

SONIA DA COSTA LEITE

**A EXPERIÊNCIA PSICANALÍTICA, O DESEJO FREUDIANO
E
A PRESENÇA DA INSTITUIÇÃO MÉDICO-PSIQUIÁTRICA**

TESE DE DOUTORADO

Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, janeiro de 2003

SONIA DA COSTA LEITE

**A EXPERIÊNCIA PSICANALÍTICA O DESEJO FREUDIANO
E
A PRESENÇA DA INSTITUIÇÃO MÉDICO PSIQUIÁTRICA**

**Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da
PUC-Rio como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica**

Orientadora: Junia de Vilhena

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, janeiro de 2003

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Sonia da Costa Leite

Graduou-se em Psicologia na UERJ(Universidade do Estado do Rio de Janeiro) em 1979. Especializou-se em Psicoterapia Infanto-Juvenil no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 1984. Conclui o Mestrado em Psicologia Clínica na PUC-Rio em 1987. É psicanalista, exerce atividades acadêmicas (ensino e pesquisa) na área de Psicanálise e Instituições e atua na área de saúde mental trabalhando, clinicamente, com psicóticos.

Ficha Catalográfica:

Leite, Sonia da Costa

A experiência psicanalítica o desejo freudiano e a presença da instituição médico psiquiátrica / Sonia da Costa Leite; orientadora: Junia de Vilhena. – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

[10], 226 f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Experiência psicanalítica. 3. Psicose. 4. Instituições médico-psiquiátricas. 5. Desejo freudiano. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

Aos meus irmãos Nei e Rubens *in memoria*

AGRADECIMENTOS

- À Junia Vilhena, pela orientação tranqüila e segura.
- À Ana Maria Rudge, quem primeiramente acolheu este trabalho, quando ainda era apenas um projeto.
- Às secretárias do Departamento de Psicologia, Marize e Vera Lúcia, pela competente e afetuosa presença.
- À Mariza Silvera, mais do que uma revisora, uma dedicada interlocução.
- Aos colegas do Ambulatório e da Oficina, Ana Rocha, Eri, Maria Clara e Oswaldo, companheiros de um percurso e aos pacientes que muito nos ensinaram.
- À Rosa Maranhão, presença amiga deste momento e de outros.
- À Clarice Gatto, por suas contribuições teóricas generosas.
- A Marco Antônio Coutinho Jorge, presença analítica imprescindível.
- À minha mãe, exemplo de força e persistência.
- A Almir, sempre solidário.
- À minha filha Paula que, vivendo intensamente sua adolescência, felizmente, em alguns momentos, roubou-me desta absorvente tarefa.

RESUMO

LEITE, Sonia da Costa. **A experiência psicanalítica, o desejo freudiano e a presença da instituição médico-psiquiátrica.** Rio de Janeiro, 2003. 226 p. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho diz respeito ao percurso de uma psicanalista num ambulatório de psiquiatria, objetivando a realização da experiência psicanalítica com a psicose.

Neste processo, descreve-se como a instituição representou, inicialmente, uma forma de resistência à *práxis* psicanalítica, em função da configuração institucional estabelecida que não reconhecia outra prática clínica com a psicose, por uma via que não fosse, exclusivamente, medicamentosa.

Partindo-se do desejo e do percurso freudiano como paradigmáticos, descreve-se num primeiro momento a presença de um mal-estar em relação às formas instituídas em sua época, cujo destino foi um “luto” em relação aos ideais aí presentes.

Destaca-se neste trabalho como a psicanálise se elaborou em sua especificidade teórico-técnica, inaugurando-se nesta *práxis*, uma perspectiva de ordem ética que marcou uma diferença estrutural com relação ao campo médico-psiquiátrico.

Esta tese sublinha que a realização da experiência psicanalítica nas instituições médico-psiquiátricas tem valor de “formação” para o psicanalista na medida em que o propicia uma retomada simbólica do percurso freudiano, aquele que conduziu Freud do campo médico ao campo psicanalítico.

Descreve-se a instituição de um ponto de vista psicanalítico, a partir dos mitos freudianos, tomando-a como uma presença em três tempos, estabelecendo-se diferentes condições de possibilidade para a efetivação da experiência psicanalítica.

A construção de uma Oficina de Artes, parte da experiência aqui descrita, é situada na passagem do “segundo para o terceiro tempo da instituição” quando se viabilizou o acolhimento e a expressão do sujeito da loucura, favorecendo-se, ainda, o surgimento das transferências necessárias à constituição da experiência psicanalítica com o psicótico.

PALAVRAS-CHAVE: Experiência psicanalítica; instituições médico-psiquiátricas; psicose; desejo freudiano.

ABSTRACT

LEITE, Sonia da Costa Leite. **Psychoanalytic experience, freudian desire and medical-psychiatric institutions.** Rio de Janeiro, 2003. 226p. Thesis. Departamento de Psicologia, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This work concerns a psychoanalyst's course in a psychiatry clinic, aiming the accomplishment of the psychoanalytic experience with the psychosis.

How the institution initially offered resistance to the practice of psychoanalysis, because of the established institutional configuration which didn't recognize other clinical practice with the psychosis, in no other way but, exclusively, by medical treatment, is described in this process.

In a first moment, taking the desire and freudian course as paradigms, the presence of an indisposition in relation to the established forms in his time, whose destiny was a "mourning" there in relation to the ideals presents, is described.

Considering this, the way how the psychoanalysis was elaborated in its specificity theoretical-technique is emphasized, bringing out of its practice a perspective of ethical order which made a structural difference regarding the medical-psychiatric field.

This thesis underlines that the accomplishment of the psychoanalytic experience in the medical-psychiatric institutions has "formative" value for the psychoanalyst as it propitiates a symbolic retaking of the freudian course, which led Freud of the medical field to the psychoanalytic field.

The institution was described from a psychoanalytic point of view, starting from the freudian myths, taking it for a presence in three times, different possibilities for the realization of the psychoanalytic experience were established.

The creation of an Art Workshop, part of the experience here described, is located in the passage from the "second to the third time of the institution", when the reception and the expression of the subject of madness was possible, and the appearance of necessary transferences to the constitution of the psychoanalytic experience with the psychosis was favoured.

KEYWORDS: Psychoanalytic experience; psychosis; medical-psychiatric institutions; freudian desire.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – Medicina, psiquiatria e psicanálise: ideais sociais e contemporaneidade.....	9
1.1.O nascimento da clínica e a psiquiatria.....	11
1.2.Instituição psiquiátrica e psicanálise: os movimentos da <i>reforma</i>	18
1.3.Aspectos da reforma psiquiátrica brasileira: a questão ambulatorial.....	33
CAPÍTULO 2 – As instituições: rumo à psicanálise.....	40
2.1. Foucault, a instituição e as relações de saber-poder.....	42
2.2. Freud e o mal-estar na instituição.....	55
CAPÍTULO 3 – A experiência freudiana: do campo médico ao campo psicanalítico.....	68
3.1. Metapsicologia e a teoria como ficção.....	72
3.2. Sobre os escritos técnicos.....	81
3.2.1. Período originário.....	82
3.2.2. Período intermediário.....	89
3.2.3. Período estrutural.....	102
CAPÍTULO 4 – Instituição psicanalítica, psicose e o desejo de Freud.....	108
4.1. Formação permanente e instituição psicanalítica: uma palavra.....	111
4.2. A psicose no campo psicanalítico: o desejo freudiano em questão.....	116
CAPÍTULO 5 – A presença da instituição médico-psiquiátrica: das condições de possibilidade da experiência psicanalítica.....	145
5.1. A instituição, a lei e os mitos freudianos.....	146
5.2. A experiência psicanalítica e os três tempos da instituição.....	161
5.2.1. O primeiro tempo da instituição: a exclusão da <i>Outra cena</i>	163
5.2.1.1. Schreber: um caso exemplar.....	171

5.2.2. O segundo tempo da instituição: do nascimento do sujeito à (de)negação da <i>Outra cena</i>	179
5.2.3. O terceiro tempo da instituição: do impasse ao passe ou retomando a <i>Outra cena</i>	186
5.3.3.1. Fragmentos de um caso de psicose: do acolhimento institucional à experiência psicanalítica.....	190
CONCLUSÃO.....	201
BIBLIOGRAFIA.....	211

Vou criar o que me aconteceu. Só porque viver não é relatável. Viver não é vivível. Eu vou ter que criar sobre a vida.(Clarice Lispector, 1964, *A paixão segundo G.H.*)

INTRODUÇÃO

No início da década de 90, assistimos no Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB), a uma exposição de Roland Barthes que muito nos afetou, cujo título era *Artista Amador*. Impressionou-nos, primeiramente, pela surpresa ao descobrirmos uma outra faceta do pensador francês, as artes plásticas, cujas aquarelas revelam uma leveza tocante e, em segundo lugar, pelo sugestivo título escolhido por Barthes e pelas justificativas do mesmo, por ele indicadas, que nos conduziram a pensar no trabalho do psicanalista.

Barthes considerou a palavra *amador* a partir de um sentido pouco usual, para além daquele a que somos levados a pensá-la, conforme uma de suas acepções: “amador” é *aquele que entende superficialmente de alguma coisa*.

Roland Barthes destacou a idéia de que o *amador* (do latim, *amatore*) é “aquele que ama aquilo que faz”, isto é, o amante que se dedica a uma arte ou ofício, por prazer, visando, tão somente, o gozo do fazer, não sendo movido pela necessidade de expor o produto acabado ou de impor uma imagem pública de artista.” Por causa deste vínculo peculiar, o *amador* acabaria por “se transformar na coisa amada”.

Naquele momento, uma idéia, imediatamente, se nos impôs, a do “psicanalista amador”, aquele de que o percurso freudiano nos deu um verdadeiro testemunho, ao insistir na paixão pela busca da verdade.

A arte de Barthes, nossas associações com o trabalho psicanalítico, tudo isso provocou em nós, reflexões sobre o fato de que o ato do trabalho, em nossa cultura, tende a perder, exatamente, este aspecto “amador” que não seria outro, senão aquele relacionado à paixão.

Na realidade, cria-se uma verdadeira dicotomia entre “prazer” e “trabalho” sendo este último, recoberto, na maior parte das vezes, pela necessidade de submissão a determinados valores e fins, onde o que se destacaria, seria, unicamente, o resultado final, subtraindo-se, exatamente, o sujeito desta ação, seu tempo de fazer, de elaborar e de concluir.

Ficamos refletindo sobre a limitação imposta aos sentidos das palavras que a partir de determinados modelos e ideais sócio-culturais, as aprisiona numa idéia única, aquela que cristaliza o significado de *amador* (no caso do exemplo) ao indivíduo que possui “pouco conhecimento de seu ofício”.

Talvez, estas questões possam parecer, excessivamente, óbvias e, num certo sentido, o são. No entanto, não poderíamos nos furtar a introduzi-las aqui, pois, elas estarão presentes durante a construção desta tese, em função das dificuldades que encontramos no processo de elaboração desta escrita, ao tentarmos não excluir aquilo que, de fato, a fundamenta, isto é, a “paixão”, que alguns autores, ao descreverem o percurso freudiano, denominaram de a *paixão pela origem*.

Esta “paixão”, denominada por Lacan de *paixão do ser* e que ele considerou ser aquilo que deveria direcionar toda formação analítica, foi tanto o que nos conduziu ao encontro da psicanálise, quanto aquilo que nos tem possibilitado sustentar uma aposta permanente na realização dessa proposta, apesar das dificuldades inerentes à realização desta *práxis*, num certo sentido, “impossível”.

Esta paixão que Freud sempre reportou presente nos poetas e escritores e, que Clarice Lispector descreveu com todas as nuances, no livro *A paixão segundo G.H.*, seria aquela *im*-pulsão que nos faz retornar a determinados pontos “de origem” que nos são fundamentais e, que, portanto, exigem uma elaboração de sentido. Tratou-se, assim, de um “algo” que nos “tomando”, acabou por fazer superar nossas resistências na elaboração deste trabalho.

É neste contexto “de apaixonamento” que esta tese se inscreve — quase que “por si mesma” — pois, não nos teria sido possível, no momento, uma escrita sobre outra coisa e de outra forma.

Consideramos com isso, que a pesquisa em psicanálise se constitui, também, dentro de uma perspectiva de elaboração das resistências do psicanalista, ou seja, a escrita, dentro desta ótica, torna-se mais uma oportunidade que se apresentará para a elaboração do percurso do próprio psicanalista, pois, diferentemente das outras ciências, a psicanálise não pode se furtar a reconhecer, nos seus fundamentos, a presença dos aspectos da vida mental inconsciente.

Portanto, elaborar uma tese seria, num certo sentido, escrever: (...) *para um outro eventual não necessariamente existente, mas apenas possível, onde existe*

*uma proximidade fantasmática, porém, distante do ponto de vista da realidade*¹

Quer dizer que se tem ocasião de escrever em função dos próprios fantasmas, dos próprios desejos e não responder aos de um outro ou contra-responder. Porém, por não se tratar de um “delírio”, esperamos que *isso* encontre eco possibilitando, assim, a viabilização do laço social.

Todos estes pontos colocam, de imediato, uma das questões básicas da escrita de uma tese em psicanálise, isto é, como a partir das identificações e das transferências, possibilitar-se-á ou impedir-se-á a elaboração de um saber do ponto de vista do psicanalista, relativamente à sua experiência?

Antes de tudo, torna-se necessário aceitar como condição prévia, que o saber aí construído será sempre fragmentário e parcial, pois, relativo a uma experiência singular. Assim sendo, sua “validade” estará, desde sempre, condicionada a esta especificidade, colocando-se, em questão, a pura especulação.

Por outro lado, partimos da premissa de que uma pesquisa “psicanalítica”, que mantenha uma fidelidade ao campo psicanalítico, necessitará ter como “modelo” subjacente, ela própria, a experiência freudiana.

Os pontos referidos circundarão, em maior ou menor intensidade, todas as etapas da elaboração deste trabalho que se constituirá em torno de um eixo fundamental: nosso “encontro” com a instituição médico-psiquiátrica que, num primeiro momento, se nos apresentou como uma forma de “resistência” à constituição da experiência psicanalítica com a psicose.

Ao longo de todo este trabalho optaremos em utilizar a expressão “instituição médico-psiquiátrica” ao invés de “instituição de saúde mental” por dois motivos específicos: o primeiro, porque apesar das mudanças históricas ocorridas no campo médico e que a expressão “saúde mental” vem delimitar, consideramos que o campo de referência histórica, que se recoloca, num “eterno retorno” é o médico com seu modelo de “saúde-doença”. E em segundo lugar, por que nosso trabalho se inseriu numa instituição cujas características não eram, naquele momento, atravessadas pelas mudanças imprimidas pela “reforma psiquiátrica”.

O fato é que consideramos que o nosso encontro, com a instituição médica, teve uma função de “formação” ao possibilitar a persistência do “desejo de (ser) analista”.

¹ ROUANG,F. (1976) *Um destino tão funesto*, p. 90

Com relação a este desejo, seria necessário esclarecermos alguns pontos.

Não havendo algo, tal como, o “ser do analista”, mas sim, um *des-ser*,² não poderíamos considerar, propriamente falando, um “desejo de ser analista”. Tratar-se-ia, de fato, da possibilidade de uma identificação com a “paixão freudiana pela origem”, articulada à chamada *pulsão de saber*, denominada por Freud para se referir a um impulso subjacente a toda pesquisa. Isto difere do *desejo do analista*, função operatória de uma “cura” específica, motor do processo analítico. O que denominamos, então, como “desejo de (ser) analista”, diz respeito a uma identificação com o “desejo freudiano” de persistir com a psicanálise, trazendo, como consequência, a possibilidade de viabilização do trabalho psicanalítico.

Como psicanalistas, identificados à “paixão freudiana”, inseridos na instituição pública de saúde, vimo-nos, a partir de então, impelidos a elaborar uma discussão a respeito da psicanálise, sua especificidade prática e sua inserção em contextos institucionais médicos, tendo como viés, nossa própria experiência.

Ao circunscrevermos o tema central de nossa tese em torno da presença da instituição médica no trabalho do psicanalista, delinearemos, como “pano de fundo” de nossas discussões, a presença de um fenômeno que tem sido denominado de “crise da cultura moderna” e que tem colocado em relevo uma certa fragilidade dos valores éticos na cultura contemporânea. A palavra “crise” reporta-se, aqui, à idéia de “conflito”, “tensão” associada a uma perspectiva derivada do grego (*krisis*) que indicaria, também, um momento de “julgamento”, e de tomada de “decisão”³.

As reflexões em torno deste tema têm conduzido alguns pensadores da nossa cultura a tecer considerações de cunho filosófico sobre o próprio estatuto da “razão” na filosofia contemporânea e que são relativas à existência simultânea de três linhas de pensamento sobre a ética⁴: a niilista, que negaria a existência de uma normatividade moral com valor universal e racional; a universalista-racionalista (de origem iluminista), que afirmaria a existência de uma normatividade de valores universais, porque dotadas de razão; a pragmática, que sustentaria que a democracia liberal estaria sendo capaz de manter, com sucesso, os princípios

² LACAN, (1967) *Proposição de 9 de outubro de 1967*.

³ NOVAES, A. (1992) *Ética*, p.11

⁴ CHAUI, M. Público, privado e despotismo, in: *Ética* (1992), org: NOVAES, A.

morais de liberdade e justiça, no que tange às grandes decisões sobre a vida coletiva.

Indica-se, aí, a presença concomitante dos três pontos de vista, no cotidiano dos sujeitos, sem que eles se excluam, reciprocamente, o que já seria um “sintoma” da “crise” que alguns autores tem denominado de *pós-modernidade*⁵. Esta concepção não é unânime, pois, outros autores⁶, tendem a insistir na idéia de que o prefixo *pós* indicaria uma idéia de “ruptura” e o que estaria ocorrendo, de fato, seria uma intensificação de problemas previstos na própria modernidade, por isso, sugerem a denominação *neo-modernidade* para caracterizar a atualidade.

Independentemente destas discussões mais específicas e, por vezes, discordantes em alguns aspectos, o que parece ser unânime é a consideração de que estaríamos vivendo um momento de crise dos ideais da cultura moderna que se expressaria na chamada *crise da razão*,⁷ “crise”, esta, que trouxe como conseqüência, o (re)encontro do homem com seu próprio desamparo, diante de uma realidade que lhe escapa, constantemente.

Do ponto de vista da psicanálise, estas questões se colocarão aqui a partir de indagações a respeito da função que as instituições, enquanto representantes da Lei e dos ideais sociais, poderiam desempenhar para o sujeito num mundo marcado pela multiplicidade de referências.

Os chamados momentos de “crise” de uma cultura parecem ser aqueles em que proliferam as “leis”, porém, sem o efeito de “Lei simbólica”, o que traria, como conseqüência, uma intensificação do desamparo humano, apresentando-se, neste momento, um certo risco da situação ser recoberta por perspectivas “totalitárias” que viriam recobrir um mal-estar aí presente.

As “crises” no campo da cultura e que se reportam aos nossos interesses específicos, dizem respeito, portanto, a um certo efeito no campo médico e suas instituições no mundo contemporâneo. Verifica-se um determinado rearranjo das formas de controle social devido às transformações históricas que envolvem mudanças nas dimensões políticas e sociais e que as instituições médico-psiquiátricas vêm, efetivamente, ilustrar.

⁵ LYOTARD, JF. (1989) *A condição pós-moderna*

⁶ ROUANET, S.P.(1989) *As razões do Iluminismo*.

⁷ NOVAES, A. (1992) *Ética*; (1996) *Crise da razão*; HÜHNE, LM. (1994) *Razões*.

Este contexto histórico, de “crise” e de “decisão”, como afirmamos anteriormente, de um modo ou de outro, acabou por atravessar nossa experiência, mobilizando-nos para a realização da presente investigação, pela necessidade premente de elaborarmos um vivido produtor de efeitos e afetos. Tratar-se-ia, aqui, da presença dos ideais sociais contemporâneos, sua reordenação no campo médico-psiquiátrico e as diferentes formas como essas instituições, enquanto representantes da Lei, se apresentariam para os sujeitos.

Consideramos que o psicanalista, ao tentar viabilizar sua *práxis* no campo das instituições médico-psiquiátricas, depara-se com questões empíricas complexas que incluem, por exemplo, a relação do analista com a instituição, assim como, a relação do paciente com a instituição. Podemos dizer que a instituição funcionaria, aí, como um terceiro termo na relação analista-analisando. Esta presença tenderia a redimensionar esta *práxis*, exigindo do analista algumas reflexões de cunho ético sobre sua experiência.

Ao entrarmos num ambulatório de psiquiatria, em 1991, a partir de um concurso público, nosso intuito era a realização de um trabalho psicanalítico com sujeitos psicóticos. No entanto, fomos surpreendidos com um discurso institucionalizado, partindo tanto de médicos, quanto de psicólogos, que afirmava a impossibilidade de efetivação deste tipo de prática naquele contexto.

A justificativa, para tal, era a configuração institucional aí presente, isto é, uma forma de recepção/triagem que distribuía os “neuróticos” para os psicólogos e os “psicóticos” para os psiquiatras, cujo tratamento, neste último caso, restringia-se ao medicamentoso.

