o corpo" se coloca em lugar do "dizer", modo simples e claro de se definir, o campo clínico das "novas formas do sintoma", no qual encontramos sujeitos que fazem do corpo uma máquina para gozar, sem se interrogarem, sequer, que gozo é permitido, que gozo é legítimo obter com esse corpo.

Constata-se, desse modo, que a escala de consumo, a diversidade de drogas popularizadas fazem do fenômeno da toxicomania um fato discutido por diferentes organizações sociais, verificando-se, nesse contexto, a importância da entrada da psicanálise e de uma oferta clínica nesse campo das toxicomanias, na medida em encontra-se aqui, um terreno fértil de discussão ética sobre o "direito ao uso do corpo", tema esse que tem ocupado os comitês de ética, quando encontramos-nos em um ponto da civilização em que o "Outro não existe".

A discussão acima mostra-nos como, nas "novas formas do sintoma", o dispositivo analítico se vê confrontado com um modo de gozo onde o "fazer" tornou-se preponderante em relação ao "dizer", colocando a exigência de que concentremos nossos esforços para a elucidação desses fenômenos já que as "toxicomanias" oferecem-nos o paradigma para pensarmos o futuro da clínica psicanalítica.

Os tempos atuais têm revelado aos psicanalistas a necessidade de discutir o modo como os sintomas contemporâneos demonstram articulações idiossincrásicas entre "as palavras e os corpos", marcando claramente o modo como a ciência se faz presente em nosso dia - a - dia como discurso, povoando a civilização com objetos "causa de gozo", que se prestam a tamponar a "causa do desejo". Esses usos são encontrados com frequência na clínica das neuroses esclarecendo-nos sobre as dificuldades de verificação da demanda e da transferência nesses casos, de tal modo, que a clínica das toxicomanias designa uma "clínica de borda".

Sob a marca da Orientação Lacaniana e, em especial, tendo em vista o I Encontro

Americano do Campo Freudiano, que se realizará em Buenos Aires, em setembro de 2003, com o tema "A psicanálise e seus usos", o Núcleo de Toxicomania tomará como pesquisa para o ano de 2003 as discussões sobre a clínica borromeana e as toxicomanias, tendo como eixo temático um percurso que esclareça a distinção entre o "gozo cínico" enquanto um gozo que não passa pelo Outro e a "ex-sistência do Outro" como condição de possibilidade para que, no além do Pai, o sujeito possa responsabilizar-se pelo gozo.

A clínica dos nós, mostra de que modo os psicanalistas, na contemporaneidade, ao escutarem a singularidade de cada caso, verificam as mais originais e inéditas amarrações, apontando uma diversidade de soluções contemporâneas ao paradoxo do gozo, genuína resposta ao declínio do Outro. Como amplamente discutido no Campo Freudiano, as toxicomanias exemplificam, de modo paradigmático, as soluções e amarrações borromeanas idiossincrásicas.

Deve-se considerar, como referência de capital importância, para se pensar a especificidade do gozo da droga como "gozo cínico", a inexistência do Outro, ou seja, a degradação da função paterna na cena sócio-histórica contemporânea, na qual assiste-se uma dispersão dos significantes mestres, das insígnias fálicas responsáveis por um desvanecimento do Outro, deixando o sujeito à mercê do desvario do gozo(1). Desse modo, encontramos no campo clínico das toxicomanias, oportunidade de verificação dos impasses da clínica psicanalítica e, mais ainda, o imperativo que se coloca, de um avanço em relação ao problema epistêmico da dominância do simbólico sobre o real e o imaginário, e, sobretudo, do modo como as amarrações contemporâneas e suas idiossincrasias "concernem uma radical subversão aos pressupostos da clínica do Nome-do-Pai".

As atividades do NIPP durante o ano de 2003 serão dedicadas à explicitação desse tema conforme programa apresentado na agenda. Desse modo tomaremos como ponto de partida a afirmação recolhida da literatura psicanalítica orientada desde Freud, passando por Lacan, até as recentes contribuições de Jacques Alain Miller, Eric Laurent e outros leitores contemporâneos de Freud e Lacan, de que, para a psicanálise, a toxicomania não designa uma estrutura clínica, mas sim um fenômeno que pode ocorrer em qualquer estrutura clínica.

Dizer que a toxicomania é um fenômeno implica, também, lembrar uma outra advertência: a toxicomania não é um sintoma na acepção clássica de sintoma postulada desde Freud. Com Freud poderíamos dizer que a toxicomania é uma saída, um modo de tratar o mal estar da pulsão pela via da intoxicação na proporção mesma em que se constata a impossibilidade do princípio do prazer, ponto esse ressaltado por ele no capítulo dois do livro "O mal-estar na civilização" onde distingue o trabalho, a ciência e as artes, enfim as saídas substitutivas. Define, a intoxicação como a mais rústica para enfrentar as privações que a vida impõe, seja pelo seu efeito imediato, alteração da sensibilidade que impede a percepção de sensações de desprazer, ou seja, a anestesia, e, por fim a sensação de independência frente ao mundo exterior.

Existe somente uma referência no texto de Freud a um paciente toxicômano que havia feito uma consulta com ele em uma ocasião. A observação que Freud faz sobre o caso é a seguinte: (...) "creio que é um caso ruim, nada adequado para o livre exercício da psicanálise. Para tanto lhe faltam duas coisas – primeiro um certo conflito doloroso entre seu eu e aquilo que as pulsões exigem, pois no fundo está muito contente consigo mesmo e sofre somente pelas resistências de circunstâncias externas. E, em segundo lugar, com esse seu eu aparentemente normal, que pudesse colaborar com o analista, procurará sempre, ao contrário, despistar esse último, enganar-lhe com falsas aparências e deixa-lo de lado". Como se vê, Freud não era otimista sobre a abordagem do toxicômano pela psicanálise.