Foi a partir deste encontro institucional inusitado que uma primeira questão se colocou: “A experiência psicanalítica poderia se efetivar, em qualquer contexto, e independentemente das condições institucionais?” Atrelada a esta questão, uma outra acabou por se delinear: “Como um psicanalista pode chegar a ocupar seu lugar específico e efetivar a sua *práxis*, quando esta se situa num estabelecimento médico-psiquiátrico que “resiste” à psicanálise?”

Para respondermos estas questões, construindo as possibilidades de efetivação da experiência psicanalítica com a psicose, optaremos por um caminho que pretende pensar, psicanaliticamente, a instituição. O eixo que escolheremos para tal propósito será o próprio percurso freudiano e o seu “desejo” onde tomaremos a instituição médica como paradigmática, isto é, como *Outro* do

endereçamento freudiano. Para realizarmos esta tarefa, percorreremos algumas etapas.

No primeiro capítulo desta tese, faremos um trabalho de contextualização histórica do campo médico-psiquiátrico. Para efetuarmos esta discussão, recorreremos, principalmente, às pesquisas de Foucault e Castel, com o intuito de pensarmos a questão do campo psicanalítico no interjogo dessa constituição primeira — o campo médico — procurando destacar quais as diferenças que a psicanálise poderia, então, estabelecer.

A seguir, consideraremos algumas características dos ideais contemporâneos e seus efeitos no campo médico-psiquiátrico, com o intuito de colocarmos, em questão, a chamada reforma psiquiátrica, localizando neste contexto nossa experiência realizada num ambulatório do serviço público.

Em nosso segundo capítulo, descreveremos um determinado percurso que se inicia com os estudos de Foucault, que concebeu as instituições como formas de saber-poder disciplinar, para a seguir, iniciarmos uma discussão propriamente psicanalítica da instituição, a partir de uma leitura dos textos freudianos de cultura.

A seguir, no terceiro capítulo, descreveremos a chamada experiência freudiana, delineando o percurso histórico singular de Freud que o conduziu do campo médico ao campo psicanalítico, dando-lhe uma especificidade própria. Neste sentido, escolheremos uma modalidade de reflexão que, destacando o diálogo de Freud com o campo médico de sua época, procurou caracterizar a construção da teoria e da técnica atravessadas por uma perspectiva de cunho ético. Apesar de uma insistência nossa em tomarmos os textos freudianos como referência básica, não teria sido possível ignorarmos as contribuições fundamentais da leitura lacaniana neste contexto. Poderemos, inclusive, considerar a presença de uma identificação a Lacan, não tanto no que diz respeito à utilização de seus conceitos específicos, mas principalmente, com relação a sua atitude de “retorno a Freud”, que nos servirá de guia, ao longo de toda a elaboração deste trabalho.

Mais adiante, no quarto capítulo, tendo-se em vista que nossas questões se formaram diante de impasses institucionais relativamente à constituição da experiência psicanalítica com a psicose, delinearemos o que seria o “desejo

freudiano” neste âmbito, articulando a esta perspectiva o que consideraremos como os princípios básicos para uma formação psicanalítica permanente.

Para finalizarmos, no quinto e último capítulo, retomando as perguntas inicialmente colocadas, concluiremos que aquilo que se colocou no percurso freudiano e, que se repetiria, simbolicamente, com todo analista na efetivação de sua *práxis* seria o encontro com a instituição médica, isto é, uma forma de saber-poder disciplinar que se expressaria nos ideais sociais atualizados nos estabelecimentos e que poderia, então, assumir uma presença em “três tempos” distintos, relativamente à *Outra cena*, isto é, à experiência do inconsciente.

A efetivação da psicanálise estaria, assim, condicionada à presença da instituição em um “tempo simbólico”, isto é, representado por um tempo da Lei, possibilitador da expressão da alteridade e da diferença.

Nosso percurso no referido ambulatório inscreveu-se, junto com outros profissionais, na construção de condições de possibilidades simbólicas — uma Oficina de Artes — que viabilizaram a experiência psicanalítica com a psicose, cujos fragmentos relataremos ao final desta tese.

Gostaríamos de ressaltar que a elaboração teórica que faremos a respeito do trabalho realizado na Oficina de Artes não reivindica para si nenhuma universalização de sentido, referindo-se, estritamente, a uma leitura de cunho pessoal.

CAPÍTULO 1

Medicina, Psiquiatria e Psicanálise: ideais sociais e contemporaneidade

Como apontamos na introdução ao tema em questão, é fato a presença, no mundo contemporâneo, de um processo de transformação sociocultural. Em nossa presente investigação, este processo interessa-nos, particularmente, no ponto que diz respeito à questão dos ideais sociais e à sua reordenação no campo médico-psiquiátrico. Em nossa proposta de viabilização da experiência psicanalítica numa instituição psiquiátrica (ambulatório), esse interesse articula-se ao fato de termos sido confrontados com problemáticas que se estabeleceram em razão dos limites de uma clínica psicanalítica dirigida a sujeitos psicóticos, envolver relações significativas com o campo psiquiátrico. Consideramos a idéia de um reencontro com o campo da medicina, numa espécie de retorno ao percurso freudiano, o que nos indica o fato — não sem efeitos — de terem estes campos se constituído a partir do mesmo solo *arqueológico*.⁸ Referimo-nos, especificamente, à presença dos ideais correlativos ao campo mais amplo da medicina e, especialmente, o da psiquiatria, cuja função histórica, tem sido descrita como sendo de controle social.⁹ Assim, se é correta a suposição de que, na atualidade, as transformações no campo da cultura têm atingido os ideais de normalização social, característicos do campo médico-psiquiátrico, é possível considerarmos, também, a existência de um rearranjo dessas forças no campo social através do surgimento de estratégias¹⁰ renovadas de controle social.

Em vista disso, pretendemos considerar, aí, a presença da instituição médica como um fato de efeitos significativos quanto à possibilidade de constituição da

⁸ FOUCAULT, M.(1995) *As palavras e as coisas*. Encontra-se, também, na idéia de proveniência (*Herkunft*), isto é, origem, no sentido de *tronco comum*, em que Foucault desenvolve uma possibilidade de descrever as relações entre psicanálise, medicina e psiquiatria (FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*:1990, p.16)

⁹ FOUCAULT, M.(1990) op cit.

¹⁰ Consideramos, aqui, tanto as mais recentes pesquisas da chamada psiquiatria biológica, quanto alguns aspectos do chamado movimento de reforma psiquiátrica.

experiência psicanalítica. Dentre estes efeitos, estaria o risco de *medicalização*¹¹ da própria psicanálise, a partir de uma lógica contemporânea, especialmente, aquela que diz respeito a uma tentativa de aproximação da psicanálise com as neurociências¹²; ou seja, a possibilidade de que esta prática venha a ocupar, nas instituições médico-psiquiátricas, a função historicamente determinada de normalização social, tal como descrita por Foucault, quando este enuncia o nascimento das ciências humanas no mundo moderno.¹³

Evidenciamos, assim, no mundo contemporâneo, o fato de que a função social das disciplinas não desaparece com as mudanças socioculturais, mas, renova-se, aperfeiçoando seus métodos e ampliando sua ação nas redes sociais. Podemos indicar, então, a partir disso, a possibilidade de que esses processos se expressem no campo psicanalítico, sob a forma de impasses para o psicanalista que deseja constituir sua experiência, mantendo a especificidade de sua *práxis*. Lacan,¹⁴ vai se referir à questão do impasse como um indício da presença daquilo que é da ordem do Real, isto é, daquilo que *não cessa de não se inscrever*, exigindo do analista uma tentativa de formalização teórica.

Foi, portanto, com o intuito de contornarmos os impasses vivenciados em nosso percurso, que delineamos, aqui, um caminho, aquele que se tornou possível. Afim de melhor discutirmos as relações entre medicina, psiquiatria e psicanálise, procuraremos, inicialmente, definir a questão dos valores ou ideais sociais que se atrelam à constituição do campo médico no mundo moderno. O objetivo é pensarmos a questão do campo psicanalítico no interjogo dessa constituição primeira — a da medicina — que é, em última instância, das ciências, na sua aceção tradicional, procurando destacar que diferenças, de fato, a psicanálise poderia, então, estabelecer.

Partimos, dessa forma, da concepção de que as chamadas ciências humanas, ao se constituírem, estabeleceram as condições de possibilidade para que a psicanálise, por sua vez, se constituísse e que a necessidade de um diálogo entre esses campos — da medicina e da psicanálise — torna-se, assim, imprescindível

¹¹ Utilizamos esta expressão da mesma forma que MANNONI, M. (1979), como o processo que tende a descaracterizar a psicanálise, enquanto *práxis* dirigida ao sujeito desejante, transformando-a numa prática que prioriza a questão da adaptação do sujeito ao campo social.

¹² CAMPOS, F. S. (2001). *Psicanálise e neurociência: dos monólogos cruzados ao diálogo possível*.

¹³ FOUCAULT, M. (1995) op. cit.

¹⁴ LACAN, J. (1972-73) *Mais, ainda*, p.125-7.

para o estabelecimento de uma especificidade própria a cada um deles. A seguir, consideraremos algumas características dos ideais contemporâneos e seus efeitos, no campo médico-psiquiátrico, com o intuito de colocarmos, em questão, a chamada reforma psiquiátrica e a presença da psicanálise neste território. Trata-se, em última instância, de destacarmos a presença da instituição médica, sua produção e reprodução histórica e seus possíveis efeitos para a possibilidade de efetivação da *práxis* psicanalítica com a psicose.

Por último, pretendemos caracterizar o contexto institucional, no qual nossa prática se situou, isto é, um ambulatório de psiquiatria do Rio de Janeiro, especificando-lhe algumas características relativas ao campo mais amplo da reforma psiquiátrica. Com isso, objetivamos delinear um terreno contextualizador de nosso percurso em direção à constituição da experiência psicanálise e de onde surgiram as principais questões que nortearam nossa investigação.

1.1 - O nascimento da clínica e a psiquiatria

Foucault, no trabalho intitulado *O nascimento da clínica*,¹⁵ convoca-nos a pensar a constituição da medicina científica sob uma nova ótica. Isto se torna possível porque, a partir do método arqueológico, a própria história da medicina passa a ser concebida de uma outra maneira conduzindo-nos a relativizar as diferenças entre pré-ciência e ciência; valorizando, conseqüentemente, a história dos saberes no campo humano. É nesse sentido que Veyne¹⁶ vai caracterizar as pesquisas foucaultianas como uma forma, verdadeiramente, revolucionária de pensar a história, onde categorias, tais como, causalidade, continuidade e progresso são colocadas em questão.

Um dos efeitos desta nova perspectiva histórica é a relativização e a desnaturalização dos objetos construídos pelas ciências e, ainda, uma ênfase conseqüente nas práticas, naquilo que elas têm de produtoras dos próprios objetos. Dessa forma, nessa perspectiva: (...) *O objeto não é senão o correlato da prática; não existe, antes dela*(...).¹⁷ Tirando qualquer possibilidade de universalização dos objetos das ciências, ela traz a lume o fato de que as práticas científicas, como

¹⁵ FOUCAULT, M.(1994) *O nascimento da clínica*

¹⁶ VEYNE, P. (1982) *Foucault revoluciona a história*

¹⁷ Idem, p.159.

quaisquer outras, são relativas. Ou seja, dependem de onde, como e de quem as pratica. Destacar este ponto torna-se fundamental, pois, apesar de nosso interesse investigativo dirigir-se às condições necessárias para que a psicanálise não se “medicalize”, podemos considerar que a própria prática médica pode ser repensada à luz de sua função histórica disciplinar, encontrando outras possibilidades para seu exercício.

É a partir de uma *arqueologia do olhar*, preferencialmente, a uma perspectiva epistemológica¹⁸ que Foucault vai analisar a constituição da clínica. Foucault considera que pensar as ciências humanas do ponto de vista, exclusivamente, epistemológico, tende a excluir outras formas de produção de saber não pautadas na racionalidade e que dizem respeito à existência humana. Estas outras formas do saber (os mitos, a religião, etc) passaram a ser desvalorizadas com o advento da razão instrumental científica¹⁹ que estabelecerá, com isso, uma espécie de hierarquia no campo da produção do saber e que terá, na ciência, sua forma privilegiada. Desse modo, o método arqueológico traz, à tona, o fato da ideologização da ciência no campo social.

A ideologização da ciência moderna, em sua tentativa de afirmação de uma vontade de verdade universal pela via da razão instrumental, tornou-se, até certo ponto:

(...)uma bem sucedida vontade de domínio e de potência justamente porque pressupõe que o devir do mundo se dá segundo uma ordem, cuja legalidade pode ser conhecida e, por conseguinte, prevista.²⁰

É, portanto, ao caracterizar-se como ideologia²¹ que a razão científica acaba por fracassar, pois, nesta tentativa de totalização da realidade, exclui outras formas do saber, igualmente legítimas. Nossa reflexão, ao longo deste trabalho, comporta, nesse sentido, dentre outros aspectos, uma crítica à utilização do saber como uma forma de poder e articulada à idéia de domínio da realidade.

¹⁸ Esta perspectiva é descrita por MACHADO, R. (1988) da seguinte maneira: *Para a epistemologia, a ciência, discurso normatizado e normativo, é o lugar próprio do conhecimento e da verdade e, como tal, é instaurador da racionalidade.*”(p.9).

¹⁹ MACHADO, R. (1988) *Ciência e saber*

²⁰ BARBOSA, W.V. (1994) *Razão complexa*, p.20.

²¹ A palavra ideologia tem, aqui, o sentido apontado por CHAUI, M. (1996), como lógica social de ocultamento da realidade histórica, isto é, como doutrina de verdades intemporais, absolutas e inquestionáveis que servem como forma de poder social e de controle do pensamento humano.

Ao realizar uma história da clínica, Foucault vai cartografar uma heterogeneidade nas formas assumidas pela clínica, no campo da medicina antes da era moderna, apontando, a partir daí, a presença de uma lógica e de estruturas próprias a cada época correspondente.

A medicina clássica, vigente até meados do século XVIII, cujo modelo era a história natural e que concebia como seu objeto a doença, a partir de uma vertente filosófica essencialista, aparece, assim, tendo uma efetividade própria. Não se trata, dessa maneira, com o aparecimento da medicina científica ou moderna, de uma maior objetividade no campo do conhecimento e da prática que, aí, se constitui; trata-se, de fato, de uma outra linguagem, de outro objeto e de um outro modelo. Foucault critica, desta forma, uma perspectiva evolucionista que considera a existência de uma espécie de aperfeiçoamento do saber que teria seu corolário no contexto, dito científico, constitutivo do campo da medicina moderna.

A medicina moderna, como primeira ciência humana, terá suas condições de existência atreladas ao surgimento de outras ciências como, por exemplo, a biologia (e, mais especificamente, a disciplina denominada anatomia patológica), o que vai possibilitar, a este saber, a definição de seu objeto no âmbito do corpo doente.

O olhar médico não, apenas, muda, transformando-se de um *olhar de superfície*, na medicina clássica, para um *olhar de profundidade*, na medicina moderna, mas também, o que o médico olha e vê, não é mais a mesma coisa: aquilo que era invisível torna-se visível, isto é, o corpo, na sua interioridade, abre-se ao saber médico, como objeto de conhecimento e, simultaneamente, também o constitui. O sintoma torna-se signo de alguma causa localizada no interior do corpo, inicialmente, no órgão e, posteriormente, no próprio tecido lesado.

Eliminando qualquer indício de continuidade entre os dois campos — medicina clássica e medicina moderna — Foucault retirou qualquer possibilidade de construirmos escalas de valores entre uma e outra (pré-ciência x ciência), apontando uma especificidade própria a cada uma delas. A partir desta premissa, chamou a atenção para o fato de que a valorização de uma, em detrimento da outra, nos aponta para uma perspectiva de cunho ideológico que se tornou tema constitutivo de suas pesquisas genealógicas, ou seja, das relações saber-poder. Esta visão genealógica apresenta-se, claramente, no trabalho intitulado *O*

nascimento do hospital,²² onde o autor faz uma leitura mais ampla dos efeitos do saber médico no campo social, passando a analisar os discursos e as práticas institucionais simultâneas ao advento da ciência médica.

Na idade clássica, a prática médica, inicialmente individual e pontual, expandiu-se, cada vez mais, para o campo institucional-hospitalar, atendendo, assim, a uma demanda social de ordenação e de disciplina necessárias à efetivação da ordem social nascente — o capitalismo. O médico passou a ser, então, convocado, pelo poder estatal a ordenar as relações sociais, através da prática hospitalar, ocupando, a partir daí, um lugar de poder na hierarquia institucional, anteriormente preenchido pela ordem religiosa.

É neste sentido que a medicina científica obtém a caracterização, desde os primórdios, de medicina social cujo objetivo não seria, exclusivamente, terapêutico, mas, fundamentalmente, preventivo, ou seja, promotor de saúde e, para tanto, deveria expandir-se, progressivamente, do indivíduo para o campo social, numa perspectiva de homogeneização das diferenças. Tratava-se, em última instância, de constituir normas de higiene para a população, que, daí por diante, iriam se instaurar dentro das próprias famílias, a partir das regras ditadas pelo saber médico.

Este processo de medicalização da sociedade terá efeitos definitivos, no campo da própria educação dos sujeitos havendo, a partir daí, sempre, um ponto de vista médico para todas as situações de impasse nas relações sociais.

Se, por um lado, amplia-se, progressivamente, a chamada medicina científica com as características de uma medicina social, o que verificamos, por outro lado, é o surgimento progressivo de uma outra prática, no campo médico, que terá no louco e na loucura seu objeto de intervenção.

A expansão da medicina no campo hospitalar, ou seja, este processo de efetiva ordenação que o médico executa, vai significar, em última instância, a recolocação dos sujeitos nos lugares certos. É, neste sentido, que o surgimento das enfermarias representa uma nova cartografia na instituição hospitalar visando à separação das doenças e dos doentes, um verdadeiro *esquadrinamento*, como afirma Foucault.²³ Além disso, aqueles que não eram doentes, mas, estavam depositados no hospital, retornaram ao espaço social onde deveriam encontrar um

²² FOUCAULT, M.(1990) *O nascimento do hospital*.

²³ FOUCAULT, M (1990) op. cit.

lugar apropriado para viver e, principalmente, trabalhar, ou seja, produzir. Apenas, o louco resistirá a este processo, pois, dentro da nova ordem social que exclui a desrazão, não haverá lugar apropriado para a loucura. É, neste sentido, que o louco se tornará o herdeiro do asilo, restando-lhe, apenas, a exclusão social.

A chamada medicina mental será essa parte da medicina que se constituirá tendo, como herança, a perspectiva filantrópica dos primeiros alienistas, esses “carcereiros de loucos”, como acabaram por ser denominados, que se dedicaram a tratar a loucura transformando-a, paulatinamente, em “doença” mental.

Dentro desta perspectiva, Birman vai afirmar que:

Grande parte da preocupação e do esforço do discurso psiquiátrico em toda a sua história, marcadamente na primeira metade do século XIX, era para demonstrar que os loucos eram efetivamente doentes. Havia uma retomada permanente da questão, apesar de seu fracasso recorrente, para comprovar a validade científica que justificasse a inclusão da loucura sob a jurisdição da Medicina.²⁴

Porém, desde sempre, estabeleceu-se um paradoxo, nesse campo, onde o nome *medicina especial* aponta o esforço inicial para fundar uma especificidade em relação à *medicina geral*, isto é, em caracterizar a doença mental como uma doença diferente de qualquer outra. Lembremos, aqui, um trecho do texto de Pinel, fundador do alienismo, onde se alicerça toda a tradição da psiquiatria:

Um preconceito dos mais funestos à humanidade, e que é talvez a causa deplorável do estado de abandono no qual se deixa quase todos os alienados, é olhar seu mal como incurável, e atribuí-lo a uma lesão orgânica no cérebro ou em qualquer outra parte da cabeça. Posso assegurar que, na maioria dos fatos que reuni sobre a mania delirante tornada incurável ou terminada por outra doença funesta, todos os resultados da abertura dos corpos comparados aos sintomas que se manifestaram provam que essa alienação tem em geral um caráter puramente nervoso, e que não é o produto de nenhum vício orgânico da substância do cérebro.²⁵

Julian,²⁶ indica o fato de que Pinel ao considerar a loucura uma doença devolve ao louco o estatuto de sujeito, retirando-o de uma situação de pura animalidade. Apesar de concordarmos com esta reflexão, consideramos com

²⁴ BIRMAN, J. (1980) *Enfermidade e loucura*, p.69

²⁵ CASTEL, R.(1987) *A gestão dos riscos*, ps.80-81

²⁶ JULIAN, P. (1988) *Pinel, Esquirol, Freud, Lacan*

Foucault que, de qualquer forma, permanece, neste caso, a perspectiva de controle social construindo-se, a partir daí, redes mais sutis de poder, via saber.

Mas, afinal de contas, qual o fundamento teórico que sustenta essa concepção de que a doença mental é uma doença diferente das outras? Sucessivamente, ao longo da história da medicina mental, buscaram-se respostas, a esta questão, que vão desde a associação entre loucura e paixão, doença mental e desordens da civilização, à perspectiva fenomenológica que deixa de considerar a importância de uma gênese ou causa da doença mental, colocando, em primeiro plano, a compreensão do fenômeno patológico, a atenção ao vivido, numa verdadeira renovação humanista da psiquiatria.

A medicina mental instituiu-se, inicialmente, em contradição à medicina científica, pois, pautando-se no modelo da medicina do século XVIII (clássica), o que se delineia é a presença do modelo da racionalidade psicológica, vigorando os tratamentos de cunho moralizante, articulados por dois momentos precisos: no primeiro, o louco deveria assumir “ser louco”, ou seja, teria que reconhecer seus comportamentos como desprovidos de sentido (leia-se: de razão) para, a seguir, ser induzido a abandonar estes comportamentos, ou seja, “deixar de ser louco”. Dentro desta premissa, uma série de práticas de tratamento moral passaram a ser utilizadas (desde os banhos frios até a eletroterapia)²⁷ com a única perspectiva de calar o sintoma (ou a desrazão), convertendo-se, muitas vezes, em práticas de pura violência e exclusão social.

Foi nesse sentido que Costa²⁸ afirmou ter o médico se tornado o *sacerdote dos corpos* e, o psiquiatra, em particular, *do espírito*. O autor exemplifica, descrevendo de que modo a atuação da psiquiatria, numa vertente preventivista, no Brasil, década de 20/30, vai atuar numa ótica eugênica de eliminação progressiva das diferenças, pautada numa concepção hereditária que, sem nenhum respaldo científico, vem revelar-se, por outro lado, num puro e simples exercício de poder. O curioso é que o discurso psicanalítico será, progressivamente, utilizado para reforçar as idéias de homogeneização do campo social, indicando algumas diferenças ideológicas e temporais relativamente ao processo que vai ocorrer na Europa. No Brasil apenas na década de 70, verificaremos a difusão da

²⁷ Os neurolépticos também, quando usados como *camisa de força química*.

²⁸ COSTA, J.F. (1981) *História da psiquiatria no Brasil*.

psicanálise visando um outro direcionamento e uma outra perspectiva institucional.

Castel,²⁹ descrevendo o movimento psiquiátrico, na França, considerou que até a primeira metade do século XIX, houve domínio da perspectiva da higiene social e da filantropia na medicina mental, sendo que a partir de 1860, começaram os ataques do positivismo médico, em direção à visão médico-assistencial que, segundo seus representantes, remeteria aos estágios arcaicos da constituição da psiquiatria. Esta crítica se desenvolve sob uma dupla linha:

De um lado, fazer do espaço hospitalar um meio verdadeiramente médico, quer dizer, onde se dispensam tratamentos intensivos, rompendo conforme a necessidade com as funções de assistência e guarda tradicionais, mesmo se estas se enfeitem de virtudes da filantropia. Paralelamente, sair do hospital para desenvolver ações preventivas às quais a luta contra as doenças infecciosas e, sobretudo, contra a tuberculose, vão propor um modelo médico que não deve nada à tradição alienista.³⁰

Encontramos, então, dois modelos de modernização da medicina mental: o primeiro deles: mutantes da tradição alienista, cuja proposta é a renovação do dispositivo psiquiátrico, conservando, a um só tempo, a especificidade em relação à medicina e a vontade de encargo total da tradição assistencialista e, o segundo, caracterizado pelo objetivismo médico, cuja exigência de eficácia acaba produzindo o abandono dos “crônicos”, dos “incuráveis”.

O fato é que, seja a alienação mental pensada com raízes orgânicas ou não, o saber e a prática psiquiátrica acabam por visar combater as desordens da sociabilidade e, neste sentido, ela tende a, sempre, manter uma perspectiva de medicina social, ou seja, de prática disciplinar.

Em Castel, o que nos chama a atenção é a tendência hegemônica, na atualidade européia, do segundo modelo, ou seja, uma reaproximação da psiquiatria do modelo médico positivista. Para compreendermos melhor este atual processo, teremos que resgatar a entrada do discurso psicanalítico no campo psiquiátrico. Apesar deste processo referir-se à realidade francesa, acreditamos que esta história pode nos servir de alerta quanto aos destinos do processo

²⁹ CASTEL, R. (1987), op. cit.

³⁰ Idem, p.69.

brasileiro. Como veremos, mais adiante, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem forte influência da psicoterapia institucional francesa.

1.2. Instituição psiquiátrica e psicanálise: os movimentos de reforma

A psicanálise vai fazer sua entrada no campo psiquiátrico francês, em sua vertente reformista, numa promessa de sustentação teórica que garantiria a almejada especificidade da medicina mental, relativamente ao campo da medicina.

De que modo a psicanálise teria sido levada a desempenhar este papel, visto que o meio psiquiátrico francês mostrava-se, sempre hostil à psicanálise?

A força da tradição clássica, o prestígio de Pierre Janet, rival de Freud, uma sólida hostilidade a respeito da Alemanha e até um certo anti-semitismo, fizeram com que a orientação freudiana não seduzisse primeiro, senão elementos muito marginais da profissão psiquiátrica.³¹

Uma mudança significativa ocorreu a partir dos efeitos do pós-guerra nas relações sociais e nas instituições, em geral, especificando-se, aí, a presença da ideologia marxista como fonte constante de crítica aos efeitos danosos do fascismo no mundo e que desembocaria numa série de reformas do hospício, a partir de uma perspectiva denominada de psicoterapia institucional.

A princípio, no entanto, um certo número de psiquiatras vinculados ao partido comunista tendeu a considerar a psicanálise como ideologia reacionária. Apenas, muito lentamente, a psicanálise acabaria por recuperar o tempo perdido, ocupando circuitos marginais em relação ao quadro dos psiquiatras públicos, em especial, pelo atalho da infância.

A psicanálise passa a ocupar um lugar na psiquiatria pública, apenas, a partir do grande manifesto do reformismo psiquiátrico, o *Livro branco da psiquiatria francesa*³²(1968). De início, o reformismo não procurou uma orientação teórica precisa para a prática psiquiátrica, mas incentivou a presença de perspectivas

³¹ CASTEL, R.(1987) op. cit., p.82

³² Neste manifesto, o que se reivindica, principalmente, é a autonomia da psiquiatria em relação à neuropsiquiatria (dominante nos meios universitários), efetivando-se condições de ensino e de formação específicas para os psiquiatras. Cria-se, assim, o certificado de estudos especiais em psiquiatria, dissocia-se o internamento da colocação sob proteção judiciária e separa-se o tratamento clínico da internação na instituição fechada.

diversas, afirmando, assim, uma característica não contraditória e eclética, visando, com isso, um reforço social.

A psicanálise parece apropriada, principalmente, no que diz respeito à valorização do sentido da relação médico-paciente e da implicação pessoal do terapeuta, no processo de tratamento.

Além disso, a psicanálise, ou melhor, sua orientação lacaniana, vai, paulatinamente, representar uma tendência fundamental aos olhos da inteligência da esquerda, visto conduzir uma crítica vigorosa da psicanálise americana, denunciando suas funções adaptadoras através de seu desvio teórico no sentido de uma psicologia do eu.³³ O sucesso da difusão do lacanismo, na França, parece relacionado ao fato de economizar uma escolha entre “revolução proletária” ou “revolução pessoal”, tornando a liberação social e a liberação pessoal, partes de uma mesma trajetória, potencializando seus efeitos.

O que se processa é a transformação da psicanálise numa ideologia que serve de estrutura de desdobramento a uma ideologia política socialista, no momento mesmo em que se inicia a ruína destes ideais.

É essa perspectiva de que o método psicanalítico é subversivo, por essência, que acaba por alimentar uma dicotomia absoluta, opondo a má psiquiatria (porque repressiva) à boa psicanálise (porque subversiva), naturalizando, conseqüentemente, estas posições.

O fato é que a difusão da psicanálise, no campo psiquiátrico, ampliar-se-á a tal ponto que tenderá a deixar de ser um dado do reformismo psiquiátrico, tornando-se cada vez mais, *o ponto de vista da verdade sobre o que dali em diante deve ser essa prática*.³⁴ Esta característica de uma hegemonia do discurso psicanalítico no campo psiquiátrico, até a década de 60, em Paris³⁵ evidenciou-se, por exemplo, na quase obrigatoriedade de uma formação analítica para ter direito à palavra. Isto promoveu, progressivamente, o que Castel denomina de uma *desmedicalização* da psiquiatria naquele período, o que veio a ter efeitos na transformação deste campo. Ou seja, a psiquiatria psicanalítica constituiu, nos

³³ CASTEL, R. (1987)op. cit, p.26

³⁴ CASTEL,R. (1987) op. cit, p.83.

³⁵ No Brasil, a difusão da psicanálise no campo psiquiátrico iniciou-se no Rio Grande do Sul (déc. de 60) e no Rio de Janeiro (déc. de 70), através das comunidades terapêuticas Não podemos, porém, considerar este processo como efetivamente hegemônico, devido às características “hospitalocêntricas” da psiquiatria brasileira (FIGUEIREDO, 1984).

últimos anos, a ideologia dominante da medicina mental, o instrumento da contemporaneidade psiquiátrica.

Podemos abrir um parêntese para considerar que tanto a “medicalização” da psicanálise, quanto a “desmedicalização” (ou “psicanalização”?) da psiquiatria traduzem os riscos do processo de hegemonia de um saber sobre o outro. Ou seja, o que transparece são as dificuldades na manutenção das diferenças entre distintas formas do saber e dos riscos resultantes da hierarquização de um sobre o outro, onde se revela a expansão irrestrita de um saber, para além de uma determinada região ou fronteira e, a partir de onde, este se torna forma de domínio.

Estas observações nos levam a formular a seguinte questão: no que se constitui, de fato, uma perspectiva *transdisciplinar* e seus efeitos práticos, ou seja, quais as possibilidades e os limites para que uma determinada problemática (por exemplo, a loucura) possa ser beneficiada pela intervenção de diferentes saberes?

Birman³⁶ considera que estes riscos se fizeram presentes, principalmente, na perspectiva denominada *interdisciplinar* que se propagou nas décadas de 50 e 60, quando veio a afirmar-se, a identidade de objeto teórico entre diferentes disciplinas, o que produziu impasses epistemológicos infundáveis e propiciou a hierarquização entre os campos diversos. Sugere, a partir disso, um maior rigor no estabelecimento das diferenças entre estes campos, buscando, por outro lado, o delineamento de problemas comuns que seriam o canal para o diálogo entre os mesmos. Este diálogo inicial, por sua vez, imporá, progressivamente, a construção de problemáticas, pela mediação de seus conceitos específicos.

Com isso, podemos realizar a produção de conhecimento, a constituição de positivities inéditas e a elaboração de novos conceitos. A proposta de Birman, deve ser compreendida como um estímulo a uma discussão de cunho epistemológico com conseqüências práticas importantes.

Retornando as nossas questões anteriores, os primeiros indícios de transformações institucionais, referem-se ao que foi denominado de humanização do hospital, decorrente dos primórdios do movimento institucionalista francês, que teve na figura de Tosquelles,³⁷ líder da tendência lacaniana, um importante representante. Assim:

³⁶ BIRMAN, J. (1994) *Psicanálise ciência e cultura*, p.9

³⁷ TOSQUELLES, F. (1986) *Communication écrite du Dr. Tosquelles*, .

O hospital representaria do ponto de vista terapêutico um papel análogo ao do psicanalista. Seria objeto de investimentos sucessivos desses conflitos; e a dialética da cura passaria, por assim dizer, nessa lâmina de transferências e de projeções que a estrutura social do hospital poderia permitir.³⁸

O foco principal da chamada revolução psiquiátrica será a relação médico-paciente, fato este que se expandirá, progressivamente, para o restante das relações institucionais, caracterizando assim, propriamente falando, uma psicoterapia institucional.

Neste momento, a palavra de ordem é tratar a instituição, de preferência ao doente. A perspectiva, aqui, é de uma concepção social da doença mental, ou seja, o fato de que a sociedade e as instituições são produtoras da doença e, portanto, este será o ponto a ser focado.

Alguns autores tendem a considerar o período do pós-guerra como o início do esgotamento da chamada era moderna. Ou seja, os flagelos deixados pela guerra começaram a colocar, em questão, as possibilidades irrestritas da tecnologia científica, possibilitando, por outra via, a ascensão de novas utopias ideológicas representadas pelas diferentes facetas do marxismo.

Apesar da chamada revolução psiquiátrica ter se iniciado desde 1914, com a chamada *terapêutica ativa* de Herman Simon, esta só se constituiu, efetivamente, no plano teórico e prático, na década de 40, no Hospital Psiquiátrico de Saint Alban, em Lozire, pelas equipes supervisionadas por Tosquelles. Com este processo:

(...) era a armadura da psiquiatria inteira que era abalada de maneira que uma aproximação real entre a prática hospitalar e a psicanálise podia se iniciar permitindo superar uma ferida antiga – a ruptura de Jung, de Bleuler e do pessoal de Zurique com Freud – ferida que devia separar por muito tempo a psicanálise da psiquiatria.³⁹

O que a psicoterapia institucional traz, a lume, é o fato de que o tratamento de pacientes graves implica, necessariamente, na análise da instituição. Trata-se de construir as melhores condições para a prática clínica, diferenciando-se os fatores “patogênicos” dos fatores “patológicos”. Ou seja, parte-se da idéia de que

³⁸ CASTEL, R. (1987), op cit, p.84.

existe patologia na psicose, isto é, trata-se de “doença” mental, porém a instituição pode adicionar, aí, outros fatores de adoecimento que influenciarão na apresentação sintomática, na duração das fases da doença e na evolução da patologia. Esses fatores patogênicos da instituição podem, também, afetar todos aqueles que trabalham na instituição, por isso, o objetivo da psicoterapia institucional é o tratamento das relações institucionais.

Podemos considerar que a proposta de “tratamento” da instituição acabou por revelar um evidente retorno às relações de dominação do paciente (relações de saber-poder), apontando para um fracasso que conduziu os psiquiatras envolvidos a uma radicalização de suas posições.

É assim que, na década de 60, na França, veremos a psicoterapia institucional se expandir na direção do movimento antipsiquiátrico que se caracterizou por uma radicalização da crítica à instituição psiquiátrica, cuja proposta foi, em última instância, sua implosão. O mérito do movimento antipsiquiátrico foi colocar, radicalmente, em questão, a hegemonia e o saber-poder médico-psiquiátrico e o fato do seu papel na produção da “doença mental”.

O que verificamos foi que as instituições (hospitais, prisões, etc) tornam-se palcos reais, modelos reduzidos expressivos do que se passa, na sociedade mais ampla, congregando as possibilidades de crítica social às hierarquias, crítica esta que se sobrepõe, em última instância, às reivindicações econômicas.

Foi assim que a psiquiatria cristalizou as formas mais difusas de revolta contra a autoridade, vividas na família e, em outras instituições, pois, revelava, claramente, o desnível absoluto entre aquele que age e aquele que padece a gratuidade e o arbítrio do exercício do poder.

Segundo Castel:

A antipsiquiatria como fenômeno social foi menos a crítica exata (teórica ou prática) de uma atividade profissional particular, do que a superdeterminação do sentido dessa atividade a partir de uma temática antiautoritária generalizada.⁴⁰

A psiquiatria torna-se, assim, uma figura paradigmática do exercício do poder, ponto de fixação de um imaginário político de libertação social. A consequência deste processo foi um afastamento da reorganização efetiva, desta

³⁹ GUATTARI, F. (1972) *Introduction a la psychotherapia institucional.*, p.40

⁴⁰ CASTEL, R. (1987), *op cit*, p.25.

prática, o que ocasionou a perda paulatina de uma credibilidade nos efeitos desta perspectiva e o conseqüente fortalecimento da perspectiva médica positivista que se elaborava paralelamente.

Por outro lado, a partir da década de 50, vimos ocorrer, também, a expansão da indústria farmacológica, tornando-se o medicamento uma alternativa terapêutica à pura exclusão do louco. Isto, sem dúvida, facilitou os primeiros movimentos de abertura dos manicômios.

Assim, num primeiro momento, como afirma Rodinesco⁴¹: *a psicofarmacologia deu ao homem uma perspectiva de recuperação da sua liberdade(...)*, significando um avanço dentro da concepção de uma prática médica de pura restrição social.

O movimento antipsiquiátrico, porém, tinha uma proposta mais radical, onde algumas práticas indicavam a necessidade de abolir o uso do medicamento, propondo com isso, que o psiquiatra ousasse acompanhar o louco, durante o surto, não impedindo, assim, a sua livre expressão. Levar, até as últimas conseqüências, a proposta de dar voz à loucura no campo social, eis a premissa antipsiquiátrica.

Todas essas idéias, mais adiante, seriam articuladas dentro de uma perspectiva denominada de análise institucional que se propunha, inclusive, a interpretar a razão de ser desses movimentos anteriores. Lapassade,⁴² representante da análise institucional, conceberá a antipsiquiatria como uma análise da instituição psiquiátrica, ou seja, como um primeiro momento da própria análise institucional no campo da instituição médica.

A análise institucional,⁴³ apesar de utilizar-se de alguns conceitos psicanalíticos, tais como, inconsciente, libido, transferência-contratransferência, colocará, em análise, a própria instituição psicanalítica, considerando-a como instrumento de poder no campo social.⁴⁴

Todos estes acontecimentos, anteriormente, referidos, comungam uma mesma característica que é a de promover uma tal expansão dos conceitos psicanalíticos que, afastando-se, completamente, das suas origens, chegaram a

⁴¹ ROUDINESCO, E.(2000) *Por que a psicanálise?*

⁴² LAPASSADE, G. (1983) *Organizações, grupos e instituições.*

⁴³ A análise institucional apresenta algumas correntes principais: a sociopsicanálise (MENDEL, 1980, *El sociopsicoanálisis institucional*), a socioanálise (LAPASSADE, 1983, op cit) e a esquizoanálise (GUATTARI, 1986, *Micropolítica cartografias do desejo*).

⁴⁴ CASTEL, R. (1978) *O psicanalismo.*

gerar, nestes casos, uma distorção dos mesmos ou, ainda, uma torção a ponto de inaugurar novos saberes e práticas.

O fato é que o período histórico, no qual estes processos se constituem, é claramente, marcado por intensas mudanças políticas e sociais, tanto na América Latina, quanto na Europa (década de 60). Elas produzirão, inclusive, mais tarde, uma verdadeira reordenação do próprio campo psicanalítico, no que diz respeito, à formação analítica, colocando, em discussão, a função das instituições psicanalíticas no campo social⁴⁵.

São, fundamentalmente, propostas que nascem de movimentos de cunho político-ideológico que promovem e direcionam estas transformações no campo psiquiátrico e psicanalítico, não cabendo, neste momento, uma preocupação com o estatuto conceitual e seus reflexos na prática, propriamente dita.

O que queremos demarcar é que naquele momento histórico específico, a necessidade de um dado posicionamento ideológico, sobrepunha-se a uma preocupação prévia com uma discussão conceitual a respeito das dificuldades inerentes à manutenção da singularidade da experiência psicanalítica, em diferentes contextos sócio-institucionais. É o que expressa, muito claramente, a frase de Bauleo a propósito do movimento contestatório, em torno da Associação Psicanalítica Argentina: (...) *ou perdemos a cientificidade, correndo o risco de que nos chamem de ideólogos ou a mantemos sob o risco de nos transformar em eruditos agentes do sistema.*⁴⁶

Esta reflexão vem ao encontro de uma análise feita por M. Mannoni⁴⁷ de que, em certos momentos sociais, o que se revela sob o terreno político, é a interdição absoluta, quanto ao direito de questionar e interrogar a ordem vigente, e as instituições de psicanálise, como quaisquer outras, podem estar a serviço desta lógica.

O que se criticava, especificamente, era a propagação de uma prática psicanalítica submetida a uma forma de condicionamento social-institucional que a tornava instrumento de adaptação do sujeito, não se diferenciando, em seus efeitos, da prática psiquiátrica tradicional.

⁴⁵ Com relação a isso, Lacan será um representante fundamental e o primeiro a propor uma análise da instituição psicanalítica indissolúvel da experiência psicanalítica propriamente dita.

⁴⁶ BAULEO, A. (1977) *Plataforma ou História de um projeto*, p.12.

⁴⁷ MANNONI, M. (1979) *La theorie comme fiction*, p.169

Atualmente, podemos considerar que independentemente da situação histórica, política ou social-institucional, em maior ou menor grau, o risco de “medicalização” da psicanálise estará sempre presente. Trata-se de um risco estrutural — se assim podemos nos expressar — devido ao fato da psicanálise pertencer ao mesmo solo arqueológico da medicina; e quanto mais o analista o ignore maior a possibilidade de atuá-lo.

Na época, as associações nacionais de psicanálise pautadas, exclusivamente, no modelo da IPA (Associação Internacional de Psicanálise) caracterizavam-se por uma estrutura verticalizada de poder e o isolamento do psicanalista o tornava um “especialista”, trazendo como consequência, um modo de inserção do mesmo, nos processos sociais e institucionais que, em nada, o diferenciava do tradicional psiquiatra. Como afirma Mannoni:

A psicanálise, longe de subverter o saber médico serviu de reforço à hierarquia médica. Não é raro ver analistas a trabalhar docilmente nas instituições mais repressivas e exaltarem depois a revolução em grupos intelectuais fechados. Esse corte entre teoria e prática é responsável pela estagnação de uma pesquisa.