Pois bem, o fato de existirem poucas referências nos textos de Freud e de Lacan sobre as drogas e sobre a toxicomania como uma patologia, já aponta que a toxicomania encontra-se nos limites abordáveis pelo discurso, e conseqüentemente, nos limites abordáveis pela psicanálise, daí a sugestão de Daniel Sillitti de que a clínica das toxicomanias é uma “clínica de borda”.

Em um momento da história da psicanálise as psicoses representavam a borda. Partindo de certa leitura de Freud, os psicanalistas de toda uma época deixaram fora dos efeitos da psicanálise, as psicoses. É a partir de Lacan que os psicanalistas aprenderam a se orientarem no território das psicoses. É conhecida a afirmação de Lacan “não retroceder diante das psicoses”. Haver atravessado essa fronteira não significou eliminar a fronteira. Novas formas de tratamento do mal-estar na civilização dão lugar a novas bordas, novos desafios, novos obstáculos ante os quais a psicanálise não deve retroceder. As toxicomanias é uma delas. A sugestão do termo “clínica de borda” não faz referência a uma categoria psicopatológica, mas aos obstáculos que o psicanalista encontra em sua prática enquanto essa não pode definir-se sem que se leve em conta a época na qual está inserida.

Desde Freud somos levados a reconhecer que o tema das toxicomanias não entra classicamente na psicanálise, ponto de vista que inspira Freud ao sublinhar o encontro harmônico do bebedor com o vinho, em oposição ao que ele anuncia desde “A degradação da vida amorosa”, que é a impossibilidade da pulsão encontrar o objeto original da sua satisfação, como elemento decisivo para se postular o que Lacan designou de “inexistência da relação sexual”, ou seja, a impossibilidade de harmonia com o parceiro sexual. Assim, encontramos cedo na obra de Freud a referência à relação do bebedor com o vinho como um casamento incomum.

Freud chama atenção, nesse texto, para o fato de que, de um modo geral, se desloca muito a atenção para o objeto quando se aborda a vida amorosa e que a ênfase para se pensar a vida sexual dos seres falantes deve ser posta no funcionamento mesmo da pulsão e não no objeto. Penso que não é por acaso que Freud trata, justamente nesse texto, da relação do bebedor com o vinho, e, sobretudo, penso que se pode extrair daí, também, a premissa que pode orientar a clínica psicanalítica no tocante às drogas – ou seja, o acento deve ser colocado no funcionamento mesmo da pulsão e não no objeto.

Interessa, portanto, ao psicanalista, o aparecimento do sujeito e da sua divisão constitutiva, dada a natureza pulsional do ser falante e do primado do falo como o nó de amarração do funcionamento pulsional que submete a satisfação pulsional aos desfiladeiros do significante de modo tal, que a castração pode ser assim enunciada: onde o sujeito não goza ele se submete, onde ele goza ele tem culpa – insígnia inequívoca do mal-estar na civilização.

Tais considerações, oferecidas pelo referencial psicanalítico, interrogam as abordagens clássicas sobre o tema da toxicomania, freqüentemente designada como drogaadicação, dependência química, toxicodependência, enfim, esses e tantos outros nomes utilizados para designar entidades nosológicas que possuem, em si mesmas, valor diagnóstico, fazendo existir, conseqüentemente, “o dependente químico”, o “alcoólatra”, e uma infinidade de clínicas, inspiradas por uma pluralidade de discursos que sustentam não só a existência do toxicômano, mas, sobretudo, a existência da droga enquanto realidade empírica, meios esses responsáveis por concepções clínicas nas quais impera a regra da abstinência, a noção de dependência, e, conseqüentemente, uma ênfase na substância e no uso que um indivíduo possa fazer dela, esquecendo-se daquilo que o próprio toxicômano fez questão de se esquecer – que ele é um sujeito, que a droga é um objeto eleito, é objeto de uma escolha e que essa escolha se dá sob a égide do inconsciente.

1. Santiago, Jesus. A droga do Toxicômano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BAUDRILLARD, Jean. A Sociedade de Consumo. Rio de Janeiro: Elfos Ed; Lisboa: Edições 70, 1995.

LACAN, Jacques. "Ata de Encerramento da Jornada de Cartéis". In: Letra Freudiana n.0.

LAURENT, Eric. "Tres observaciones sobre la toxicomanía". In: SINATRA, E.S., SILLITTI, D., TARRAB, M. (comp.). Sujeto, goce y modernidad: los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Atuel - TyA, 1994 (II).

MILLER, Jacques Alain "Para una investigación acerca del goce autoerótico" In: SINATRA, E.S., SILLITTI, D., TARRAB, M. (comp.). Sujeto, goce y modernidad. Buenos Aires: Atuel - TyA, 1992 (I).

NEPOMIACHI, Ricardo. Acerca de Três Proposições sobre a Toxicomania In PHARMACON 4/5. TYA.

SILLITTI, Daniel. et alli. "f°". In: SINATRA, E.S., SILLITTI, D., TARRAB, M. (comp.). Sujeto, goce y modernidad: los fundamentos de la clínica.(Nova Série) Bolívia: Ediciones Plural - TyA, 1998.

BENETI, Antônio. "Suplência e Toxicomani". In: O Brilho da (In)felicidade Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.

FREDA, Hugo. Da droga ao inconsciente in Subversão do sujeito na clínica das toxicomanias - Atas da X Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania, Belo Horizonte, 1996.

FREUD, Sigmund. Sobre a tendência universal a depreciação na esfera amorosa. v. 11, Rio de Janeiro: Imago, 1987.

Pontuação de Hugo Freda no seminário "O Outro que não existe e seus comitês de ética", de 02 de abril de 1997.

SANTIAGO, Jésus. A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 2001 (Campo Freudiano do Brasil).