48

O movimento institucionalista francês, apesar de não contar, exclusivamente, com psicanalistas e psiquiatras era composto, representativamente, por muitos deles, inseridos em instituições de saúde e de educação. Aliaram-se a outros intelectuais, numa luta anti-institucional, visando, em última instância, implodir a burocracia, o poder administrativo, para possibilitar a liberdade do dizer e os movimentos instituintes de novas relações sociais nas instituições que denunciavam a institucionalização da violência (contra o louco, o desviante, etc.). Buscou-se, enfim, novos modelos que permitissem a liberdade e a expressão do sujeito, tanto nas instituições, quanto no campo social mais amplo.

O que esteve, então, em pauta, direcionando as mudanças foram novos ideais e valores sociais possibilitadores da construção de outros projetos de atuação institucional para o campo médico-psiquiátrico.

⁴⁸ MANNONI, M. (1977) *Educação impossível*.

No entanto, como afirmou Freud,⁴⁹ ao tratar das idéias religiosas no campo social, as crenças ou as ideologias são tentativas sempre renovadas do sujeito, no campo cultural, de lidar com a angústia oriunda do desamparo humano e, neste sentido, são encobridoras da “falta” criando ilusões inevitáveis.

Os momentos de crise de uma cultura, quando fracassam os ideais, apontam exatamente, para a existência de ilusões construídas, que se pautaram num pano de fundo de desconhecimento de sua precariedade com relação à realidade, ou seja, o contraponto é o fato de que a vida, enquanto contínuo *devir*, indica o próprio limite dos ideais e, como consequência, a necessidade de sua reconstrução constante. Não basta, portanto, colocarmos o prefixo *anti* para ficarmos livres dos efeitos de toda e qualquer forma de violência institucionalizada. Aquilo que se apresenta como modelo, num dado sistema social-institucional, não é o único responsável pelo ódio e pela violência gravados no âmago das relações humanas.⁵⁰

Podemos considerar que, se por um lado, a difusão da psicanálise no campo médico e social trouxe, como consequência, mudanças institucionais significativas, por outro lado, verificamos uma simultânea perda dos limites e da demarcação das diferenças entre esta prática clínica específica e aquelas relacionadas ao campo médico-psiquiátrico, propriamente dito.

Nos últimos vinte anos, aproximadamente, começaram a surgir críticas políticas a respeito da medicina mental, indagando-se qual, afinal de contas, a finalidade da prática do tratamento mental? O que verificamos, a partir daí, foi o delineamento de uma nova mudança no imaginário profissional:

(...)cava-se um fosso entre uma exigência de cientificidade que se impõe cada vez mais na medicina moderna e especulações, pesquisas, inovações, que correm o risco de parecer amáveis fantasias, quem sabe empreendimentos irresponsáveis e perigosos.⁵¹

Além disso, Castel⁵² chama a atenção para dois aspectos: um, por parte dos “revolucionários”, indicando uma determinada indiferença a respeito da necessidade de uma avaliação da prática e, outro, por parte dos representantes do positivismo, arrogantes, que retornam para frente do palco e dão o tom de um

⁴⁹ FREUD, S (1927) *O futuro de uma ilusão*.

⁵⁰ MANNONI, M, (1977) op. cit.

⁵¹ CASTEL, R.(1987) op. cit, p.91

certo desencantamento geral que vai possibilitando uma nova formatação para este campo.

Os medicamentos que durante um longo tempo foram utilizados de forma, puramente, empírica, a partir das pesquisas que elucidam sua ação bioquímica vão legitimar a ambição de se chegar à própria elucidação do modo ou mecanismo bioquímico na origem das doenças mentais, fundando, assim, uma teoria positivista de sua etiologia.

Na realidade, somente, as pesquisas sobre a psicose maníaco-depressiva (atual “transtorno bipolar”) parecem ter liberado uma relação rigorosa entre a atuação de um medicamento e a sua cura clínica. Já, as pesquisas sobre a esquizofrenia são menos convincentes, pois, aí, se reúnem entidades mórbidas muito heterogêneas.

A aproximação bioquímica tende a ser relacionada com pesquisas genéticas que visam estabelecer o caráter hereditário de algumas perturbações psíquicas — velha ambição de Esquirol. O valor destas pesquisas, somente, pode dar à causa hereditária o papel de uma predisposição cuja ação deve ser completada por outros dados: *É sobretudo o fascínio que exercem sobre numerosos espíritos em nome da neutralidade e da eficácia absolutas do saber positivo que merece que paremos aqui(...).*⁵³

Com a retomada do objetivismo médico, vemos reafirmar-se a perspectiva de que a doença mental é uma doença como qualquer outra, o que remete ao esquecimento, a história de todos os esforços para alcançar a relação da pessoa com seu sofrimento. O problema, de fato, não está nas referidas pesquisas científicas, evidentemente, mas no contexto ideológico no qual elas se produzem que tendem a relegar outras perspectivas que até então haviam se delineado.

Outro índice do avanço do positivismo, além dos medicamentos, são as terapias comportamentais, nos EUA, uma espécie de *revanche* dos psicólogos sobre os psiquiatras. Trata-se de técnica de retificação pedagógica, mais do que de tratamento médico, onde a preocupação central é a extirpação do sintoma, independentemente, de sua etiologia.

Como afirmamos, anteriormente, o avanço progressivo da indústria farmacológica, a partir da década de 50 e, mais adiante, a expansão das

⁵² Idem.

⁵³ CASTEL, R.. (1987) op. cit, p.94

neurociências, vão delinear novas características para o campo médico, a partir de outros ideais sociais que o mundo contemporâneo vai aos poucos estabelecer.

A enorme variedade de produtos, químicos e biológicos, produzidos pelo avanço da pesquisa científica vai produzir uma grande diversidade de demandas dirigidas, agora, ao médico indicando uma espécie de biologização de ideais estéticos. Este estado de coisas, segundo Lacan,⁵⁴ nos conduz a formular a seguinte questão: *Onde está o limite no qual o médico deve atuar e responder a estas novas demandas que lhe são dirigidas?* Destaca, a seguir, a necessidade de diferenciarmos *demanda* de *desejo*, apontando o fato de que nem sempre quando alguém nos pede algo é isto, necessariamente, que deseja. Encontramos, aqui, um importante indicativo para uma possível contribuição da psicanálise a partir de sua especificidade ética, ao campo médico-psiquiátrico.

É somente quando não atende a toda e qualquer demanda que o médico pode se tornar capaz de bloquear o gozo, sustentando a possibilidade de manutenção do desejo do sujeito caso contrário, sua prática tende a colocar-se a serviço do gozo. Lacan vai considerar que *O desejo é de algum modo o ponto de compromisso, a escala da dimensão do gozo, na medida em que de certo modo permite levar mais longe o nível da barreira do prazer(...)* enquanto que :

(..)o que eu chamo gozo no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão(...) Incontestavelmente há gozo no nível onde começa aparecer a dor, é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que de outro modo permanece velada.⁵⁵

Alguns autores,⁵⁶ caracterizam a época contemporânea como aquela que marcará a falência das utopias e dos projetos de mudanças no campo social, produzindo, conseqüentemente, um aprimoramento do individualismo e do narcisismo. Como nos afirma Roudinesco, no seu livro *Por que a psicanálise?* a cultura contemporânea:

(...) quer banir de seu horizonte a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo procurando integrar num

⁵⁴ LACAN, J. (1966) *Psicoanálisis y medicina*.

⁵⁵ LACAN, J. (1966) op cit, p.95.

⁵⁶ KEHL, MR (1989) – *Psicanálise ética e política*, ROUANET, S.P.(1989) *As razões do Iluminismo*.

sistema único as diferenças e as resistências. Em nome da globalização e do sucesso econômico, ela tem tentado abolir a idéia de conflito social.⁵⁷

Roudinesco, no referido trabalho, vai afirmar que a depressão pode ser pensada como a subjetividade contemporânea por excelência, como a histeria o foi, na era moderna, dizendo que esta substituição não é inocente, pois, vem a reboque de uma supervalorização dos medicamentos.

Nos alerta, assim, para os riscos de utilização de uma dada interpretação hegemônica da subjetividade, pois, este tipo de universalização pode tornar-se, ela própria, produtora desta subjetividade e da necessidade de um tratamento respectivo, desvinculando-a da idéia de singularidade e de conflito psíquico.

Assim, o que é possível, observarmos é uma verdadeira tendência à patologização do cotidiano que encerra o sujeito numa nova alienação, ao pretender curá-lo daquilo que lhe é específico, ou seja, das contradições dolorosas do existir. Dessa maneira:

(...) quanto mais se promete o fim do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas que nunca fazem mais do que suspender sintomas ou transferi-los, mais o sujeito decepcionado volta-se em seguida para tratamentos corporais ou mágicos.⁵⁸

Virilio,⁵⁹ por outro lado, vai considerar que as formas de controle social, na atualidade, mudaram. Se, na época moderna, era, fundamentalmente, pela restrição espacial que o controle se exercia — neste caso, o hospital psiquiátrico era o lugar de controle, por excelência, — na atualidade é pelo controle do tempo que o poder se exerce. É dentro desta ótica que podemos considerar que o fato de uma instituição ser “aberta” ou “fechada”, por si só, não garante o respeito à singularidade e o não exercício do saber-poder médico, ao contrário, a tendência agora é este poder ser exercido de forma mais sutil. Vai denominar de *tempo-velocidade* a uma forma de aceleração da vida cotidiana, dominada pelas leis econômicas do mercado, onde o sujeito deve, literalmente, *correr atrás*, sob pena de se transformar num excluído da cultura.

⁵⁷ ROUDINESCO, E. (2000) op cit, p.16

⁵⁸ Idem, p.220.

⁵⁹ VIRILIO, P.(1983) *Guerra pura - a militarização do cotidiano*.

É a presença desta perspectiva atual que pode se tornar um impedimento do encontro fundamental do sujeito com ele mesmo, onde a imagem que se despedaça possa ser, mais adiante, reconstruída e, onde, as perdas possam, enfim, ser relativizadas e, conseqüentemente, o desejo recolocado em outros objetos.

Pode-se dizer, com isso, que há uma perda de toda dialética possível, da dor, do despedaçamento, onde a recuperação do sujeito se faz na euforia, como pura negação do tempo subjetivo anterior. Há, assim, subjetividade evanescente, descontínua, mutante, mas, não necessariamente, transformadora, que tem como função responder, continuamente, ao que lhe é demandado pelo campo social.

Bauman,⁶⁰ num importante trabalho, vai analisar as transformações no mundo contemporâneo, afirmando que, contrariamente, à época moderna, em que a ordem prevalecia em detrimento da liberdade, o que verificamos é a liberdade sem limites, se sobrepondo à ordem e, conseqüentemente, a toda possibilidade de laço social.

Neste contexto de apologia à total liberdade, o sujeito precisa partir para uma reconstituição contínua da própria imagem, que é aquilo que determinará, fundamentalmente, suas relações com o outro. Este processo transforma-se numa necessidade premente, no mundo contemporâneo, mutante, segundo as leis flutuantes do mercado e onde o sujeito corre, constantemente, o risco de ser transformado em “estranho”, segundo os valores do momento. Vai definir, assim, que o “estranho”, na nossa época, será aquele que, em última instância, não consegue acompanhar essas velozes mudanças em torno dos valores e ideais, que é tomado pelas perdas e que precisa de tempo para elaborar seus lutos.

Birman,⁶¹ analisando a reordenação da medicina-psiquiátrica, no mundo contemporâneo, aponta, por sua vez, a construção de uma nova psicopatologia. Afirma que as atuais publicações na área médica estão, cada vez mais, centradas em três enfermidades ou síndromes: as depressões (no plural), as toxicomanias e a chamada síndrome do pânico. Considera haver uma redução de interesse a respeito de outras perturbações do campo psiquiátrico, como as psicoses e, um verdadeiro investimento do discurso psicopatológico, nas outras perturbações. Cabe indagar, aqui, se não será o referido “fracasso” da psiquiatria, no que diz respeito ao louco e sua “cura”, o que acabará por produzir uma expansão

⁶⁰ BAUMAN, Z(1987) *O mal-estar na pós-modernidade*.

⁶¹ BIRMAN, J (1999) *O mal-estar na atualidade*.

indiscriminada da prática psiquiátrica para o cotidiano dos sujeitos no campo social. Verificamos, assim, a presença de novas estratégias de controle social se delineando na cultura.

Com a expansão das neurociências associada à psicofarmacologia, a psiquiatria pôde, finalmente, adquirir o *status* científico, tão almejado desde o século XIX, adquirindo, também, uma nova identidade.

Como afirma Birman⁶²: *Ao se fundamentar no discurso das neurociências, a psicopatologia atual pôde questionar a causalidade moral das perturbações do espírito(...)*E ainda:

(...) Com isso, o fundamento psíquico seria redutível ao funcionamento cerebral, sendo este representado em uma linguagem bioquímica. Enfim, a economia bioquímica dos neurotransmissores poderia explicar as particularidades do psiquismo e da subjetividade.

É necessário considerar, como nos alerta o autor, quê tipo de estilo de sujeito vem sendo positivado a partir das negatividades psicopatológicas. Quando a depressão, por exemplo, como forma de expressão do sofrimento, passa a ser medicalizada indiscriminadamente, aponta para certos ideais valorizados pela chamada cultura da imagem e do espetáculo,⁶³ onde a experiência existencial da tristeza tende a ser abolida.

Com certeza, isto implicou numa perspectiva que considera o campo psicanalítico como desprovido da cientificidade necessária à nova ordem das coisas, ou seja, a uma possível cura das doenças.

Birman, neste mesmo trabalho, vai chamar atenção para um processo de inversão, na atualidade. Se, na década de 70, a psicanálise se caracterizou como o saber de referência fundamental da psiquiatria, hoje seria preciso afastar a psicanálise desta nova psiquiatria, não misturar mais, em qualquer hipótese, aquela com a psicopatologia, pois, isso acarretaria no risco de afetar a identidade médica e científica da psiquiatria.

Por outro lado, é possível observarmos uma tendência da própria psicanálise para incorporar os referenciais teóricos do discurso psiquiátrico e um interesse crescente pelos modelos biológicos das neurociências⁶⁴. Isto tem se evidenciado,

⁶²BIRMAN, J.(1999) op. cit.,p.181-183.

⁶³ DEBORD, G (1994) *La société du spectacle*.

⁶⁴ CAMPOS, F.S.(2001) *Psicanálise e neurociência: dos monólogos cruzados ao diálogo possível*.

segundo o autor, no registro das publicações recentes e, também, nas linhas de pesquisa nas universidades.

Caberia afirmarmos, dessa forma, a necessidade da psicanálise recolocar suas diferenças e especificidades a partir desta reestruturação dos ideais do campo médico, retomando, simbolicamente, o percurso freudiano, que possibilitou a delimitação do campo psicanalítico na era moderna. Para isso, torna-se necessário definirmos a posição do psicanalista, a partir de uma constante interrogação do próprio campo institucional-instituído, possibilitadora de uma quebra das relações de fascínio do sujeito com a cultura e, mais especificamente, com as instituições, enquanto relações de saber-poder. O que se busca, com isso, é a manutenção do singular encontro com o estrangeiro, o inquietante, fonte permanente da recriação e reordenação das relações sociais. Nesse sentido, se a psicanálise é hoje pensada como uma prática em crise o é, fundamentalmente, por aqueles que resistem à psicanálise, pelo fato desta ser uma prática que se coloca na contramão de um tipo de intervenção, puramente, formal que visa silenciar o mal-estar.

Num dos principais textos freudianos que considera a questão da resistência,⁶⁵ Freud, de uma maneira peculiar, logo de início, trata-a a partir do que é tido como uma “certa necessidade humana do mesmo”, isto é, daquilo que, através de uma imagem ou de um signo, possibilite ao homem, uma dada familiaridade produtora de reconforto e de reassentamento e que, simultaneamente, recusa o estranho, isto é, aquilo que causa desprazer. O que causa desprazer exige do psiquismo um certo dispêndio de trabalho, devido às condições de incerteza que a situação acarreta. Freud referia-se, aqui, à psicanálise, como aquele campo que abalando as certezas das ciências instituídas, isto é, especialmente, do campo médico, atraía, para si, todas as formas de oposições e mesmo de reações, as mais violentas. A presença de uma verdadeira luta, em direção à psicanálise, *de modo algum está no fim*, como nos afirma Freud, na realidade, ela sempre se renova, historicamente, mudando, apenas, seus contornos. Estas lutas, que procuram, em última instância, a preservação de um certo narcisismo,⁶⁶ podem se apresentar, através de confrontos ostensivos, como, por exemplo, aqueles que, atualmente, acusam a psicanálise de uma falta de cientificidade, ou ainda, alguns processos mais sutis, que acabam por *privá-la do*

⁶⁵ FREUD, S. (1925) *As resistências à psicanálise*.

⁶⁶ FREUD, S. (1916-17) *Une difficulté de la psychanalyse*.

*seu veneno*⁶⁷ ao misturá-la à técnicas psicoterápicas variadas, promovendo-se, então, aí, uma verdadeira descaracterização, diluindo-se os efeitos de uma *práxis*.

Consideramos, dessa forma, freudianamente, que analisar as formas instituídas no campo social será, em última instância, desfazer as resistências, à psicanálise, recolocando sua especificidade na ação ética que possibilita o encontro singular de cada sujeito com sua verdade.⁶⁸

1.3.. Aspectos da reforma psiquiátrica brasileira: a questão ambulatorial.

A idéia de uma reforma no campo da psiquiatria não é algo novo e nem muito menos atual, de fato, reforma e psiquiatria andam juntas, desde o nascimento da psiquiatria.⁶⁹ Porém, o que verificamos, na atualidade brasileira é, por um lado, a predominância de uma psiquiatria biológica, que ganha status de ciência baseada nos atuais avanços das pesquisas bioquímicas e genéticas e, por outro lado, o amadurecimento de um movimento de reforma, crítico ao asilo, que mais do que visar seu aperfeiçoamento e humanização, visa os pressupostos da psiquiatria, isto é seus efeitos de normalização e controle.⁷⁰

O movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira tem pouco mais de vinte anos, e o valor fundante e organizador deste processo é a idéia de cidadania. O que podemos verificar é, que o que é denominado de reforma, diz respeito a um campo heterogêneo que inclui a clínica, a política e os âmbitos sociais, culturais e jurídicos. O principal motivo da centralização na temática da cidadania, do movimento da reforma, pode ser encontrado na crítica radical à perspectiva tradicional que associa cidadania à razão, e que justificou a retirada dos direitos de cidadão do louco, exatamente, baseando-se na premissa de que ele seria desprovido de razão.

Tenório⁷¹ apresenta-nos um quadro do atual cenário da reforma psiquiátrica brasileira, destacando os seguintes pontos: a) a manutenção da prevalência do

⁶⁷ FREUD, S. (1932) *Nouvelle suite de leçons d'introduction à la psychanalyse*, Conf XXXIV, p.237

⁶⁸ ENRIQUEZ, E. et ENRIQUEZ, M.(1971) *Le psychanalyste et son institutions*.

⁶⁹ São os reformadores da revolução francesa que delegam, a Pinel, a tarefa de humanizar os hospitais.

⁷⁰ TENÓRIO, F. (2001) *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*.

⁷¹ Idem.

manicômio,⁷² sua não superação, para a maioria da população; b) presença de uma nova mentalidade psiquiátrica, não obstante um certo triunfo da psiquiatria biológica; c) permanência das diretrizes reformistas no campo das políticas públicas (nível federal, estadual e municipal); d) existência de experiências renovadas, isto é, busca de trabalhos práticos inovadores; e) capacidade de experiências mais antigas manterem sua vitalidade; f) indícios de um novo olhar sobre a loucura, no espaço social (faz referência ao fato de duas escolas de samba terem utilizado como tema a questão da loucura).

O movimento da reforma congrega, por outro lado, duas posições sobre a natureza da transformação almejada. Uma que enfatiza a dimensão política e social, propondo a superação da clínica e, outra, que considera haver, no fato da loucura, uma especificidade que só a experiência clínica é capaz de oferecer. Em linhas gerais, a primeira corresponde ao paradigma de desinstitucionalização italiano e, a segunda, à influência conceitual da psicoterapia institucional francesa.⁷³

Conseqüentemente, o campo teórico-prático da reforma psiquiátrica brasileira será constituído por três vertentes principais: a) a desinstitucionalização; b) a clínica institucional; c) a reabilitação social. A primeira vertente exclui a clínica, pois, considera que o que se deve combater é a idéia de doença mental, reinventando-se, simultaneamente, novas instituições que possibilitem as trocas sociais para o sujeito louco. A segunda, pautada na psicoterapia institucional francesa, considera que a instituição deve ser mantida, transformando-se num lugar propício ao laço social (é esta vertente que sustenta os CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, geridos a nível municipal). A terceira vertente, baseada na Organização Mundial de Saúde, visa recuperar capacidades e habilidades prejudicadas pela doença, tendo um caráter eminentemente, pedagógico, preocupando-se com a recuperação da competência social. Segundo Tenório:

A influência da psicanálise é muito pequena nas práticas estritas da reabilitação; negada na vertente da desinstitucionalização, embora presente como saber sobre a loucura e como interlocutor crítico, e explícita na psicoterapia institucional e,

⁷² Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) lança uma proposta de Reforma Psiquiátrica (Projeto de Lei n.3657/89), só aprovado em 2001, 12 anos depois, e com inúmeras alterações. Uma delas diz respeito à possibilidade de construção de hospitais psiquiátricos e da contratação de novos leitos, em hospitais psiquiátricos pelo Estado.