### **O que é a saúde para o sexo? (1)**

#### **Celso Rennó Lima**

Este título exige, primeiramente, uma pesquisa sobre os termos mesmos que compõem sua estrutura semântica: O que é a saúde para o sexo?

Pode-se recorrer, como usualmente se faz, à definição que se encontra no Aurélio (2) para a palavra saúde: "[Do lat. salute, 'salvação', 'conservação da vida'.] S. f. 1. Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são"

Mais do que a própria significação que se pode verificar, destaca-se a própria raiz latina, ou seja, "conservação da vida", "salvação".

No entanto, esta "conservação da vida", esta "salvação" podem ter significados diferentes quando nos referimos à medicina ou à psicanálise.

Enquanto na medicina, a saúde pode ser definida como no Aurélio: Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal, para a psicanálise o conceito de normal merece ser explicitado.

Quanto ao sexo, pode-se assinalar que para a medicina ele está relacionado diretamente ao órgão e a seu funcionamento, sendo por isso que a medicina trata os disfuncionamentos a

partir do órgão na esperança de poder fazer surgir o desejo. Para a psicanálise o sexo é relativo a um sujeito que se caracteriza por sua falta-a-ser, por isso vai-se tratar as disfunções a partir das relações que esse sujeito estabelece com o objeto de seu desejo, na esperança, por que não?, de se resolver os impasses apresentados pelos disfuncionamentos do órgão.

Para levar à frente nosso trabalho, será preciso introduzir aqui um outro conceito: sintoma. É pelo sintoma, como aquilo que diz de um disfuncionamento qualquer, que se pode verificar as diferenças, teórica e prática, das abordagens propostas pela medicina e pela psicanálise. Será, pois, através do sintoma que será encaminhada a questão: "O que é a saúde para o sexo". Em outros termos, tratar-se-á o tema da saúde pelo sintoma para verificar que - adiante o final - a saúde, do ponto de vista psicanalítico, consiste em saber fazer algo com o sintoma.

O sintoma visto pela psicanálise, pode ser definido de uma forma bem simples: é uma solução para se evitar o encontro com a castração.

A castração, outro conceito aqui introduzido, pode ser entendida como um menos de gozo que advém da extração que o significante opera no campo do Outro. Isto esclarece a idéia de que para o ser humano, o gozo - termo que deve ser situado em oposição a um outro: o prazer(3) - está desde sempre marcado por uma perda, o que implica que a insatisfação é a marca que caracteriza todo psiquismo(4) . Esta é a operação que traz como consequência o sujeito do inconsciente, como efeito, e instala no mesmo movimento o que se denomina um mal-estar, um certo incômodo representado pela presença de um objeto que foi extraído do campo do Outro e que permanece como um resto não absorvido pelo simbólico, ou seja, um resto que permanece como o mais íntimo e, também, absolutamente estranho para cada sujeito. Esta presença, marcando um impossível, vai gerar um movimento de busca incessante. Este movimento tem a intenção explícita de restituir o "status quo" anterior na busca do gozo perdido, esclarecendo que é a partir do que se chama 'menos de gozo' que vai se instalar o que Lacan denominou Autômaton - a repetição da impossibilidade na cadeia significante. Esta repetição, ou seja, isso que "não cessa de se escrever" é uma necessidade que vem dizer da impossibilidade (o que "não cessa de não se escrever") que o próprio recalque originário (Urverdrängung) produz. Contudo, todo este movimento só se sustenta por existirem pontos de encontros - tiquê - que, pelo fato mesmo de serem sempre faltosos, acenam com a possibilidade de uma certa realização.

Assim, entre o que "não cessa de não se escrever" (o impossível) e o que "não cessa de se escrever" (necessário) vai-se deparar com um sujeito que, como diz Freud, tem que se haver com um dispêndio de energia adicional para lutar contra o desprazer (Unlust) ou sofrimento (Leiden) que esta situação cria. Sendo isso o que todo ser falante tem como fundamento de sua estrutura, existe, ainda conforme Freud, uma pré-condição na formação de sintomas para cada sujeito.

O sintoma, tal como definido por Freud, é "o resultado de um conflito, que surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido (libidobefriedigung). As duas forças que entraram em luta (que poder-se-ia aqui representar pelos dois movimentos: "não cessa de não se escrever" e "não cessa de se escrever") encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado"(5) . Em outras palavras pode-se dizer que este "acordo" seria uma negociação feita de tal forma que o sujeito diria assim: "pago um preço para não saber que existe algo que "não cessa de não escrever", e este preço é uma satisfação substitutiva que, ao mesmo tempo em que provoca um certo desprazer (Unlust), é onde posso obter minha satisfação.

Então, tem-se alguns dados que são muito importantes para o desenvolvimento deste trabalho: o sintoma é uma tentativa de criar uma harmonia ali, onde um menos se instalou provocando uma desarmonia.

É neste ponto que se pode ver uma discordância fundamental entre os conceitos de sintoma para a medicina e para a psicanálise. Se por um lado a posição médica se refere à noção de harmonia como um objetivo a alcançar quando se está diante de um sintoma - este, portanto, aparecendo como o que perturba e destrói a harmonia -, o sentido do sintoma vai mudar se a referência não for mais a harmonia que ele vem perturbar, mas sim o fato de que ele é harmônico a uma falta, a um menos, ou seja, à castração. J.A. Miller(6) em um texto sobre o envelope formal do sintoma diz que a palavra sintoma tem no seu radical "sin" que quer dizer síntese, reunião, conjunto, o que vem junto, o que coincide. Desta forma, o sintoma é o que faz coincidir duas coisas: a castração e a satisfação. Esta afirmação pode-se fazer sustentando, também, o que escreveu Freud na definição descrita acima.

Para utilizar o nosso jargão, pode-se dizer que a castração é "o ser do sintoma"(7) , seu núcleo. Este núcleo vai se apresentar embrulhado, envolvido pelo "envelope formal do sintoma" - seu invólucro significante. Este termo, utilizado por Lacan no texto "De nossos antecedentes"(8) surge de um certo retorno à psiquiatria clássica de Clérambault, e da "necessidade que levou Lacan à psicanálise"(9) por ocasião do seu famoso caso Aimée: "Pois a fidelidade ao envelope formal do sintoma, que é o verdadeiro traço clínico do qual tomamos o gosto, nos leva a este limite onde ele retorna em efeitos de criação"(10) . Um pequeno parêntese, neste ponto, para dizer que esta afirmação de Lacan, feita em 1966, aparece como um prenúncio do que, mais tarde, será definido como "saber aí fazer com seu sintoma"(11) .

Partindo da frase de Lacan, descrita acima, Miller chama a atenção para os dois eixos do sintoma: (1) se, por um lado, há um núcleo que pode se denominar de castração, de sofrimento, de "mais de gozo" em consequência do "menos de gozo" da operação significante, há, no sintoma, (2) uma mensagem endereçada ao Outro e que espera uma decifração(12) .

Em outras palavras, é possível um trajeto na formação do sintoma que, a partir de um 'menos' que se instala como consequência da extração do objeto "a" pela operação significante, faz surgir uma intenção de significação que produz uma resposta que, exatamente por ser da ordem do impossível, relança a busca de significação. Esta busca de significação é explicada por J.A.M. como sendo a "transformação da queixa que emerge do fundo do desprazer em mensagem (...) fazendo existir o sujeito de uma maneira nova no campo do Outro, e sob forma constituída"(13) . No entanto, quando se formata uma queixa, ou como nos diz M. Silvestre(14) : quando fazemos coincidir uma queixa e um sofrimento, vamos perceber que ela se desnatura, pois há o que se pode dizer e o que não se pode dizer pela própria impossibilidade do significante em dizer tudo.

Esta dificuldade é o que faz com que a lógica própria ao Outro, ao estabelecer esta relação entre queixa e sofrimento, vá congelar e fixar a queixa numa certa cena. Em outras palavras, do que se trata aqui é de um certo percurso pulsional(15) que se estabelece na relação do sujeito com "um dos objetos que havia anteriormente abandonado"(16) , porque "a libido é induzida a tomar o caminho da regressão pela fixação que deixou atrás de si nesses pontos do seu desenvolvimento"(17) Pontos em que queixa e sofrimento, gozo e mensagem, castração e envelope formal, se fizeram coincidir.(18)

Quando alguém vai até um analista, o que se espera é que ele faça um relato de sua infelicidade. Neste relato pode-se, então, perceber que há uma harmonia, há um arranjo

que faz existir uma satisfação ali mesmo onde o sujeito se queixa de dor. Este é o paradoxo que Lacan define em *Televisão* quando nos diz, que a demanda “de um que sofre”, nos diz que “o sujeito é feliz”. E continua: “É mesmo sua definição, pois que ele não pode nada dever senão ao momento oportuno (heur), à sorte (fortune) dito de outra forma, e todo momento oportuno é bom para isso que o mantém, ou seja, por que ele se repete”(19) .

Por tudo isso se pode afirmar que “o sintoma analítico, enquanto formatado no campo do Outro, constituído como o que se instaura da cadeia significativa, tem estrutura de ficção”(20) . Isto o demonstra muito bem o sintoma histérico, na medida em que, na histeria, vê-se o sintoma como ser de verdade do sujeito, pois ele é deslocado desde baixo e colocado em evidência. Em outras palavras, no sintoma histérico “o objeto ‘a’ como real virá ao lugar da verdade”, como muito bem o mostra a estrutura do Discurso da Histeria.

Pode-se acrescentar, ainda, que ao instalar-se como “ser de verdade”, o sintoma promove a construção de uma suposição de saber no campo do Outro. Partindo da premissa estrutural de que não há relação entre o sujeito e o Outro, o sujeito está, desde sempre, afastado de sua verdade. O laço possível, entre o sujeito e o Outro, se faz pelo sintoma. E se faz, com a criação de um “ser de saber” ali, onde a verdade lhe está vetada.

Um fragmento clínico, trazido ao cartel(21) por Flávio Monteiro de Carvalho pode ilustrar esta questão: Trata-se de uma senhora de 32 anos, casada há 2 anos, sem filhos. O marido, com 35 anos por ocasião da consulta, encontra-se no segundo casamento. No seu primeiro casamento, o marido teve 4 filhos. Até dezembro de 2001 a paciente fez uso de contraceptivo hormonal. De janeiro de 2002 até o momento da consulta ela vem lidando com o desejo de engravidar-se. Fez a primeira consulta com Flávio no início de março de 2002. O motivo da consulta foi saber por que não havia engravidado ainda. Flávio explica-lhe que três meses de interrupção do uso de contraceptivos era um tempo muito curto. De qualquer forma pediram-lhe alguns exames complementares que deveriam ser trazidos na próxima consulta. No retorno, quinze dias depois, ela voltou acompanhada pelo marido, que veio disposto a conversar com o médico. Entretanto, sem dar, ao médico, tempo nem mesmo de perguntar alguma coisa, foi logo dizendo: “fui ao urologista há alguns dias e ele me disse que sou portador de varicocele e isso dificulta a gravidez”. Diante desta afirmação, Flávio assinala que, no casamento anterior ele teve quatro filhos e a varicocele não havia prejudicado tanto assim... Ele, porém, continuou dizendo que agora a situação estava pior, pois de Janeiro de 2002 para cá sua atual mulher (que estava ao seu lado, no consultório, sem dizer uma palavra) marcava hora para eles transarem, pois ela queria, de qualquer forma, engravidar-se. Flávio percebeu nisso uma dificuldade que, provavelmente explicava a introdução do tema da cirurgia de varicocele. Esta talvez fosse uma saída para aliviar esta cobrança. Em função disto, disse-lhes, então, que para um casal que não evite filhos com o uso de contraceptivos e tenham contatos sexuais freqüentes, a gravidez ocorre em um prazo de um ano em 68% dos casos e que os outros 32% só se completam em 2 anos. Só depois desse tempo é que médicos ginecologista ou urologista deve começar a investigar a situação para depois, se for necessário, estabelecer o tratamento. A paciente perguntou, então, se alguma medicação lhe seria prescrito. A resposta de que não era necessário foi acompanhada de uma ponderação sobre a urgência da demanda o que abriu um novo caminho possibilitando uma escuta do sintoma, para além das demandas que trazia aquele casal.