⁷³ TENÓRIO, F.(2001) op cit, p.53

por conseguinte, no vocabulário e nas práticas dos CAPS brasileiros.⁷⁴

Gostaríamos de ressaltar, neste momento, uma diferenciação. O fato de constarmos a presença do discurso psicanalítico, em algumas das vertentes da reforma psiquiátrica, não garante, por si só, a efetivação da experiência psicanalítica nos contextos institucionais onde a reforma se presentifica. Apenas, podemos constatar, num primeiro momento, a presença efetiva da chamada “difusão” do discurso psicanalítico neste campo, o que tem produzido, historicamente, como já apontamos, uma perspectiva de humanização da assistência, visando tornar a instituição um espaço de cuidados para os sujeitos. Esta última concepção irá marcar uma diferença relativa a um modelo hospitalocêntrico/sintomatológico que visa, exclusivamente, monitorar os sintomas, ajustando a medicação.

A questão é que a atenção exclusiva ao sintoma se faz acompanhar de um certo modo de funcionamento institucional, que pode se presentificar em qualquer forma institucional, inclusive num ambulatório. Não se trata apenas de saber, portanto, se um espaço institucional determinado é aberto ou fechado, mas se este espaço está configurado de forma a atender às necessidades singulares de cada paciente ou não.

Podemos considerar, assim, a partir de uma perspectiva lacaniana,⁷⁵ que a presença da psicanálise, no campo da psiquiatria, pode ser pensada em duas direções específicas. A primeira, denominada de *psicanálise em intensão*, referida à efetivação neste campo da clínica psicanalítica propriamente dita e, a segunda, definida por Lacan, como *psicanálise em extensão* que, no presente caso, diz respeito à possibilidade de construção de relações institucionais que tenham, como princípio norteador, a ética psicanalítica o que favoreceria o acolhimento institucional da singularidade do sujeito. Aqui podemos estabelecer uma distinção entre “difusão” da psicanálise e “psicanálise em extensão”. A primeira constata a presença do discurso psicanalítico em territórios que lhe são alheios, o que tende a promover, inclusive, uma perda de rigor quanto aos seus conceitos fundamentais. Já a segunda, refere-se à presença da psicanálise no mundo, ou seja, em espaços

⁷⁴ Idem, p.54

⁷⁵ LACAN., J.(1967) *Proposição de 9 de outubro de 1967*.

que lhe são extraterritoriais, vigorando, no entanto, sua perspectiva ética fundamental.

Nossa experiência clínica situa-se num ambulatório de psiquiatria, cuja principal característica institucional é o chamado monitoramento dos sintomas e, foi a partir desta configuração institucional, que procuramos construir as possibilidades de efetivação de uma clínica psicanalítica. Isto significa dizer que desejávamos realizar a *psicanálise em intensão* em uma instituição, cujas relações institucionais não se norteavam pela *psicanálise em extensão*.

O ambulatório referido é uma das unidades periféricas de uma autarquia estadual,⁷⁶ cuja finalidade é a prestação de assistência médico-cirúrgica e social aos servidores públicos do Estado do Rio de Janeiro e seus dependentes. Sendo uma autarquia, não está integrada ao SUS (Sistema Único de Saúde), definindo-se, portanto, como um sistema de saúde não-universalizado, contando com diversas clínicas e laboratórios conveniados.⁷⁷

Este ambulatório, onde fomos lotados, a partir de um concurso público, em 1991, é integrado pelos seguintes serviços: psiquiatria, psicologia, serviço social, puericultura, medicina física e reabilitação, odontologia e ginecologia. Os três primeiros compõem o chamado aparato de saúde mental, apesar de, oficialmente, não serem assim nomeados. Apresentam-se, ao contrário, no que diz respeito à prática clínica, como serviços independentes que, esporadicamente, se tocam por questões clínicas ocasionais. Ou seja, isto significa dizer que desde a época da nossa inclusão no referido ambulatório, não existiam reuniões de equipe interprofissional visando à organização institucional, segundo uma lógica comum aos diferentes serviços.

O que pudemos perceber é que o funcionamento institucional estabelecia, de antemão, um certo modo de relação com o paciente, condicionando, algumas vezes, a um determinado modo de atuação clínica. Como afirma Nicacio,⁷⁸ que realizou interessante pesquisa neste ambulatório, quando um serviço prima pela crescente especialização e fragmentação de suas atividades, favorece (...) *o atendimento seletivo da clientela, o que traz como resultado uma lógica de não-*

⁷⁶ As unidades desta autarquia são: um hospital central, um hospital geriátrico e cinco ambulatórios.

⁷⁷ NICACIO, E. M. (1996) *Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma*

⁷⁸ Idem.

*responsabilização e de abandono dos pacientes.*⁷⁹ O que se destaca é a premissa: “um serviço para cada problema”, baseada numa lógica empresarial.

A partir da citada pesquisa, o autor verificou como a recepção/triagem da clientela, pela psiquiatria, foi determinante dos circuitos diferenciados de atendimento, em função da problemática do paciente, gerando uma verdadeira divisão psicopatológica do trabalho clínico. Dessa forma, para aqueles pacientes denominados, pelo pesquisador, de sujeitos psicológicos (isto é, capazes de explicitar, de imediato, uma demanda psicológica) caberia um encaminhamento ao serviço de psicologia, com fins de tratamento psicoterápico; já aos loucos e doentes dos nervos, assumidos pelo serviço de psiquiatria, era: (...) *oferecido o tempo suficiente para o enunciado de uma queixa cuja contrapartida imediata é a prescrição de um psicofármaco.*⁸⁰

Ao sermos lotados no referido ambulatório, desconhecíamos, evidentemente, esta configuração institucional e, na realidade, apenas uma coisa ocupava a nossa mente: o desejo de trabalharmos com sujeitos psicóticos, cuja prática, até aquele período, era muito restrita. Dentro de nossas expectativas, o ambulatório de psiquiatria, por apresentar condições necessárias para a ampliação desta prática (casos que dificilmente chegam ao consultório) e a presença de outros profissionais (psiquiatras, por exemplo), necessários ao acompanhamento desta clínica, poderia enriquecer o momento de nossa formação clínica.

No entanto, a configuração institucional instituída, de imediato, impedia que psicólogos atendessem sujeitos psicóticos. A explicação, oriunda da equipe de psicólogos, era a de que não havendo reuniões de equipe interdisciplinar (que incluíssem a psiquiatria) não seria possível sustentar o atendimento psicológico do sujeito psicótico por muito tempo. Ocorria, assim, uma naturalização da configuração institucional considerada como imutável, em função da história recente daquele lugar.

Este ambulatório, em fins da década de 70, tinha-se tornado pólo de referência no que diz respeito à Saúde Mental do Rio de Janeiro, o que havia fornecido aos profissionais, ali, inseridos um certo *status* profissional, neste campo. Na época, como já nos referimos, anteriormente, todo um movimento de desinternação processava-se nos hospitais psiquiátricos e, neste primeiro período

⁷⁹ Ibidem, p.6

⁸⁰ NICACIO, E. (1996) op. cit, p.88

da reforma, os ambulatorios eram valorizados como alternativas para uma prática de saúde mais humana.⁸¹ O fato é que esta instituição de assistência tornou-se, naquele período, referência e, portanto, ponto de possível efetivação dos ideais daquele momento histórico-social. A partir do relato dos profissionais, que desde aquela época trabalhavam no referido ambulatório, este passado era, absolutamente, presente e uma espécie de nostalgia percorria os discursos daqueles que tinham vivido aqueles áureos tempos.

A partir de fins da década de 80, os problemas sociais e políticos brasileiros, que aqui não nos deterão, trouxeram como um de seus efeitos, a chamada decadência do serviço público de saúde (dentre outros) e, evidentemente, estas questões se corporificaram nas relações institucionais, dali em diante. Ou seja, referimo-nos, aqui, à presença de uma espécie de desilusão oriunda da perda de alguns ideais sociais relativos, neste caso específico, à promoção da saúde da população e ao desenvolvimento de um bem-estar social, ideais estes, subjetivamente inscritos em fins da referida década de 70, no chamado campo médico-psicológico.⁸²

Quando chegamos ao ambulatório, na década de 90, havia-se instaurado uma verdadeira cronificação desta desilusão, o que significa dizer que nenhuma perspectiva de mudança institucional se apresentava, ao contrário, o que se desenhava era uma verdadeira resistência a qualquer nova proposta que se apresentasse.

Foi dentro deste contexto, que nosso percurso se inscreveu, um percurso cheio de percalços e que fazem parte da história de nossa formação como psicanalistas. Esta história se delineia no encontro com a instituição médico-psiquiátrica, encarnada no referido ambulatório, através de seus agentes. Este

⁸¹ Posteriormente, elaborou-se uma crítica às propostas de mudança das décadas de 70 e 80, apontando-se o fato de que os aparatos ambulatoriais tendiam a repetir os mesmos problemas das instituições asilares servindo, inclusive, de ponte para a internação. (LEAL, 1994)

⁸² A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde tomou consistência a chamada reforma sanitária, dando origem ao SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) aprovado em julho de 1987. Uma das características principais deste movimento foi a chamada “universalização da saúde” significando atendimento para todos, sem exceção, nem discriminação, em qualquer serviço público de saúde, seja municipal, estadual ou federal, além de acesso igualitário para todos. Esta perspectiva, a partir da década de 90, veio desenhar os destinos do segundo período da chamada reforma psiquiátrica brasileira, que desembocou na criação dos CAPS (centro de atendimento psicossocial) injetando novo ânimo ao campo médico-psiquiátrico brasileiro que tinha sofrido um retrocesso no período anterior. O ambulatório no qual estamos inseridos, sendo uma autarquia dirigida à uma clientela específica, não se enquadrou nesta perspectiva mais abrangente, ficando neste sentido fora da reforma psiquiátrica.

encontro teve o efeito de “prova”, no sentido de “por à prova o desejo de ser analista”. Assim o consideramos, pois, é somente diante das resistências⁸³ que um analista encontra a oportunidade de fazer valer seu desejo singular.

A especificidade deste percurso conduziu-nos a apresentar, no último capítulo desta tese, uma proposta para pensarmos a instituição de um ponto de vista psicanalítico, onde procuraremos, então, situar nossa experiência prática. Antes disso, porém, descreveremos, ainda, algumas questões teóricas fundamentais a que fomos levados — *a posteriori*, é importante frisar — para elaborarmos este caminho.

⁸³ Trata-se, aqui, tanto das resistências do paciente, das resistências institucionais presentificadas nos agentes dos discursos instituídos, quanto, fundamentalmente, das resistências do psicanalista.

CAPÍTULO 2

As Instituições : rumo à psicanálise

Nossa entrada numa instituição médica — um ambulatório de psiquiatria — com o intuito de realizarmos a *práxis* psicanalítica com sujeitos psicóticos, produziu em nós, inicialmente, um verdadeiro espanto.⁸⁴ O fato é que este primeiro contato com a prática médica instituída teve, como efeito, desconstruir determinadas expectativas que sustentávamos sobre o que seria realizarmos um trabalho psicanalítico naquele contexto. Ao entrarmos, trazíamos uma espécie de ilusão, ou seja, acreditávamos na facilidade de introduzirmos, de imediato, a *práxis* psicanalítica, uma vez que estávamos num espaço institucional cujo objetivo era o tratamento de psicóticos.

No entanto, apesar da obviedade da questão, aquilo que se nos impôs foi a onipresença da instituição, através de um discurso institucionalizado que afirmava a impossibilidade da realização da psicanálise naquele contexto e, conseqüentemente, o impedimento do tratamento dos sujeitos psicóticos por uma via que não fosse a medicamentosa. Ou seja, a presença hegemônica do campo médico, aparentemente, desconectado dos efeitos da chamada reforma, tal como descrevemos, anteriormente, fazia-se notar naquele estabelecimento. O discurso institucionalizado era sustentado não só, pelos médicos, mas também, curiosamente, pelos psicólogos que consideravam a possibilidade do trabalho psicanalítico no consultório, e não, no contexto daquele ambulatório.

Foi desse encontro inicial que nasceu nosso “desejo de saber” o que era a instituição onde trabalhávamos e quais seriam as suas formas de representação para os sujeitos ali presentes. Evidenciamos ser uma instituição que funcionava, em última instância, pautada numa forma de resistência ao trabalho psicanalítico.

Delineamos, então, progressivamente, como objetivo principal de nossa

⁸⁴ WEILL (1997) vai descrever que a experiência do espanto é bem traduzida pela *trovoada através da qual se revela que a experimentação de um acontecimento súbito detém o poder de introduzir, na continuidade do saber, a hiância súbita de uma descontinuidade* (p.17). Trata-se do encontro com o inconsciente.

investigação, um estudo de cunho metapsicológico sobre a instituição e suas relações com a possibilidade de efetivação da experiência psicanalítica.

Nossa proposta para o presente capítulo, será descrevermos um determinado percurso que seguimos, iniciado com os estudos de Foucault, e que acabou por desembocar numa discussão teórica mais ampla, a respeito do tema da instituição no campo psicanalítico.

Fomos dirigidos a este propósito pelo fato de não compartilharmos com a crença de que possa existir uma distinção entre uma prática clínica privada e uma prática clínica pública (institucional), no sentido de sua viabilidade dentro dos princípios freudianos. Além disso, consideramos o fato de que a constituição da experiência psicanalítica, propriamente dita, na sua singularidade, sempre envolve um trabalho de invenção, a partir do encontro com alguns impasses, isto é, com a existência de algumas peculiaridades desta prática específica, em contextos variados.

É a partir desta perspectiva que poderemos pensar no surgimento de algumas questões que seriam próprias ao trabalho psicanalítico quando exercido *na* instituição médico-psiquiátrica, onde determinadas demandas, oriundas do campo social, tornar-se-iam mais expressivas. Tratar-se-ia, portanto, de um procedimento de recontextualização da psicanálise, entendido como *uma revisão conceitual, no campo próprio da teoria, com uma realocização de sua prática, no campo da clínica em suas variações*.⁸⁵

Para circunscrevermos, teoricamente, estas questões, iniciaremos uma discussão em torno do tema da instituição, situando-o no contexto das ciências sociais, com o intuito de destacarmos as contribuições de Foucault, para, a seguir, darmos início a uma caracterização, numa perspectiva psicanalítica.

A escolha dos estudos de Foucault deveu-se ao fato de, aí, encontrarmos uma importante forma de contextualização histórica dos saberes que nasceram na era moderna, com seus efeitos de saber-poder no campo institucional. A partir de suas pesquisas, o que evidenciamos foi o fato de que o campo médico, e suas práticas institucionais, na era moderna, visando as demandas de cunho social, acabaram por se constituir numa forma de disciplina, cuja função foi o ordenamento das relações sociais. Dentro desta ótica, podemos considerar que,

⁸⁵FIGUEIREDO, A.C.(1997) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos– A clínica psicanalítica no ambulatório público*, p. 3.

sendo psicanálise e medicina oriundas do mesmo solo arqueológico, haveria, portanto, um risco sempre presente, quando da efetivação desta *práxis*, de um retorno a esta marca histórica.

Através dos textos freudianos de cultura, o que procuraremos destacar é a presença de um trabalho de deslocamento, relativamente aos ideais da cultura moderna que, implicando em um trabalho de luto, possibilitou um afastamento da experiência freudiana em relação ao campo de saber médico, definindo-se, a partir de então, uma marca de especificidade para o campo psicanalítico.

Ao tomarmos o texto freudiano como referência, o que pretendemos é apreender o institucional de um ponto de vista psicanalítico, isto é, como uma problemática do campo psicanalítico,⁸⁶ objetivando inseri-la na própria experiência do psicanalista, como uma questão deste campo e, não, como algo externo ou mesmo, em oposição a ele.

Assim procedendo, acreditamos superar algumas dicotomias (sujeito-cultura, individual-social, etc.) normalmente presentes, neste tipo de discussão, que acabam, algumas vezes, concluindo pela impossibilidade da *práxis* psicanalítica *na* instituição.

O que observamos, em nossa experiência cotidiana, e que se tornou a razão de ser desta tese, foi a presença indiscutível da instituição médica, através de seus valores e ideais e que constituiu-se, num determinado momento, numa forma de resistência⁸⁷ à construção do trabalho analítico, sugerindo, dessa forma, a necessidade de o psicanalista reconhecer esta presença e seus possíveis efeitos.

2.1. Foucault , a instituição e as relações de saber-poder

Foi Rousseau⁸⁸ quem procedeu à uma mudança histórica na abordagem das instituições, ao colocar em cena a idéia de contrato social. Isto é, ao inaugurar, a partir daí, a idéia de legitimidade institucional, vinculada ao povo soberano, quando, anteriormente, o problema era considerado em referência a uma situação de fato, isto é, a partir da idéia de Estado fundamentado na providência divina. O filósofo contrapunha-se, então, às idéias de Montesquieu que postulava o

⁸⁶ BIRMAN, J. (1994) *Psicanálise, ciência e cultura*.

⁸⁷ FREUD, S (1925[1924]) *As resistências à psicanálise*.

⁸⁸ ROUSSEAU, J.J. (1996) *O contrato social*.

princípio de uma coerência funcional das sociedades, afirmando a possibilidade da liberdade, a partir de um princípio de obediência à razão. Ou seja, segundo suas idéias, a ação livre, relativamente a um outro, teria sempre, como fundamento, o acordo de um contrato em que todos os sujeitos se comprometeriam igualmente.

Desta forma, o contrato social seria um ato de criação, enfim, de fundação, de um corpus social, tratando-se de um princípio de submissão ao que denominou de uma vontade geral que teria, como consequência, uma forma de alienação consentida, a qual ele diferenciou da pura escravidão. Sua proposta é, em certo sentido, revolucionária, visto, naquele momento, colocar em questão as formas sociais legitimadas de sua época, que defendiam a idéia de que as instituições (o instituído) deveriam ter primazia sobre o contratual, devendo, portanto, estar à salvo de toda ação política ou jurídica.

Lourau,⁸⁹ considera que as proposições de Rousseau, instituíram a análise permanente das instituições sociais ao defini-las como dependentes de uma coletividade que, pela via da razão, tornar-se-ia capaz de produzir mudanças no campo social.

Entre os aparecimentos do *Contrato* e da *Fenomenologia do espírito*⁹⁰ intercalou-se meio século de história, durante o qual, nasceram o Estado Moderno, as grandes indústrias e suas consequências no domínio do saber, isto é, as ciências.

Com a perspectiva hegeliana, verificou-se, do ponto de vista político, uma espécie de retrocesso, visto que nestas proposições filosóficas, o povo não encontraria nenhuma possibilidade de alcançar a universalidade, isto é, o momento da fundação de uma outra lógica social-institucional, restando-lhe apenas, a submissão à ordem instituída, nas formas estabelecidas pelas instituições burguesas e da organização capitalista do trabalho.⁹¹ Acentua-se, aqui, dessa forma, a chamada “sociedade instituída” e burocratizada.

Hegel proclama que a burocracia tem como missão introduzir a unidade na diversidade, o espírito do Estado na sociedade civil. A burocracia é a Razão em ato no mundo; é o aparecimento de uma nova sociedade.⁹²

⁸⁹ LOURAU, R. (1975) *A análise institucional*.

⁹⁰ HEGEL, G.W.F.(1999) *A fenomenologia do espírito*.

⁹¹ LOURAU, R (1975) *idem*, p. 49.

⁹² LAPASSADE, G (1983) *Grupos, organizações e instituições*, p.103.

Foi a partir de uma crítica à perspectiva hegeliana, que Marx — num certo sentido, seguindo Rousseau — apresentou a idéia de que as instituições ocultam a natureza das relações de produção, promovendo, com isso, a manutenção da classe dominante no poder. Isto o conduziu a enfatizar o fato de que as instituições são superdeterminadas pela chamada infraestrutura econômica.

Um dos principais aspectos da crítica marxista relacionou-se, assim, à questão da administração, ou seja, da burocracia nas sociedades modernas, ao mostrar que este sistema “racional” é profundamente “irracional”; sublinhando seu conteúdo ideológico, cujo efeito é o estabelecimento da separação entre o Estado e a sociedade civil, entre os interesses particulares e o universal, passando este último a existir como algo em si mesmo. Nesse sentido, a burocracia é descrita como o próprio corpo administrativo do Estado, aquilo que o sustenta, sendo necessária sua destruição, pois, ela é vista como uma “doença” que se alastra e mantém as sociedades capitalistas.