As conseqüências desta conduta só puderam ser colhidas depois, mas a verdade é que ao decidir não medicar, apaziguando o mal-estar, pôde-se abrir um caminho para que uma criação advenha, ou seja, abriu-se um caminho para o novo a partir do velho sintoma.

Estrutura de ficção, queixa, sofrimento, não importa como a ele se refere, a verdade é que o

sintoma é o que vai dizer de algo que não vai bem e o “clamor da humanidade” é pelo apaziguamento do mal-estar que isso provoca.

No entanto, é preciso repetir aqui uma afirmação que merece toda atenção: “o sintoma é o mais particular que cada um tem e, por outra parte, o mais real. O sintoma é precisamente o que faz com que cada um, em alguma coisa, não consiga fazer absolutamente o que lhe está prescrito pelo discurso de seu tempo.” (22) Esta afirmação alerta para uma questão de ordem prática e, por que não?, Ética! É fundamental ao se escutar o relato da infelicidade de alguém, que se tenha em conta o fato de que esta infelicidade é o que há de mais particular, é o que sustenta este sujeito enquanto constituído e, mesmo que tenha sido por não estar mais funcionando como antes que ele procura uma análise, ainda assim é seu traço mais particular: “Eu sou assim!”, dizem de várias maneiras os candidatos à análise. Talvez por isso é que, ao se diferenciar o lugar do analista, do lugar do terapeuta, está-se dizendo de um compromisso que não é com o movimento humanitário que, com seu clamor, espera poder universalizar o que há de mais particular. O compromisso que se estabelece é com a particularidade de cada um. Pôr-se a serviço desta verdade supõe um desejo que já foi qualificado de inumano. Talvez por isso é que Lacan, em sua Nota Italiana (23), diz que o analista é o rebotalho da humanidade, na medida em que quer saber disso que todos querem esquecer. Em outras palavras, Lacan vai afirmar que o mal-estar na civilização consiste em gozar da renúncia ao gozo. Sim, porque ao estabelecer uma solução de compromisso entre as duas forças opostas que estão em conflito, o sujeito renúncia à uma possibilidade de um gozo possível. Gozo este que só será possível na medida que o Outro é esvaziado de gozo, ou seja, na medida em que o sujeito deixa de acreditar que o Outro quer dele sua castração, que o Outro vai retirar o que ele tem de mais precioso: seu pequeno nada. Uma analisante explicita muito bem esta questão ao pronunciar esta frase: “Percebi que sempre tive medo de perder o que nunca tive.”

Talvez estejam se perguntando: o que tudo isso tem a ver com o nosso tema? Ora, simplesmente o seguinte: na verdade o que está no cerne do que se entende por sexo, mais precisamente, por relação sexual – e aqui se refere, obviamente, ao que diz a psicanálise – é a sua impossibilidade, o menos, o resto irreduzível de gozo que se assinalou a pouco. Assim, a única possibilidade de estabelecer uma relação com o Outro sexo é pelo viés do sintoma. [(\$ < > a) à A]. É por isso que as tentativas de se curar o “sexo”, seja pela medicina, seja pelas terapias “sexológicas” acabam, na maioria das vezes, em fracasso, pois apenas reforçam a impossibilidade que já existe ali.

Mas, seria possível curar o sexo através da psicanálise? Talvez o que se possa dizer é que, diante da impossibilidade da relação sexual, ela deixa claro que homem e mulher estão do mesmo lado, qual seja, ambos tem apenas uma única maneira de representar o sexo: o simulacro fálico. Em outras palavras pode-se dizer que ambos os gêneros tem em comum uma só espécie de gozo: o gozo fálico. O que vai diferenciá-los é o acesso diferente ao Outro. É esta diferença que os reparte em duas espécies fazendo obstáculo a que a dimensão cultural de gênero venha recobrir a sexuação.

## Referências

1. Texto apresentado no Núcleo de Psicanálise e Medicina do IPSM-MG em 02/04/02
2. Dicionário Aurélio, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1ª Edição.
3. Sabemos que para Freud o prazer está ligado a economia de energia, ou seja, se conota o prazer pelo mínimo de excitação do sistema libidinal do corpo. A este propósito, Lacan comenta que o princípio de prazer freudiano consistiria em nada fazer ou fazer o mínimo possível, o que está na contra-mão da ética da psicanálise, pois o princípio de prazer corresponderia ao querer o bem. O gozo se refere a uma situação mítica de um corpo antes da entrada do significante.

4. Soler, C., "El cuerpo en la enseñanza de Jaques Lacan", in: Estudios de Psicossomática, Atuel-CAP, Buenos Aires, 1994.
5. Freud, S., Conferências Introdutórias nº XXIII, S.E. pp.. 419-420.
6. Miller, J.A., "Reflexetions sur l'enveloppe formel du symptôme" in: Actes D'École, nº IX.
7. Idem.
8. Lacan, J. "De nossos antecedentes", in: Escritos, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 70.
9. Miller, J.A. Op.cit.
10. Lacan, J. Op. cit.
11. Lacan, J., "L'insu Qui sait de l'une bevue s'aile a moure", Ornicar? pp.12-13
12. Miller, J-A., "Reflexetions sur l'enveloppe formel du symptôme", op. cit.
13. Miller, J. A., op. cit.
14. Silvestre, M., Amanhã, a psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
15. - que diz da relação do sujeito com o objeto que escolheu a partir da interpretação que fez do desejo do Outro, ao mesmo tempo em que diz que "o inconsciente não existe sem incidência sobre o corpo" (Soler, C., "El cuerpo..." op. cit.)
16. Freud, S., op. cit.
17. Idem.
18. NOTA: Em seu Seminário sobre A Ética da Psicanálise, Lacan nos diz: "O sintoma é o retorno, por via de substituição significativa, disto que está no final da Trieb, da pulsão como sendo seu fim".
19. Lacan, J., Televisão. Rio de Janeiro: JZE, 1993.
20. Miller, J. A., op. cit.
21. Cartel Materno-Infantil do Hospital do IPSEMG.
22. Soler, C. "El síntoma en la civilización", in: Diversidad del Síntoma, Colección Orientación Lacaniana, EOL, Buenos Aires, 1996. p. 95.
23. NOTA: Lacan, em sua "Nota Italiana" nos diz: "Precisaria que ao clamor se acrescentasse de uma pretensa humanidade para quem o saber não está acabado, pois ela não o deseja. Só há analista quando esse desejo lhe vem, ou seja, que por aí ele é o rebotalho da dita (humanidade)".

## **A DISPONIBILIDADE DO ANALISTA**

### **Sérgio de Mattos**

Pretendo abordar o assunto da prática lacaniana nas instituições pelo lado do analista, entendendo que a formação do analista constitui o elemento diferencial do que poderemos em seguida aferir como sendo os efeitos específicos do analista lacaniano nas instituições. Esses efeitos parecem-me depender do que chamarei: a disponibilidade do analista, sendo essa disponibilidade um efeito de formação.

Essa intervenção diz, portanto, respeito à formação do analista, a psicanálise pura e a uma de suas conseqüências: psicanálise aplicada.

Se formos defini-la rapidamente, diria que a psicanálise aplicada é a aplicação da psicanálise a certos campos sociais, os campos do mal estar na civilização onde os fundamentos da psicanálise estão aplicados. O que de certa forma se opõe à psicanálise aplicada é a psicanálise pura. A psicanálise pura se define pela análise didática, isto é, pela análise que é desenvolvida ao longo da formação analítica. A psicanálise pura é a psicanálise que implica na produção de um objeto particularmente novo no mundo, que é o psicanalista e a psicanálise aplicada é essa mesma disciplina, mas sem a exigência desse produto. Então é o mesmo processo, o mesmo dispositivo, os mesmos fundamentos, mas a finalidade não é a mesma. A psicanálise aplicada é assim um ato que toca o sintoma tal com a pura, mas não

tem como consequência produzir esse efeito novo que é o psicanalista.(1) Assim posto é somente entendendo o que é uma, a pura, que se entende bem o que é a outra. Mas, por outro lado, pode haver também um movimento contemporâneo reversivo, ou seja, é à medida que fazemos essa imersão atual nas instituições, que se delinea para nós com mais clareza o que é uma psicanálise.

Não é preciso lembrar que quando trabalhamos com instituições, e ou estamos perpassados por ela, sejam elas instituições médicas, jurídicas ou aquelas de atendimento às toxicomanias, estamos ao menos de início no nível da psicanálise aplicada.

O que chamo aqui de disponibilidade do psicanalista designa uma certa presença, que permite que a operação analítica aconteça, de maneira pura e, ou aplicada.

### **O analista multi-uso**

Hoje pensamos que um analista serve para muitas coisas. Mas as coisas não foram sempre assim.

Houve um tempo, como nos lembra J.A Miller, em que os psicanalistas tentaram definir para quem servia a psicanálise. E buscaram essa definição através de critérios, o que se chamava, sobretudo na vertente inglesa da Psicanálise de condições de analisabilidade, as condições que tornavam um sujeito analisável.

As listas foram longas e variadas, podemos, entretanto, resumi-las em alguns parâmetros principais:

- Era preciso a transferência, e também a capacidade do sujeito de analisar a transferência;
- Era necessário um sujeito que respeitasse o reino da regra: o enquadre e o contrato terapêutico. O que se traduzia por um número de encontros pré - determinados, pagamentos pontuais, e nenhuma tolerância quanto às faltas nas sessões ou interrupções;
- Havia também condições de idade: nem muito novo, nem muito velho;
- E ainda condições culturais: um domínio suficientemente bom da língua;
- Todas essas condições convergindo para um ponto idêntico e maior, a força do eu.

Todas essas condições visavam o cumprimento do que se entendia até os anos 50, por "Psicanálise pura", que segundo um convincente artigo de Edward Glover, publicado no *British Journal of Psychiatry*, era concebido como um tratamento de ordem para-médica, tendo por finalidade a cura, a saber, uma "normalidade" e procedendo por meio de 5 sessões semanais durante o período de um ano e meio a dois anos.

Era em relação a essas exigências, necessárias para o funcionamento do tratamento, que podíamos dispor em dois grupos, as indicações e as contra - indicações ao tratamento psicanalítico.(2)

A resposta de Lacan, quanto à definição da psicanálise, sempre diferiu daquelas baseadas em critérios e regras. Definir melhor o que era a psicanálise sempre foi uma preocupação de Jacques Lacan, desde que este se dedicou à formação dos psicanalistas. Se recorrermos, por exemplo, a um de seus escritos do ano de 1953 intitulados "Variantes do tratamento-padrão", podemos verificar a atenção por ele dedicada ao assunto e também a originalidade de sua resposta. Eu o cito: "uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista."(3)

Vemos aí uma mudança de perspectiva: da ênfase dada às normas e aos critérios, passa-se com Lacan, a enfatizar a formação do que é um analista, a mutação subjetiva por ele experimentada e que o capacita, se assim podemos dizer, a se oferecer como analista de uma outra experiência. E na perspectiva de nossas preocupações atuais poderíamos então parafrasear Lacan dizendo que uma psicanálise aplicada ou não, é também o tratamento que se espera de um psicanalista.