Com Marx, o tema das instituições articulou-se, quase se confundindo com a discussão em torno da questão da burocracia, fenômeno que ele também descreveu como promotor de uma verdadeira hierarquização do saber, e onde o conhecimento, promovendo o estabelecimento da própria divisão do trabalho, teve como resultado uma distribuição desigual e, absolutamente, hierarquizada de poder.

Estas breves colocações históricas têm como objetivo destacarmos o fato de que, a partir da perspectiva rousseuniana, o tema das instituições, passando a situar-se no campo das ciências sociais e políticas, estabelecerá, paulatinamente, a presença de dois modelos de análise da questão: um modelo tradicional da análise das instituições em contraposição a um modelo de análise histórico e dialético.⁹³ O primeiro, também denominado de análise funcionalista, tende a manter um nível de abordagem de cunho descritivo, isto é, as instituições são concebidas como subsistemas ou meios, face a um sistema ou conjunto de fins. A instituição é assim pensada como a encarnação de uma dada ordem — nível instituído — entendida como sistema coerente, harmônico, natural, isto é, sem contradições,

⁹³ LUZ, M.T.(1986) *As instituições médicas no Brasil*.

sem lutas, sem história.⁹⁴ Já o segundo modelo, a análise de cunho histórico-dialético, considera o aspecto estrutural da instituição, sendo esta mero reflexo da prática de dominação resultante de uma sociedade de classes.

O efeito desta última perspectiva, que nos interessa por servir como ponte para a abordagem foucaultiana, é que somos levados a considerar toda e qualquer instituição, apenas, como o resultado das práticas de dominação o que nos leva a pretendermos, conseqüentemente, como única solução possível a desinstitucionalização radical da sociedade.⁹⁵ Ou seja, tudo se passa como se não fosse possível pensarmos as instituições, a partir de uma outra função social que não aquela relacionada às idéias de domínio e repressão.

Apesar do reconhecido avanço desta perspectiva, pelo fato de levar em conta as relações de poder nela presentes, estas são tratadas como emanando do Estado, para, a seguir, se presentificarem em seus aparelhos acabando-se, com isso, por reconhecer, apenas, o aspecto instituído deste poder. Ou seja, desconsideram-se, neste tipo de análise, as fissuras ou contrapoderes que, aí, podem se atualizar transformando as relações institucionais.

Dessa forma, nos dois modelos citados, permanecemos numa perspectiva macro-social, com conseqüências para a análise das relações de poder. Isto é, as duas propostas, ao desconsiderarem a questão do sujeito,⁹⁶ sua presença determinante, tendem a atribuir, tanto as possibilidades quanto as impossibilidades de execução das práticas institucionais, a algum centro imaginário de poder que é vivenciado como, absolutamente, independente dos sujeitos aí presentes.

A abordagem histórica do macro-poder social é corrente em sociologia, ciência política e história; já a idéia das instituições como micro-centros de poder, isto é, como *locus* de produção e reprodução do poder onde se pensa a questão do poder do ponto de vista denominado micropolítico,⁹⁷ iniciou-se, somente, ao final da década de 60, como resultante de um processo que atravessou o próprio campo psicológico, desembocando no que foi denominado de análise institucional.

Quanto ao atravessamento destas questões, nos campos da psicologia e da

⁹⁴ Idem, p.24.

⁹⁵ No campo da reforma psiquiátrica, a perspectiva basagliana segue esta premissa.

⁹⁶ FOUCAULT, M (1983) cria nova perspectiva micropolítica, afirmando seu objetivo que, afinal de contas foi analisar os modos como os seres humanos se tornam sujeitos (p.231)

⁹⁷ GUATTARI, F. (1986) *Micropolítica cartografias do desejo*.

psiquiatria, podemos identificar a influência de diferentes perspectivas: a psicologia institucional, cujo introdutor foi J.Bleger,⁹⁸ a psicoterapia institucional, cujo principal representante foi Tosquelles⁹⁹ e a própria análise institucional, através dos estudos de Lourau e Lapassade.¹⁰⁰

Rodrigues e Souza, assim definem algumas dessas influências:

A psicologia institucional, de origem argentina, resultou da necessidade dos psicanalistas argentinos de influírem com sua prática no momento político de seu país. Constitui movimento que parte **da** psicanálise **para** a política e que tem no trabalho com grupos, nas organizações, sua forma de intervenção por excelência. Já dos franceses recebemos a análise institucional; também com perspectiva política e transformadora, mas utilizando-se principalmente de conceitos sociológicos e políticos e não se propondo a uma análise psicológica. Seu dispositivo preferencial de intervenção é a “assembléia geral.”¹⁰¹

O que nos interessa, aqui, é poder isolar, a partir destas linhas de pensamento sociológico, diferentes formas de definir instituição . Primeiramente, como estabelecimentos ou organizações, com existência material e jurídica, isto é, contexto ou lugar espacialmente determinado, onde se inscrevem as ações humanas. Temos vários tipos de instituições em função de seus diferentes objetivos, tais como: escolas, hospitais, empresas, associações, etc. Neste caso, instituição é aquilo que se institui, que se funda e que se confunde com o normatizado num determinado momento histórico. Esta é uma definição oriunda de uma perspectiva funcionalista, como situamos anteriormente, e que vai fundamentar a chamada psicologia institucional.

Numa segunda possibilidade, a idéia de instituição seria simultânea aos dispositivos instalados no interior de determinados estabelecimentos sociais e não mais, os próprios estabelecimentos. Poderíamos pensar em instituições, tais como: grupos operativos, grupos de discussão, assembléias, equipes de trabalho, conselhos de classe, etc, instalados no interior de estabelecimentos como escolas, hospitais, empresas, etc., isto é, como técnicas de trabalho institucional. A psicoterapia institucional engloba, em sua prática, a primeira e a segunda

⁹⁸ BLEGER, J. (1984) *Psicohigiene e psicologia institucional*.

⁹⁹ TOSQUELLES, F (1986) *Communication écrite du Dr. Tosquelles*.

¹⁰⁰ LOURAU (1975) op cit; LAPASSADE, G (1983) op. cit.

¹⁰¹ RODRIGUES (1992), p.176, nota de rodapé.

definição de instituição.

A terceira e última possibilidade de pensarmos o conceito de instituição corresponde a leitura da análise institucional. Encontramos aqui:

(...)uma conceituação do termo **instituição** que escapa ao empirismo (instituição=estabelecimento) e ao pragmatismo e profissionalismo (instituição=técnica). **Instituição** aparece como algo não localizável; forma que produz e reproduz as relações sociais ou **forma geral** das relações sociais, que se instrumentaliza em estabelecimentos e/ou dispositivos.¹⁰²

A instituição é concebida, dessa forma, como produto de uma sociedade instituinte, em determinado momento da história, não sendo, portanto, uma natureza, algo universal. Esta perspectiva traz conseqüências importantes para a *práxis* do psicanalista, na instituição médico-psiquiátrica, ao desvendar o fato de que:

(...)certas práticas tomadas como universais no campo da psiquiatria e da educação, por exemplo, e que instrumentalizam certas hipóteses de base (separação doentes mentais-normais, ou mestres-aprendizes) precisam, em primeiro lugar, serem interrogadas quanto às condições históricas de sua produção e reprodução.¹⁰³

A importância deste tipo de interrogação e desvendamento para a *práxis* do psicanalista situa-se no fato de relativizar a importância de determinadas concepções, estabelecendo, a partir daí, uma diferença quanto ao modo de abordagem do sujeito pela psiquiatria e pela psicanálise. Qual seria, por exemplo, a importância, para o trabalho do psicanalista, da idéia de doença mental?

Partindo-se da visada ética da *práxis* psicanalítica, podemos considerar que este tipo de concepção, isto é, a doença mental, sendo adotada pelo psicanalista, só serviria como uma forma de barreira à constituição do processo analítico ao priorizar um significante histórico-social, instituído, em detrimento de uma escuta que deve ser dirigida para a verdade do sujeito. Dessa maneira, a abordagem da análise institucional fornece-nos um importante instrumento de reflexão sobre a função da *práxis* psicanalítica, nas instituições médicas.

O ponto de partida da análise institucional foi, exatamente, a crítica às instituições psiquiátricas, enquanto representativas de um tipo de estrutura de

¹⁰² Idem, p. 23

¹⁰³ Ibidem, p.23-4.

autoridade social articulada à uma forma de violência institucionalizada. Os estudos de Foucault foram fundamentais na caracterização dessa perspectiva:

Foucault realiza implacavelmente a desmontagem das instituições de cultura, através da análise de seus discursos numa análise histórica, especificamente política das instituições. Pois, a análise da história do saber (poder) institucional como exercício de disciplina expressa em discurso normatizador, não é, finalmente, a mais séria pesquisa sobre as origens da hegemonia da classe dominante?¹⁰⁴

O marco das pesquisas foucaultianas foi a *História da loucura*,¹⁰⁵ onde os saberes acerca da loucura foram estudados com o intuito de delinear o momento e as condições de possibilidade do nascimento da psiquiatria. Para tanto, tornou-se necessário subverter a distinção epistemológica entre ciência e pré-ciência, transformando o saber no campo próprio de investigação e, a partir daí, a história da loucura deixou de ser, simplesmente, a história da psiquiatria.

O fator de importância, nos estudos foucaultianos, e que irá nos servir como referência, é que ao se dedicar ao estudo dos saberes (arqueologia), paulatinamente, passou a destacar e articular estes àquilo que denominou de extra-discursivo, isto é, tanto às instituições como o hospital, a família e a escola, ou em um nível mais global, às transformações político-sociais, sobretudo na época da Revolução Francesa.¹⁰⁶ Seus estudos, portanto, apontam para o fato da presença de determinados ideais e valores constitutivos de uma época, que se presentificam no campo social-institucional através de determinadas relações de poder (genealogia).

O método arqueológico teve, como objetivo, demarcar formações discursivas, ao longo da história, mostrando a constituição de campos de saber. Tornou-se, assim, um estilo de análise que se encarregando, tanto do campo histórico das ciências, quanto das literaturas e das filosofias, pôde debruçar-se sobre algumas questões, como por exemplo, a loucura, tomando como referência períodos históricos anteriores ao próprio surgimento da disciplina psiquiátrica.

Como resultado destas pesquisas, demonstrou que não se pode identificar as formações discursivas nem às ciências, nem às disciplinas pouco científicas, nem

¹⁰⁴ LUZ (1986) op. cit, p.33

¹⁰⁵ FOUCAULT, M. (1961) *A história da loucura*.

¹⁰⁶ MACHADO, R.(1988) *Ciência e saber*, p.VIII.

às figuras que delineiam de longe as ciências que virão, e nem, finalmente, às formas que excluem logo de início qualquer cientificidade:

A arqueologia não é ordenada pela figura soberana da obra; não busca compreender o momento em que esta se destacou do horizonte anônimo. Não quer reencontrar o ponto enigmático em que o individual e o social se invertem um no outro. Ela não é nem psicologia, nem sociologia, nem, num sentido mais geral, antropologia da criação...Ela define tipos e regras de práticas discursivas que atravessam obras individuais(...) ¹⁰⁷

Apontou o fato de que o saber não é um pré-conhecimento, porém, diz respeito aos elementos que devem ter sido formados por uma prática discursiva e que, eventualmente, se constituíram num discurso científico.

Um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso(...) é também, o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam(...). ¹⁰⁸

Além disso, considera que há saberes que são independentes das ciências, porém, não existe saber sem uma prática discursiva sendo esta definida pelo saber que a constituiu.

Considerou, de uma forma interessante, que quanto às práticas discursivas e aos saberes a elas articulados, o sujeito é sempre, necessariamente, dependente e situado, sem nunca jamais poder ser considerado titular, seja como atividade transcendental, seja como consciência empírica. Colocando, assim, em questão, seguindo Nietzsche, toda uma tradição filosófica que considera o conhecimento atrelado à idéia de uma consciência que conhece e que pode ser conhecida.

Se a história dos saberes mostrou-nos as diferentes formações discursivas, ao longo do tempo e num mesmo período histórico, suas diferentes configurações em ficções, reflexões, regulamentos institucionais, etc, a genealogia, método que desenvolveu a seguir, explicitou o aparecimento de saberes, a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes, ou melhor, a eles imanentes, pois, não se tratou, aqui, de efeito ou pura causalidade. Tratou-se, sim, de analisar o porquê dos saberes, explicando sua existência e suas transformações colocando-os

¹⁰⁷ FOUCAULT, M. (1995) *A arqueologia do saber*, p.160

¹⁰⁸ Idem, p.206.

como parte constitutiva das relações de poder ou como dispositivo político.

A partir deste ponto de suas pesquisas, analisar as relações institucionais será considerar a presença das relações de saber-poder que se atualizam nos estabelecimentos institucionais.

Porém, é importante frisar que, para Foucault, não existe algo unitário e global chamado poder, mas sim formas variadas em constante transformação, não sendo o poder, portanto, um objeto natural, mas uma prática social-institucional que se constitui historicamente.

A explicitação da questão do poder ocorreu, fundamentalmente, quando, estudou a história da penalidade, identificando, aí, uma forma de poder que incidia sobre os corpos dos indivíduos enclausurados, uma técnica própria de controle. Foi este tipo específico de poder que denominou de *disciplina* ou de *poder disciplinar*:

É importante notar que a disciplina nem é um aparelho, nem uma instituição: ela funciona como uma rede que os atravessa sem se limitar a suas fronteiras; é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder(...) ¹⁰⁹

São essas técnicas infinitesimais de poder que estão relacionadas com a produção de certos saberes sobre, entre outros, o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura, existindo, assim, uma relação íntima entre saber e poder que se presentifica nas práticas sociais-institucionais, enquanto práticas disciplinares e de controle.

Gostaríamos de destacar o fato de que o poder não tem, aqui, uma função unicamente repressiva, mas fundamentalmente, produtiva, isto é, o poder produz real, objetos e rituais de verdade e, neste sentido, podemos concluir que exercitar o poder confunde-se com a própria idéia de criação. Para caracterizar o poder disciplinar, Foucault, utilizou-se do *Panóptico*, de Jeremy Bentham,¹¹⁰ demonstrando que esta figura arquitetural, diferentemente da escravidão que se apropria dos corpos, é uma forma de controle, cujo objetivo é tornar estes corpos dóceis e úteis. Por isso, é antes de tudo, uma forma de controle do espaço, a partir de sua organização, onde os indivíduos podem ser distribuídos e vigiados. Ocorre que a disciplina *individualiza os corpos por uma localização que não os*

¹⁰⁹ MACHADO, R. (1988) *Ciência e saber*, p.194.

¹¹⁰ BENTHAN. *Panóptico*, in: FOUCAULT (1987) *Vigiar e punir*, p.133.

*implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações.*¹¹¹

Por outro lado, o poder disciplinar é, também, uma forma de controle do tempo. A sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir com o máximo de rapidez e eficácia, é esta forma de controle que se exerce pelo horário, a elaboração temporal do ato, a correlação corpo-gesto, a articulação corpo-objeto, sua utilização exaustiva.

O princípio do panoptismo, e que melhor ilustra a ação deste poder disciplinar é, assim descrito: *A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.*¹¹² Aqui o princípio da masmorra é invertido — trancar, privar de luz, esconder — onde somente o primeiro é mantido.

É importante destacarmos que o efeito mais importante do panóptico é o de induzir, no sujeito, um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Dessa forma, a vigilância torna-se permanente em seus efeitos, mesmo sendo descontínua em sua ação, pois, os indivíduos se encontram presos numa situação de poder da qual eles, próprios, tornam-se os portadores.

Dessa forma, a eficácia deste poder está no fato de sua visibilidade e inverificabilidade enquanto seus princípios e o seu exercício baseiam-se na perspectiva de que o panóptico é uma máquina de dissociar o par “ver-ser visto”, pois, sem cessar, o detento tem diante dos olhos a alta silhueta da torre central, de onde é espionado, porém há uma invisibilidade, quanto a quem exerce este poder.¹¹³ Na realidade:

A eficácia do poder e sua força limitadora passaram de algum modo, para o outro lado. **Quem está submetido a um campo de visibilidade e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder** fã-las funcionar espontaneamente sobre si mesmo; inscreve em si a relação de poder na qual ele desempenha simultaneamente os dois papéis; torna-se o princípio de sua própria sujeição.¹¹⁴

¹¹¹ FOUCAULT, M. (1987) op cit, p.133.

¹¹² Idem, p.177.

¹¹³ Na atualidade, podemos considerar que a expansão deste tipo de poder, no campo social, presentifica-se pelas diversas câmeras que anunciam: *Sorria você está sendo filmado* e pela valorização dos programas de TV do tipo *Big Brother* que produzem um verdadeiro anseio de submissão e de exercício do poder disciplinar.

¹¹⁴ Idem, p.179. Os grifos são meus.

Dessa forma, Foucault destacou a idéia de que o poder torna-se incorpóreo, aliviando-se dos fardos físicos, expressos nas práticas de tortura, por exemplo. A consequência foi, no entanto, sua maior eficiência pois:

(...) quanto mais se aproxima desse limite, mais esses efeitos são constantes, profundos, adquiridos em caráter definitivo e continuamente recomeçados: vitória perpétua que evita qualquer defrontamento físico e está sempre decidida por antecipação.¹¹⁵

Esta capacidade de penetração no comportamento dos homens produz, por sua vez, um aumento de saber implantado em todas as frentes de poder, descobrindo aquilo de mais secreto que habita os homens. *A máquina de ver é uma espécie de câmara escura em que se espionam os indivíduos; ela torna-se um edifício transparente onde o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira.*¹¹⁶

Encontramos, assim, num extremo, o panóptico, como protótipo da instituição fechada e, no outro, o panoptismo enquanto um dispositivo passível de se expandir pelo campo social, tornando o exercício do poder mais rápido, mais leve, indicando um processo em que toda a sociedade torna-se disciplinar.

Um pouco mais tarde, Foucault,¹¹⁷ desenvolveu a idéia de um *bio-poder* como conseqüente às formas disciplinares e a elas articulado. Este poder sobre a vida, articulado às disciplinas anátomo-políticas do corpo humano, centrou-se, desde o século XVIII, cada vez mais, no corpo-espécie, cuja visada foram e, são, os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, tratando-se, assim, de uma bio-política das populações.

Dessa forma, as disciplinas do corpo e as regulações da população que o campo médico veio, histórica e prioritariamente, representar constituíram-se, nos três últimos séculos, nos dois pólos, em torno dos quais, desenvolveu-se a organização do poder sobre a vida.

Um dos pontos fundamentais da tese da genealogia é que o poder disciplinar é produtor de individualidade, isto é, que o indivíduo é uma produção deste saber-poder (como foi o caso, por exemplo, da psiquiatria e de suas instituições terem produzido o indivíduo doente mental). Nesse sentido, podemos considerar que o

¹¹⁵ Idem, p. 183.

¹¹⁶ Idem.

¹¹⁷ FOUCAULT, M. (1982) *A vontade de saber*.

poder disciplinar não destrói o indivíduo, mas o fabrica. As técnicas disciplinares são técnicas de individualização cuja existência tem sustentado um tipo específico de saber, característico das ciências humanas. Colocando a questão de uma outra maneira, podemos afirmar que as práticas das ciências humanas constituem este objeto que é o indivíduo.

Com relação a esta afirmação, podemos desdobrá-la, ainda mais, partindo do significado de indivíduo como algo indiviso, isto é, não dividido, unidade da espécie, destacando, desta forma, o fato de que o poder disciplinar produz unidades, “eus”, e não sujeitos divididos, o que justifica a idéia de massificação pensada como um dos efeitos desta produção em série de indivíduos. Dessa maneira, ao identificar-se com este saber-poder que o nomeia e define, o homem perde a sua especificidade, aquela que diz respeito ao desejo inconsciente, tornando-se, ele próprio, expressão deste poder disciplinar que o vigia em suas ações, excluindo-se, aí, a possibilidade de encontro com a estranheza e a sideração.

É possível reconhecermos a presença de uma ambigüidade nas discussões que Foucault empreende com a psicanálise, ao longo dos trabalhos, anteriormente destacados, delineando-se dois momentos importantes em que estas discussões têm lugar. O primeiro, caracterizado no livro, já referido, a *História da loucura*,¹¹⁸ onde é assinalada a importância do discurso freudiano, como ruptura diante do saber psiquiátrico vigente, ao mesmo tempo em que ressalta que esta libertação é relativa e tem, segundo ele, um alto preço que seria a manutenção, no interior do discurso e da *práxis* psicanalítica dos poderes que a psiquiatria atribuía ao médico. Foucault, refere-se, aqui, à presença da idéia de transferência como expressão deste poder disciplinar no interior da experiência psicanalítica, questão com a qual discordamos e pretendemos retomar, no capítulo 3 desta tese.

O segundo, no trabalho intitulado *Vontade de saber*,¹¹⁹ onde mantém a ambigüidade em relação à psicanálise quando, por um lado, ela é vista como um saber crítico ao papel concedido ao sujeito (*moi*) e às teorias da hereditariedade e degenerescência e, por outro lado, é vista como aliada às ciências do homem, produto da sociedade disciplinar com a função de normatização das condutas e corpos. A esta segunda crítica, responderemos mais adiante, a partir da descrição

¹¹⁸ FOUCAULT, M (1961) *A história da loucura*.

¹¹⁹ FOUCAULT, M. (1982) op cit.

da trajetória freudiana que delineou uma diferença para o campo psicanalítico de cunho ético.

Consideramos que a ambigüidade presente na leitura foucaultiana das proposições psicanalíticas, ao invés de algo de cunho negativo, parece-nos pertinente, ao indicar-nos que este campo pode, de fato, servir à direcionamentos práticos heterogêneos. Isto é, sendo a psicanálise um saber que se constituiu na chamada era moderna, revela-nos que sua proveniência relaciona-se ao mesmo solo arqueológico constitutivo das ciências humanas, cuja lógica instituída seria a adaptação e normatização dos corpos.

A questão que formulamos, entretanto, é a seguinte: “O que faz com que a psicanálise não se converta em mais uma prática de cunho disciplinar?”

Podemos, inicialmente, responder a esta indagação utilizando-nos da máxima foucaultiana de que os objetos de uma prática são concomitantes a ela,¹²⁰ isto é, não existem, *a priori*, mas são produzidos no seu exercício. Articulando-se à esta perspectiva à idéia lacaniana de que a psicanálise é fundamentalmente uma prática,¹²¹ consideramos, então, tratar-se aqui de refletirmos a respeito do direcionamento ético desta *práxis* levando em consideração a possibilidade de seus descaminhos.

Gostaríamos de destacar o fato de que a leitura de Foucault tem nos servido como uma espécie de mediador simbólico, de *Outro* no sentido lacaniano, provocando determinadas interrogações que nos tem conduzido, exatamente, a refletir a respeito de nossa prática cotidiana, de seu direcionamento ético e dos riscos que possam convertê-la em mais uma forma disciplinar.

Um dos pontos principais a considerar é a necessidade de que o saber psicanalítico não se transforme numa mera aplicação da teoria, caracterizando-se, a partir daí, como saber especulativo e especular que conduza, ao mesmo, ou seja, ao já sabido. Revelamos, neste sentido, a necessidade de o analista realizar um verdadeiro luto pela teoria, já conhecida e aparentemente acabada, dispondo-se a ser afetado pelo que possa advir, na experiência psicanalítica. Afinal, não é exatamente isso que Freud nos lega, ao longo de sua obra, como marca fundamental de sua criação?

O trabalho do psicanalista, na instituição médico-psiquiátrica, coloca-nos

¹²⁰ FOUCAULT, M. (1994) *O nascimento da clínica*.

¹²¹ LACAN, J. (1966) *A ciência e a verdade*.

exatamente, diante destas dificuldades, ou seja, aponta a presença de uma tensão que pode conduzir o analista a abdicar seu lugar específico, produzindo-se, então, o que já nomeamos como um processo de “medicalização” da psicanálise. Isto porque, o hospital e as instituições correlatas são um *locus* privilegiado da reprodução dos ideais do campo médico, ou seja, trata-se, para o psicanalista de um encontro com a instituição médica e de uma tendência à manutenção de seus valores no campo social.

Consideramos, assim, que todo analista, no exercício de sua prática, necessita retomar, simbolicamente, o percurso freudiano, realizando um verdadeiro luto pelos ideais e valores sociais, luto este, nunca definitivamente concluído.

Com esta questão presente, procuraremos, a seguir, descrever a trajetória freudiana, relativamente aos ideais sociais (as instituições) da cultura moderna, destacando um modo específico de abordagem ao tema que consideramos ser aquela necessária a todo psicanalista no processo de constituição de sua *práxis*.

2.2. Freud e o mal-estar na instituição

Nossa proposta, aqui, é pensarmos a instituição, tomando como perspectiva, inicial os textos de cultura de Freud,¹²² onde o institucional (algo da ordem cultural), expressa-se em torno dos ideais e da lei, num dado momento histórico-social. Ou seja, aquilo que define uma cultura não se restringe, somente, à riqueza acumulada de um povo e aos meios para adquiri-la, mas, também, às formas para mantê-la, através das medidas de coerção (lei) e de outras que se destinam a reconciliar os homens com a cultura, isto é, ao conjunto dos ideais que funcionam como formas de recompensa por seus sacrifícios pulsionais.

A escolha deste conjunto de textos deveu-se ao fato de identificarmos, aí, uma forma de relato revelador da própria trajetória freudiana, relativamente aos ideais instituídos de sua época e que pode servir como indicativo a todo aquele que deseja *tornar-se* e *re-tornar-se* psicanalista.

O que identificamos no trajeto freudiano, diz respeito à realização de um

¹²² FREUD, S. (1908) *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*; (1915) *Reflexões sobre os tempos de guerra e morte*; (1916[1915]) *Sobre a transitoriedade*; (1927) *O futuro de uma ilusão*; (1930) *O mal estar na civilização*.

processo de luto, relativamente aos ideais sociais de sua época. Verificamos que Freud, ao discorrer sobre as questões da cultura, parece colocar em destaque a necessidade de um distanciamento em relação as formas instituídas de modo que o sujeito possa investir em outros objetos libidinais tornando-se, desta forma, desejante.

O próprio Freud descreveu¹²³ o trabalho de luto como uma das vicissitudes psíquicas que pode vir a se processar diante da vivência de perda, não só de um ente querido, mas, também, de uma abstração, como, por exemplo, de um ideal, em contraposição ao processo melancólico que corresponderia ao fato do sujeito não ter conseguido abdicar do objeto perdido.

Como fica evidenciado o modo próprio que escolhemos discutir estas questões, e as demais que fundamentam nosso trabalho, priorizará, portanto, a articulação do conceitual com o percurso freudiano, ou seja, sua experiência originária visto levarmos, em conta, conforme afirmamos inicialmente, a total imbricação destes fatores.

Apesar do discurso freudiano, desde sempre, sustentar a existência de um agonismo entre o pulsional e o cultural e, conseqüentemente, a existência de um mal-estar estrutural presente neste encontro, em sua primeira longa exposição sobre o tema, no artigo *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*,¹²⁴ é possível observarmos a crença na criação de reformas sociais capazes de amenizar esta discordância básica. Podemos supor que no início da obra, Freud, contestando os valores morais vigentes em sua época (o higienismo), defendeu ideais novos, capazes de amenizar o mal-estar do sujeito na cultura. Um Freud identificado com valores oriundos do Iluminismo e da razão científica.

A partir de 1915, podemos observar, nos importantes escritos — *Reflexões sobre os tempos de guerra e morte* e *Sobre a transitoriedade*¹²⁵ — que significativas mudanças anunciavam-se no discurso freudiano.

O primeiro artigo, composto de duas partes, é particularmente interessante por revelar dois momentos da elaboração de luto pelos ideais civilizatórios. A primeira parte, que trata dos sentimentos provocados pela deflagração da guerra, relata, de maneira contundente e enfática, a vivência de desamparo compartilhada

¹²³ FREUD, S (1917[1915]) *Luto e melancolia*, p.275

¹²⁴ FREUD, S (1908) *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*.

¹²⁵ FREUD, S. (1915) *Reflexões para os tempos de guerra e de morte*; FREUD, S (1916[1915]) *Sobre a transitoriedade*.

por Freud e os cidadãos comuns que, como ele, não se tornaram combatentes, mas sofreram, no âmbito familiar e coletivo, as perdas ocasionadas pela guerra:

É compreensível que o cidadão do mundo civilizado a quem me referi possa permanecer desamparado num mundo que se lhe tornou estranho — sua grande pátria desintegrada, suas propriedades comuns devastadas, seus concidadãos divididos e vilipendiados!¹²⁶

Entretanto, Freud pondera que o desapontamento experimentado, na realidade, não se justificaria visto que o que estaria sendo destruído seria, de fato, uma ilusão:

Acolhemos as ilusões porque nos poupam sentimentos desagradáveis, permitindo-nos, em troca, gozar de satisfações. Portanto, não devemos reclamar se, repetidas vezes, essas ilusões entrarem em choque com alguma parcela da realidade e se despedaçarem contra ela.¹²⁷

O que a guerra provoca, portanto, é a desilusão por Freud relacionada a dois fatores: primeiro, a descoberta da existência da baixa moralidade que norteia as ações externas dos Estados que, internamente, se intitulam os guardiães dos padrões morais e, segundo, a: (...) *brutalidade demonstrada por indivíduos que, enquanto participantes da mais alta civilização humana não julgaríamos capazes de tal comportamento.*¹²⁸

Todo texto freudiano é permeado por um progressivo abandono da crença de que o progresso e o desenvolvimento das civilizações seriam uma garantia de manutenção da vida civilizada. Isto, porque, como explica Freud, sempre existirá a possibilidade de atualização das tendências mais primárias do homem, não sendo possível a erradicação do mal, ou seja, os impulsos de natureza elementar semelhantes em todos os homens. Dessa forma, o reencontro com a chamada barbárie, será, sempre, um risco presente na comunidade humana.

A partir desta constatação, a própria idéia de progresso passa a ser relativizada e o que vêm, à tona, é a perspectiva da fragilidade e precariedade dos ideais e valores de uma cultura, no sentido de que, nada pode eliminar, completamente, o mal-estar estrutural entre a ordem pulsional e cultural.

¹²⁶ FREUD, (1915), p.316.

¹²⁷ Idem, p.317.

¹²⁸ Idem.

Esta análise dos efeitos da guerra o leva a concluir que o processo de desilusão, em relação aos comportamentos não civilizados dos povos envolvidos, era injustificado porque se baseava numa ilusão, visto que, na realidade, *nossos concidadãos não decaíram tanto quanto tínhamos porque nunca subiram tanto quanto acreditávamos.*¹²⁹ Conclama, assim, a necessidade de que nossas exigências sejam mais modestas com relação à vida em coletividade.

Podemos pensar, então, que a produção de mal-estar, no encontro do sujeito com a cultura, é um fenômeno inevitável, estrutural, apontando-se com isso, o fato de que a vida em coletividade significa, em última instância, um eterno retorno do processo de reinscrição do sujeito na cultura, ou seja, de elaboração do mal-estar nas instituições, numa verdadeira retomada do mito das origens¹³⁰ do sujeito.

Um momento fundamental do texto diz respeito à questão da mudança de atitude diante da morte que a guerra produz, conseqüentemente, pois: *(...)no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.*¹³¹

O efeito deste desconhecimento é o fato de que a morte tende a ser excluída da vida, silenciada e tratada como um acontecimento fortuito, exceto, quando ocorre a perda de um ente querido, causando um completo colapso, ocasião que pode revelar este distanciamento anterior, isto é, da morte relativamente à vida .

Será, principalmente, no mundo da ficção, da literatura e do teatro que o homem encontrará uma compensação para estas questões, pois, neste campo, torna-se possível “saber morrer e matar”. Porém, o mais importante neste processo, é que: *Morremos com o herói com o qual nos identificamos; contudo, sobrevivemos a ele, e estamos prontos a morrer novamente, desde que com a mesma segurança, com outro herói.*¹³²

A questão da nossa própria morte e do desejo de morte dos outros, principalmente daqueles que nos são queridos, tendem a ser excluídos da vida, em nosso cotidiano cultural e recobertos por determinadas ilusões e ideais, principalmente pelos chamados ideais civilizados:

¹²⁹ Ibidem, p.322.

¹³⁰ LACAN, J.(1978) *O mito individual do neurótico.*

¹³¹ FREUD, S. (1915), op cit, p.327.

¹³² Idem, p.329.

(...)nosso inconsciente é tão inacessível à idéia de nossa própria morte, tão inclinado ao assassinato em relação a estranhos, tão dividido (isto é, ambivalente) para com aqueles que amamos, como era o homem primitivo(...)¹³³

Parece que um dos efeitos da guerra é, exatamente, despojar-nos dos acréscimos fornecidos pela civilização, isto é, de seus valores, colocando a nu, o homem primitivo que existe em cada um de nós.

Compreendemos que no texto em questão, aparece uma articulação entre um modo de identificação imaginária com os ideais e, a negação da morte e das perdas. As ilusões, portanto, são frutos da construção de um modo de identificação aos ideais sociais que visam, em última instância, negar a finitude. A guerra desilude porque traz o reencontro direto com a morte, sua infável presença.

Como afirma Freud: (...)a tendência de excluir a morte de nossos projetos de vida traz em seu rastro, muitas outras renúncias e exclusões.¹³⁴

Isto significa dizer que construir ideais, desconsiderando a verdade do desamparo humano que a idéia de morte revela, é um modo de encobrimento da falta de objeto, inerente à existência humana. Freud apontou a necessidade de reconhecermos a finitude das coisas ao invés de suprimi-la.

Freud concluiu este texto, lançando a pergunta:

Não seria melhor dar à morte o lugar na realidade e em nossos pensamentos que lhe é devido, e dar um pouco mais de proeminência à atitude inconsciente para com a morte, que, até agora, tão cuidadosamente suprimimos?¹³⁵

A aceitação da morte confunde-se, portanto, com a aceitação da verdade, o que pode tornar a vida mais tolerável. Conforme afirma, Freud: *Se queres suportar a vida prepara-te para a morte.*¹³⁶

No ensaio *Sobre a transitoriedade*,¹³⁷ também de 1915, um ciclo parece completar-se; escrito para um volume comemorativo denominado *Das Land Goethes* (O país de Goethe) este trabalho prima pela beleza literária. Descrevendo

¹³³ Ibidem, p.338.

¹³⁴ FREUD, S. (1915) op cit, p. 329.

¹³⁵ Idem, p.339.

¹³⁶ Idem.

¹³⁷ FREUD, S (1916[1915]) *Sobre a transitoriedade*.

um passeio com dois amigos, sendo um deles poeta,¹³⁸ Freud surpreende-se quando este último lhe revela um sentimento de profunda tristeza pela constatação da finitude de toda aquela beleza que os circundavam. E mais, ainda: *Tudo aquilo que, em outra circunstância, ele teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade.*¹³⁹

Porém Freud, pondera ao contrário: *O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor desta fruição.*¹⁴⁰ Ou seja, considera, que o importante é a significação das coisas do mundo para a nossa vida emocional independentemente, portanto, de duração absoluta.

No primeiro texto, anteriormente citado, Freud realiza suas reflexões sobre a guerra e vai descrever o encontro com a perda dos ideais, a desilusão resultante e a vivência da finitude das coisas materiais e de seus valores constitutivos.

Em *Sobre a transitoriedade* estas questões são retomadas num outro nível de elaboração, onde a idéia de temporalidade, enquanto *devir*, é então a elas articuladas. Ou seja, tudo o que se relaciona à existência humana — as realidades material e psíquica — está submetido à transitoriedade, não é eterno, definitivo, o que não reduz sua importância para a vida humana.

Tanto o penoso alento do jovem poeta, como a possível presença de uma tendência à rebeldia em aceitar que tudo quanto é belo é fadado à decadência, deve-se a um desejo inconsciente de imortalidade que procura evitar o fato de que mesmo o que é penoso pode, não obstante, ser verdadeiro e necessário.

Freud prossegue, concluindo que aquilo que impedia seus amigos de admirarem toda aquela beleza transitória era uma espécie de revolta em suas mentes contra o luto, condicionando uma forma de apego aos objetos que impedia uma renúncia, mesmo sendo possível a proximidade de um substituto.

A vivência e a superação do luto pela perda das coisas criadas, construídas e, portanto, amadas, é tão mais difícil quanto mais nos identificamos imaginariamente com elas. A identificação absoluta com certos ideais, produz crenças e ideologias e, neste processo, nega-se a precariedade das mesmas e sua finitude, enfim, nega-se a morte.

¹³⁸ Trata-se de Rainer Marie Rilke e, o outro *amigo*, Lou André-Salomé.

¹³⁹ Idem, p.345.

¹⁴⁰ Ibidem.

Mais adiante, Freud finaliza o texto afirmando a necessidade de reconstrução contínua, como modo de incluir, definitivamente, a presença da morte, na vida: (...) *reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura do que antes.*¹⁴¹

Apesar dos diferentes momentos socioculturais e históricos que nos separam do relatado e vivido por Freud, consideramos tratar-se, em última instância, do impacto dos acontecimentos sociais desencadeadores de uma desilusão, ou crise, no campo dos ideais construídos numa dada sociedade.

Nesta perspectiva, tornamo-nos próximos da experiência freudiana, num certo modo de abordagem do tema da relação sujeito-cultura, pois, em nosso estudo, partimos efetivamente da constatação da presença de uma desilusão relativamente aos ideais, na cultura contemporânea, que têm produzido efeitos no campo das instituições médicas, de uma maneira geral, no sentido do seu reordenamento.

Mais tarde, no texto *O futuro de uma ilusão*,¹⁴² Freud vai considerar que um dos aspectos que definem a questão da cultura, se relaciona aos regulamentos necessários para os ajustes nas relações entre os homens. Diz respeito à relação do sujeito com aquilo que se coloca como *Lei* envolvendo sempre algum nível de renúncia e insatisfação da parte do sujeito e, conseqüentemente, a possibilidade de transgressão. Os ideais, assim como as criações artísticas, apresentam-se, dessa forma, como uma espécie de consolo ou, como Freud denomina, *vantagens psíquicas*. Ou seja, existem ideais que se constróem com o intuito de tornar mais tolerável o desamparo humano, contra os perigos da natureza, do destino e contra os danos oriundos da sociedade.

Do ponto de vista do sujeito, o que se processa é a identificação a determinados ideais que as instituições sociais podem promover, aparecendo, aí, como um modo de recobrimento da falta. Dessa forma, a identificação com os ideais sociais é pensada como uma questão de ordem narcísica, isto é, um modo de compensação das renúncias individuais relativas ao montante de hostilidade daí oriundo:

A satisfação narcísica proporcionada pelo ideal cultural encontra-se também entre as forças que alcançam êxito no

¹⁴¹ FREUD, S. (1916[1915]) op cit, p. 348.

¹⁴² FREUD, S (1927), op cit.

combate à hostilidade para com a cultura dentro da unidade cultural.¹⁴³

Freud conclui que a busca de satisfação dos ideais e sua reconstrução é fundamentalmente necessária. Dessa forma, podemos ponderar que uma cultura em “crise”, como a nossa, é uma cultura que não procedeu à elaboração dos lutos, das perdas presentes em sua história, dificultando com isso, um mínimo necessário para a construção dos laços sociais e da vida em coletividade.

O texto freudiano vai se dedicar aqui, especificamente, à análise das idéias religiosas e sua função no campo social. Tratando-se de uma discussão sobre a função das crenças cujo conhecimento não é construído por um sujeito específico, mas transmitido de uma geração para outra e à qual o sujeito se submete. Em outras palavras, o que Freud discute é a institucionalização da religião, isto é, uma forma de ideologização no campo social.

As instituições, enquanto representantes da cultura, definem um conjunto de normas e preceitos para as ações dos sujeitos e o que Freud delineia é uma dada atitude diante das instituições — no caso, a religião — que busca a resolução dos conflitos infantis (angústia) pela aceitação de uma solução universal. Ou seja, à medida que o ideal prevalece sobre o desejo do sujeito, este último cumpre, apenas, a função de “ilustrar” este ideal prévio, tratando-se, portanto, de um tipo de identificação ao ideal que tem como objetivo último a negação da finitude.

O fenômeno ilusório que se constitui na relação sujeito-cultura (instituição) não deve ser pensado como um erro, mas como algo derivado de desejos humanos, que fundamentando-se num processo psíquico que busca o encobrimento da falta e do próprio desamparo humano, podem se aproximar, dos delírios psiquiátricos.¹⁴⁴ Ou seja, abdicar deste tipo de vínculo ilusório — que as religiões tão bem representam — significaria, como contrapartida, assumir o desamparo e a insignificância da vida humana diante do universo.

Podemos, então, evidenciar que os momentos de “crise” de uma cultura, quando fracassam os ideais, apontam, exatamente, para a existência de ilusões construídas que se pautaram num pano de fundo de desconhecimento ou rejeição de sua precariedade com relação à realidade, ou seja, o contraponto é o fato de que a vida, enquanto contínuo devir, indica o limite dos ideais e, como conseqüência,

¹⁴³ FREUD, S. (1927) *idem*, p. 24.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p.44.

a necessidade de sua reconstrução.

Freud pautava-se, naquele momento, na idéia de atividade científica como paradigma que, diferentemente da religião, propiciaria a relativização do saber e do conhecimento da realidade. Mesmo afirmando ter consciência da dificuldade de se afastar totalmente das ilusões, considerou que a presença delas na atividade psicanalítica, diferentemente da religião, não é isenta de correção, ou seja, não possuem o caráter definitivo de um delírio, pois, *Se a experiência demonstrar — não a mim, mas a outros depois de mim, que pensem como eu — que estávamos enganados, abandonaremos nossas expectativas.*¹⁴⁵

Não poderia prever, porém, que o saber científico, especialmente no campo das chamadas ciências humanas, tenderia, progressivamente, a se transformar em ideologia, tornando-se promotor de um saber-poder disciplinar, à medida que a verdade tornou-se efeito da chamada razão instrumental. Ou seja, também a ciência acabou por se tornar uma forma ilusória à semelhança da religião.