É importante notar que desde essa mudança proposta por Lacan, a palavra tratamento deixou de saturar a significação atribuída à prática da psicanálise, e que a partir daí, Lacan substituiu o termo tratamento psicanalítico, pelo termo experiência psicanalítica.

Portanto, de um tratamento que podia, do ponto de vista da IPA, ser "indicado" ou "contra-indicado" pela avaliação de um profissional, passa-se a conceber a psicanálise como a oferta de uma experiência vital, existencial, que pode ser desejada ou não pelo sujeito. A partir daí um fato não pode ser desconhecido: o psicanalista está desde então mais disponível no mercado, e se presta a usos bem distintos daquele que foi outrora concebido sob o termo "psicanálise pura".

Nesta virada proposta por Lacan, digamos: dos padrões ao psicanalista como objeto, cria-se um novo campo de indicações para análise. É que o objeto psicanalista é surpreendentemente versátil, disponível, multi-funcional se assim se pode dizer. (4)

Sendo assim, me parece que um psicanalista pode se dispor, pelo menos a princípio, a ser um "endereço" para o tratamento do mental e suas fragilidades nas mais diversas condições.

Nessa perspectiva, trata-se menos de antecipar se a natureza da perturbação é acessível à psicanálise, que de saber se um encontro com um analista será útil ou não.

Como exemplo, relato o caso de uma analisante em curso de tratamento a mais de 15 anos e que está em vias de sofrer um transplante do coração. Ela se encontra no CTI dada sua condição precária de vida. Ela espera com urgência por um doador, pois todos os recursos médicos se esgotaram, mesmo seu desfibrilador de última geração, implantado à alguns meses não é o bastante para sustentar suas condições vitais. Seu analista é chamado a continuar a atendê-la com grande frequência. Poderíamos nos perguntar: o que pode fazer um analista nestas condições? Pois é nessas condições que ela lhe diz que somente a ele pode falar certas coisas que nem os amigos, os familiares ou os médicos suportam escutar. O analista está aí bem localizado. Ele é chamado a ouvir o insuportável. A analisante fala da morte e de suas estranhas fantasias "meio canibalescas" sobre um possível doador e esse "pedaço de corpo" que ela deverá incorporar. Assim, mesmo em um CTI e trabalhando com familiares, médicos, e inserido em estranhos procedimentos hospitalares, é possível perceber a importância e eficácia de um lugar próprio à psicanálise: o lugar de acolher o impossível de suportar.

Em um outro caso enviado ao analista por uma instituição do poder judiciário, um pai chega dizendo ter sido obrigado pela juíza a buscar "acompanhamento", instala-se aí o que Célio Garcia chamou de sujeito suposto poder. Diante da intervenção de que então o profissional não sabe o que fazer com ele, já que todos que o procuram estão lá porque sofrem e querem se tratar, o sujeito revela que suas idas podem ser úteis, pois caso contrário vai acabar agredindo a juíza e pondo tudo a perder, enunciando assim o que mais tarde se configurará como uma posição fantasmática que lhe gera sofrimento. Trata-se aí do analista anteparo, o analista no lugar do anteparo contra as pulsões destrutivas desse sujeito, único lugar disponível para o analista nesse momento e que, no entanto, deve consentir para dar

a chance a que algo de novo possa acontecer.

Sem dúvida este tipo de encontro tem frequentemente um caráter experimental. Teremos que verificar que sentido este sujeito pode tirar de seu sintoma e, se tirando algum sentido, poderá advir talvez qualquer coisa de seu gozo, da satisfação pulsional inconsciente, que podemos supor se encontra em seu sintoma.

Isso indica, segundo J.A Miller, pelo menos uma condição, que haja a condição do sintoma, que haja sofrimento com o sintoma, e que este gozo do sintoma se apresente como desprazer .

Isto quer dizer que, mesmo que o sujeito possa não dar nenhum sentido a seu sofrimento, o encontro com um analista ainda assim pode ser útil se há sofrimento. A disponibilidade do analista tem, portanto uma certa afinidade com a posição feminina. Pois me parece que podemos dizer que é mais próprio do feminino poder assistir a um sofrimento diante do qual é impossível fazer algo, porque não há nada a fazer, trata-se aí de uma maior afinidade do feminino com o impossível. Se ainda fosse preciso combater, fazer alguma coisa, pegar uma arma, acionar um instrumento o masculino saberia se mostrar útil e eficaz. Mas estar simplesmente lá, ser testemunha paciente, sabendo inclusive que se o sujeito se queixa de seu sintoma, ele é, entretanto, um meio de gozo e uma adaptação, restabelecem uma outra eficácia, uma outra utilidade mais próxima daquela produzida pela disposição do analista.

### **Não se crer grande coisa**

Encontrei as seguintes palavras de Lacan em seu discurso na Universidade Americana em 1974.

O Analista se põe à disposição do analisante como o último dos últimos, porque vai estar com ele três ou quatro vezes por semana para escutar o que vai sair naturalmente, para isso é necessário que haja um nível onde não se creia muita coisa", ou não se creia grande coisa.

A disponibilidade do psicanalista como se vê, está diretamente ligada ao fato dele não se crer muita coisa ou grande coisa. É uma definição precisa e de longo alcance.

Há aí o lado epistemológico e o lado pessoal nesse não se crer muita coisa.

Do ponto de vista pessoal, trata-se para Lacan desde "Os variantes do tratamento padrão" em fazer com que o analista apague o seu eu, que apague sua equação pessoal. Hoje em dia dizemos que o analista não é um sujeito, ele não opera de acordo com seu inconsciente, mas a partir de sua desobjetivação. Hoje estamos orientados pela noção de que o que conta no analista, é um certo estado de vacuidade, um estado zen, se assim podemos dizer, de uma disponibilidade ao inesperado. Trata-se do que poderíamos descrever como uma vacuidade fértil e atenta.

Podemos até dizer que tudo que chamamos de formação do analista não tem por finalidade senão obter no analista isso que se chama, presença de espírito. Presença de espírito que poderia se definir como uma aptidão para aproveitar das ocasiões para falar e para agir. (5)

Do ponto de vista epistêmico, isto é do saber, trata-se de saber não saber.

Já em Freud encontramos que a recomendação por ele enfatizada desde o início de sua prática foi a de não prejudicar, de se esforçar em nada saber antecipadamente em relação ao

que vai acontecer.

E com Lacan temos inúmeras passagens onde ele dá como a chave da formação analítica, o saber não saber. Cito como exemplo, a frase dos Escritos "a paixão da ignorância dá sentido a toda formação do analista". (6)

Porém temos aí um problema, pois por outro lado, temos inúmeras passagens onde Lacan faz aparecer na formação do analista uma exigência imensa e quase desmesurada de saber o que fazer com o real da experiência. Nota-se aí uma oscilação constante do discurso de Lacan sobre a formação. Será preciso saber, ou não se deve saber?

Segundo Miller, para ordenar essa perspectiva é preciso estratificar essas teses de Lacan.

Em um primeiro nível, sem dúvida, Lacan recomenda uma anulação do saber ao nível dos fenômenos da experiência, uma anulação do saber como condição para que possa surgir a surpresa ou o aleatório, quer dizer, para dar lugar ao real como impossível a prever, como impossível de saber antecipadamente.

Mas há um outro nível onde ele exige o saber, porém não é o saber do acúmulo de experiência. Ele não exige o saber obtido por termos praticado muito a experiência analítica. A exigência de saber muito não incide sobre o muito experiente, o analista "com cancha", mas a exigência de saber se coloca muito precisamente ao nível da estrutura da experiência. Tudo repousa sobre a estrutura, sobre a noção lacaniana de que há um simbólico no real, e que a formação analítica de maneira eletiva deve aproveitar-se dos saberes que estão à altura de tocar esse simbólico no real. (7)

Isso é muito importante, pois faz objeção a um relativismo, à transformação da disponibilidade do analista em uma desorientação, que levaria a psicanálise para o campo geral das psicoterapias.

Poderíamos pensar: estou disposto a tudo para ser útil se há sofrimento. Na verdade, ocorre com muita frequência, que operemos como psicoterapeutas, oferecendo sentido e identificações para um sujeito, algumas vezes temos que fazer isso, mas temos que saber que cada vez que um analista opera assim, como um mestre, ele paga por isso. Pode ocorrer que tenha que fazê-lo, quando, por exemplo, há risco de passagem ao ato, e nesse momento temos que nos colocar no lugar do Outro poderoso, proibindo ou exigindo. Mas cada vez que ocupamos essa posição pagamos obturando os efeitos de real, e demora um tempo para que esse efeito de mestria se pacifique, seja esquecido e se supere.

### **As condições de nossa prática**

O que chamo de disponibilidade tem, portanto, seu lugar na estrutura da experiência. Para Lacan a experiência analítica é condicionada por uma estrutura, e essa estrutura comporta determinações, condições, limites e conseqüências.

Disponibilidade é servir para muitas coisas segundo condições precisas. Nossa disponibilidade, a enorme variação que caracteriza a prática lacaniana repousa em sua congruência com o real. Podemos estar disponíveis, à medida de nossa congruência. Nossa disponibilidade quer dizer que não temos regras ou critérios gerais, ou melhor; nossas regras são somente artifícios congruentes com o real, congruentes com a condição príncipes de nossa prática, que é a de dar lugar ao real como impossível de prever, como impossível

de saber antecipadamente, e por essa via tocar o simbólico no real.  
A disponibilidade do analista é, portanto, uma disponibilidade orientada.

BROUSSE, M.H. *Cómo opera el Psicoanálisis?*, Guayaquil, NEL-Nueva Escola Lacaniana de Psicoanálisis, Junho, 2002, p. 13.

MILLER, J.-A. "Les contre-indications au traitement psychanalytique", in *Mental*, n5, Bruxelles, École Européenne de Psychanalyse, julho de 1998. p.9.

LACAN, J. "Variantes do tratamento padrão", in *Escritos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1998, p. 331.

MILLER, J.-A. op.cit.

MILLER, J. A. Curso de Orientação Lacaniana, aula de 14/11/2001. Inédito.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1998, p.360.

MILLER, J.-A. Curso de Orientação Lacaniana, aula de 28/11/2001. Inédito.

#### **Ficha catalográfica:**

Instituto on-line/Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais,  
Psicanálise e Saúde Mental, v.0,  
Belo Horizonte IPSM-MG, agosto 2003.  
Semestral

#### **Coordenação editorial:**

Márcia Rosa

#### **Conselho Editorial:**

Antônio Beneti

Elisa Alvarenga

Sérgio Laia

Lázaro Elias Rosa

Francisco Paes Barreto

#### **Secretaria editorial deste número:**

Margaret Ferreira Acuña

Vânia Mascarenhas Costa

Mauro Lucio de Andrade (PIB)

#### **Endereço:**

Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais

Rua Felipe dos Santos, 588 CEP 30180160

Lourdes - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tel.: (31)32753873

ipsmmg.bhe@terra.com.br