Ao final do texto, estabelece, claramente, a diferença entre aquilo que denomina de formas ilusórias que as instituições sociais presentificam e o campo psicanalítico, cuja *práxis* exige do analista um processo de renúncia, isto é, de luto:

Você tem de defender a ilusão religiosa com todas suas forças. Se ela se tornar desacreditada[...] então seu mundo desmoronará...Dessa servidão, estou, estamos livres. Visto estarmos preparados para renunciar a uma boa parte de nossos desejos infantis(...).¹⁴⁶

No texto, *Mal-estar na civilização*,¹⁴⁷ Freud nos confrontará com a radicalidade do mal-estar do sujeito na cultura e nas instituições, indicando-nos as principais fontes de infelicidade para o homem, no poder superior da natureza, na fragilidade de nossos corpos e na inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos, na família, no Estado e na sociedade.

Este trabalho, que retoma o anterior,¹⁴⁸ vai estabelecer como diretriz inicial a questão: *Qual afinal o propósito da vida?* Reafirmando o princípio do prazer e seu domínio na vida psíquica, responde: a felicidade e, consequentemente, a

¹⁴⁵ Idem, p.67.

¹⁴⁶ Idem.

¹⁴⁷ FREUD, S (1930) *Mal-estar na civilização*.

¹⁴⁸ FREUD, S. (1927) op cit.

ausência de sofrimento e de desprazer. Porém, revela que aquilo que chamamos de felicidade, por ser oriundo de necessidades represadas em alto nível, tem uma possibilidade de satisfação, apenas, momentânea. Enfatiza, deste modo, que as possibilidades de infelicidade são bem maiores do que as de felicidade, retratadas como episódicas no curso da existência:

A vida, tal como a encontramos é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas(...).¹⁴⁹

Ao descrever estas medidas paliativas vai retornar ao tema das ilusões que favorecem uma distensão do vínculo com a realidade dolorosa, afirmando que a região onde elas se originam é a vida da imaginação, representada por uma área que fica isenta do teste de realidade. Seus representantes, encontram-se na fruição da arte, por um lado, e no outro extremo, estará a loucura, quando um mundo novo é recriado como forma de eliminar, mais radicalmente, os aspectos insuportáveis da realidade. Vai, então, classificar as religiões da humanidade como delírios de massa, afirmando, contudo, que:

(...)cada um de nós se comporta, sob determinado aspecto, como um paranóico, corrige algum aspecto do mundo que lhe é insuportável pela elaboração de um desejo e introduz esse delírio na realidade.¹⁵⁰

Ao longo do texto, o que nos é indicado é a necessidade de que não empreguemos todos nossos esforços em, apenas, um meio de obter felicidade, pois, nenhum caminho poderá levar a tudo quanto é desejado.

Freud explicitou que determinadas formas ilusórias, como a religião, restringem, exatamente, a diversidade de escolhas possíveis, indicando um único caminho para a felicidade e proteção contra o sofrimento, o que conduz a uma submissão incondicional que aprisiona os sujeitos.

Num outro trecho, vai caracterizar o que denomina de desapontamento dos homens, no mundo moderno:

¹⁴⁹ FREUD, S. (1927) op cit, p.73.

¹⁵⁰ Idem, p.100.

(...) parecem ter observado que o poder recentemente adquirido sobre o espaço e o tempo, a subjugação das forças da natureza, na consecução de um anseio que remonta a milhares de anos, não aumentou a quantidade de satisfação prazerosa que poderiam esperar da vida e não os tornou mais felizes.¹⁵¹

Ao longo deste trabalho, irá concluir que existem dificuldades ligadas à própria natureza da civilização que, provavelmente, não se submeterão a qualquer tentativa de “reforma”. Discutirá o papel da hostilidade primária nas relações entre os homens e as dificuldades, daí decorrentes, visto que, a sociedade civilizada se vê permanentemente ameaçada de desintegração, pois, “as paixões instintivas são mais fortes que os interesses razoáveis”.

Por esta razão a civilização precisa utilizar esforços supremos para estabelecer limites aos homens, segundo Freud.

(..)Daí, portanto, o emprego de métodos destinados a incitar as pessoas a identificações e relacionamentos amorosos inibidos em sua finalidade, daí a restrição à vida sexual e daí, também, o mandamento ideal de amar ao próximo como a si mesmo(...).¹⁵²

Neste trabalho, encontramos a questão principal que esteve subjacente nos textos anteriores de cultura, norteando a elaboração teórica freudiana. Esta questão delinea-se, especialmente, nos itens VII e VIII, do referido trabalho, quando discute a questão da agressividade oriunda do supereu, ou seja, dos destinos pulsionais em sua relação com o Pai.

Podemos, dessa forma, traduzir a idéia do *mal-estar*, tendo-se em vista o fato da ambivalência primária em relação às figuras primárias das quais o homem depende e necessita de proteção, em função do seu desamparo estrutural.

Não consigo pensar em nenhuma necessidade da infância tão intensa quanto a proteção de um pai(...)A origem da atitude religiosa pode ser remontada, em linhas muito claras, até o sentimento de desamparo infantil.¹⁵³

Aponta, com isso, que o mandamento de prescrição moral: *Amarás teu próximo como a ti mesmo*, revela o fato de que o homem necessita realizar

¹⁵¹ FREUD, S. (1930) op cit, p.106.

¹⁵² Idem, p.134.

¹⁵³ Idem, p. 90.

esforços intensos para conter o montante de agressividade que o habita, visto entrar em contradição com sua, também intensa, necessidade de amor.

Freud conclui, que o *homem é o lobo do homem* e é a presença desta hostilidade primária nos seres humanos o que torna a vida civilizada, permanentemente, ameaçada de desintegração. Revela-se, aqui, a eterna luta entre Eros, a pulsão de morte e a presença da agressividade — representante da pulsão de morte — como o maior impedimento para a constituição da vida, em sociedade.

A função, portanto, da cultura e de suas instituições é a de regular as relações de amor e ódio entre os homens e, conseqüentemente, diante de sua ausência, abrem-se as possibilidades dos excessos pulsionais.

O modo, predominantemente, utilizado pelas instituições socio-culturais para inibir o desejo de agressão é introjetá-la, dirigindo-a contra o próprio eu do sujeito, através da estrutura denominada de supereu. Dessa maneira, a consciência moral é representativa desta agressividade que coloca em ação contra o eu a mesma agressividade que este teria gostado de satisfazer sobre os estranhos. Conseqüentemente, o supereu, herdeiro do complexo de Édipo, expressa uma renúncia pulsional (agressiva) colocando, em seu lugar, a consciência moral.

Estas proposições nos levam a concluir que como existe a presença de um mal-estar radical quando da presentificação do desejo (de amor e de morte) na cultura (leia-se, instituição), torna-se, fundamental, o incentivo às identificações e à construção contínua de ideais, pois, apesar de serem ilusões, estas são indispensáveis à vida, em coletividade.

O desenvolvimento da civilização, ocasionando a ampliação do mal-estar e da culpa, terá como contrapartida um aumento da exigência de renúncia pulsional, reduzindo-se, com isso, as possibilidades de expressão da singularidade. Torna-se, portanto, fundamental, uma retomada constante do desejo do sujeito, sua insistência a partir de formas alternativas, sublimatórias, caso contrário, o sujeito aceitará o pacto civilizatório, simplesmente, para não ficar na condição de desamparo ou, como afirma Freud, abrindo mão da possibilidade de expressão dos desejos.

Este ponto tem sido retomado por Bauman,¹⁵⁴ que considerou que na

¹⁵⁴ BAUMAN (1997) *O mal estar na pós-modernidade*.

contemporaneidade o que ocorre, efetivamente, é uma tendência a uma não renúncia pulsional e, neste caso, poderíamos pensar que o mal-estar estaria atrelado a um estímulo aos excessos, ao gozo, propriamente dito, o que expressaria um certo fracasso da Lei simbólica. Neste caso os ideais sociais poderiam ser pensados a partir da injunção superegóica: *Goze!*, ou seja, numa tendência à submissão ao supereu arcaico.

Concluimos, portanto, que o encontro do homem com as instituições está associado à reativação do complexo de Édipo, ou seja, às relações com o Pai, enquanto representativo da Lei, tratando-se da recolocação, neste campo, dos impulsos agressivos e, conseqüentemente, da culpa a partir de um processo de luto, relativo ao desejo de morte do Pai.

O que se apresenta ao final da análise destes textos, é que através de um luto relativamente aos ideais, abre-se a possibilidade de um tipo de identificação de cunho simbólico, referido ao campo cultural-institucional que aponta para a possibilidade de sublimação. Este processo pode ser compreendido pela idéia de uma passagem na visada pulsional, onde não se trata mais, propriamente falando, do objeto do desejo, mas de um processo subjetivo que visa a sustentação do desejo, ou seja, de uma relação do desejo com ele mesmo, no sentido de sua insistência.

O que estes textos revelam, portanto, é um processo em que se afirma o próprio “desejo de Freud” o qual o sustentará no processo de elaboração de sua obra e, neste sentido, podemos pensar na função das instituições como uma presença possibilitadora deste processo, ao representarem, simbolicamente, a lei delimitadora da singularidade.

Acreditamos que a construção da *práxis* psicanalítica, em diferentes contextos, coloca diante do analista a tarefa de realizar um verdadeiro luto pelos ideais, possibilitador da sustentação do seu desejo de *re-tornar-se* analista, reconstituindo, neste sentido, simbolicamente a trajetória freudiana.

No capítulo seguinte, destacaremos do percurso freudiano, o modo próprio como a teoria e a técnica se articulam, procurando, com isso, delimitar, mais claramente, as diferenças relativas ao campo da medicina, tendo-se em vista, o que Foucault denominou de saber-poder.

CAPÍTULO 3

A experiência freudiana: do campo médico ao campo psicanalítico

Como vocês sabem, nós não nos vangloriamos jamais da completude e do acabamento definitivo de nosso saber e de nosso poder. Estamos tão prontos, agora, como estávamos, antes, a admitir as imperfeições de nosso conhecimento, a considerar qualquer coisa nova que se apresente e a modificar, na nossa abordagem, o que possa ser colocado como algo melhor. (FREUD:1919:201)

É por isso, que a teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática: ela é uma prática. Mas local, regional, como você diz: não totalizadora. (FOUCAULT:1979:71)

No capítulo anterior, tomando como paradigma o percurso freudiano, descrevemos que, a partir de um luto relativamente aos ideais sociais, é que se abre, para todo analista, a possibilidade de ocupação de uma outra posição subjetiva diferente daquela referente ao campo médico e que produz efeitos na experiência psicanalítica, em termos da articulação saber-poder. Do ponto de vista da clínica, isto significa dizer que o analista, ao valorizar os ideais, tenderia a privilegiar uma ótica sugestiva, na qual ele ocuparia o lugar de modelo para o analisando, em detrimento de um lugar analítico, isto é, faltoso, capaz de conduzir o sujeito a interrogar-se sobre seus próprios desejos. Isto porque é a presença dos ideais aquilo que, servindo de barreira à experiência do inconsciente, fomenta o recalçamento.

Tendo em vista estas questões, neste capítulo, nossa intenção é delinear alguns aspectos fundamentais da experiência freudiana, ou seja, do percurso histórico singular de Freud, que o conduziu do campo médico à constituição do campo psicanalítico, dando-lhe uma especificidade própria. Para tanto, escolhemos uma modalidade de reflexão que destaca, prioritariamente, a caracterização da teoria e da técnica instrumentalizadas neste contexto, onde poderemos identificar mudanças progressivas diante do saber construído e, conseqüentemente, do saber tomado como objeto de investimento pulsional.

Primeiramente, passaremos a focar os efeitos da presença do saber inconsciente e de seu acolhimento na construção da experiência freudiana,

estabelecendo duas formas de conceber a teoria no campo psicanalítico: como metapsicologia e como ficção.

A seguir, empreenderemos uma discussão acerca dos artigos freudianos sobre técnica, que gira em torno da díade transferência-resistência, procurando responder a questão: *O que fazemos quando fazemos análise?*¹⁵⁵

Tomando o campo médico como referência simbólica e de alteridade, nosso objetivo é demarcar uma premissa ética, a partir de onde, Freud constrói uma especificidade própria a este saber-poder, que a diferencia, radicalmente, de uma perspectiva disciplinar, anteriormente descrita a propósito do campo médico-psiquiátrico.

Podemos, neste sentido, responder às críticas foucaultianas, afirmando que a possibilidade de a psicanálise escapar ao desígnio de vir a ser mais uma forma disciplinar, característica das ciências humanas, encontra-se na sua especificidade epistemológica,¹⁵⁶ cuja articulação teórico-prática singular coloca o campo psicanalítico numa posição intermediária entre a filosofia e a medicina,¹⁵⁷ conforme destacaremos, mais adiante.

Observamos, na obra freudiana, que a noção de experiência, paulatinamente, sobrepôs-se à de clínica, caracterizando o que há de essencial na *práxis* psicanalítica e, simultaneamente, diferenciando-a de qualquer outra clínica¹⁵⁸.

Interessante é ressaltarmos que a palavra “clínica”, usualmente empregada no campo psicanalítico, tem as seguintes definições etimológicas¹⁵⁹: a) a prática da medicina; b) a clientela de um médico; c) o lugar aonde vão os doentes, consultar um médico. Nenhuma destas definições, mesmo se substituíssemos a palavra “medicina” por “psicanálise”, seria capaz de expressar as características da psicanálise, elaboradas por Freud:

Psicanálise é um nome de: a) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo; b) um método (baseado nesta investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; (c) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo

¹⁵⁵ LACAN, J. (1953-54) *Os escritos técnicos de Freud*, p.19.

¹⁵⁶ BIRMAN, J.(1989) *Freud e a experiência psicanalítica*, p.77.

¹⁵⁷ FREUD,S.(1925[1924]) *Resistências à psicanálise*.

¹⁵⁸ BIRMAN (1989) vai considerar que não é possível encontrarmos, na obra freudiana, uma resposta direta sobre o que é a clínica freudiana, como se, de fato, a categoria *clínica* fosse inexistente neste campo.

¹⁵⁹ FERREIRA, A.(1989) *Novo dicionário da língua portuguesa*, p.418.

dessas linhas e que gradualmente se acumulam numa nova disciplina científica.¹⁶⁰

A questão do atrelamento da noção de clínica ao campo médico é discutida, exaustivamente, no trabalho de Foucault, intitulado *O nascimento da clínica*,¹⁶¹ já referido anteriormente. Seu objetivo foi traçar as características específicas da medicina clássica, à época, cartografando as mudanças relacionadas ao advento da chamada medicina moderna ou científica. A importância das pesquisas de Foucault foi contestar a idéia de que, a partir de fins do século XVIII, o conhecimento médico teria alcançado, finalmente, um caráter objetivo e empírico e, portanto, teria havido uma espécie de evolução na constituição do saber médico que, anteriormente, seria pautado na especulação filosófica, exclusivamente.

No entanto, Foucault sublinha que a mudança ocorrida foi no próprio objeto da medicina e no modelo que a sustentava. Se, na medicina clássica, delineou-se como objeto, a doença, como uma essência a ser buscada; na medicina moderna, o objeto caracterizou-se como o corpo doente e, isto porque houve, também, uma passagem do modelo da história natural para o modelo da biologia e, a seguir, para a anatomia patológica que sustentou uma perspectiva de localização das doenças no corpo do sujeito.

Essa visão de Foucault, arqueológica, veio apontar a importância do olhar e da percepção na constituição do conhecimento médico. Se, na medicina clássica, era o *olhar de superfície* o que possibilitava a classificação das doenças num quadro taxonômico; na medicina científica, foi um *olhar de profundidade* que possibilitou tornar visível o que era invisível antes, situando, no tecido lesado, a causalidade das doenças. Foucault vai caracterizar, de um modo bastante interessante, a mudança da indagação do médico no ato da clínica: se, na medicina clássica, a pergunta que o médico dirigia ao paciente, era: *O que você tem?*, na medicina científica, passou a ser: *Aonde dói?*

A importância destas considerações é permitir situarmos, mais claramente, a constituição do campo psicanalítico ao longo da história dos saberes, tendo, como perspectiva inicial, o campo médico-científico. O que podemos identificar é um progressivo distanciamento de Freud (e sua experiência), que resgatará a chamada

¹⁶⁰ FREUD, S.(1923 [1922]) *Dois verbetes de enciclopédia*, p. 287.

¹⁶¹ FOUCAULT, M.(1994) op cit.

dimensão mítica da existência, seus enigmas, a partir de um reencontro com a desrazão que a concepção racionalista das ciências humanas havia excluído.

Como vimos, anteriormente, no capítulo 2 desta tese, o campo médico-científico vem cumprir uma função histórica de ordenamento social, pautando-se, para isso, numa forma de controle e de vigilância dos corpos, produtora de um saber-poder que o *Panóptico* vem, conseqüentemente, ilustrar. Foucault, efetivamente, relata que é a soberania da consciência, no campo da medicina, que irá transformar o sintoma em signo, ou seja, a consciência é identificada, aqui, ao olhar médico, que possibilitando um acesso ao visível e ao invisível do corpo, constrói o campo do saber médico.

O saber que especifica o campo psicanalítico é aquele que se constrói ao longo da experiência freudiana e que ensina o inconsciente, enquanto que o poder que, aí, se instrumentaliza é aquele outorgado pela transferência e que é, fundamentalmente, *suposto*¹⁶². Por isso, conforme delineamos no capítulo anterior desta tese, apesar de a psicanálise ter se constituído no mesmo solo arqueológico da medicina, terá a possibilidade, a partir dos conceitos de inconsciente e de transferência e do modo particular como estes são instrumentalizados, construir uma prática que a distancie de uma perspectiva disciplinar.

O que procuramos destacar, aqui, é a especificidade do campo epistemológico da psicanálise que se apresenta com um estatuto misto¹⁶³, pois, se, por um lado, necessita de conceitos fundamentais globalizantes (metapsicologia), por outro, somente a partir dos próprios fatos da experiência é que estes conceitos podem, não só, ganhar relevância, como sofrer transformações.

A especificidade da psicanálise encontra-se, também, pela impossibilidade de considerarmos o analista como uma exterioridade relativa ao seu campo. Como afirma Cottet,¹⁶⁴ a psicanálise confunde-se com o desejo de seu inventor e, portanto, Freud também é aquele que fala, num certo sentido, de um lugar que ignora.

¹⁶² Com Lacan, o pivô do tratamento analítico, onde se articula tudo que diz respeito à transferência, passa a ser nomeado de *sujeito suposto saber*, podemos, aí, incluir a denominação *sujeito suposto saber-poder*.

¹⁶³ ASSOUAN, P.L. (1995) *Freud, la philosophia et les philosophes*

¹⁶⁴ COTTET, S.(1993) *Freud e o desejo do analista*.

Dessa forma, com seu retorno a Freud, Lacan¹⁶⁵ nos ensina sobre a necessidade de aplicar à obra freudiana os mesmos princípios que ela preconiza e as regras de interpretação que ela explicita. Não se trata, evidentemente, de uma mera dedução da psicanálise a partir do inconsciente freudiano, o que seria um equívoco, mas da consideração da presença do desejo de Freud na constituição de sua obra.

Em nossa presente pesquisa, delineamos a questão do desejo freudiano na relação com o campo médico e suas instituições que, afirmando-se como presença simbólica, possibilitou a realização da experiência originária.¹⁶⁶

Quando Lacan¹⁶⁷ afirma que o sujeito da psicanálise é o sujeito *foraclusido* pela ciência, considera que a possibilidade de constituição da psicanálise atrela-se, inevitavelmente, à constituição do chamado campo científico na era moderna, porém, vai definir, a partir disso, uma especificidade própria à ação do analista. Ou seja, enquanto a ciência (e aqui isto diz respeito ao campo médico) institui a universalidade dos fatos observados, a psicanálise, por sua vez, mesmo referindo-se a uma universalidade conceitual, vai se ocupar daquilo que pode especificar este universal, a partir da particularidade da experiência do sujeito enquanto estrutura dividida.

3.1. Metapsicologia e a teoria como ficção

Reconhecer a especificidade do campo psicanalítico não significa, de forma alguma, considerar a impossibilidade de sistematização do saber neste contexto visto ser este o aspecto fundamental para a delimitação deste campo e, conseqüentemente, para sua existência como referência simbólica para os psicanalistas. Este aspecto, denominado por Freud de *metapsicologia*, juntamente com os chamados pressupostos teóricos (a sexualidade infantil, a teoria da libido, a teoria do recalque e o complexo de Édipo)¹⁶⁸ é aquilo que se constituiu como

¹⁶⁵ LACAN, J.(1953-54) *Os escritos técnicos de Freud*

¹⁶⁶ MANNONI, O.(1969) *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*.

¹⁶⁷ LACAN J. (1966) *A ciência e a verdade*.

¹⁶⁸ Posteriormente, Lacan, no *Seminário 11*, vai nomear os quatro conceitos fundamentais: *inconsciente, pulsão, repetição e transferência*.

terreno comum, possibilitador da *práxis* psicanalítica. Por outro lado, estes pressupostos assumem sua relevância completa, à medida que são regulados pela experiência psicanalítica, à luz da transferência e da resistência, sendo estes, os aspectos que definem a característica específica desse modo de clinicar, onde o lugar ocupado, pelo psicanalista, torna-se determinante do desenrolar do processo.

O que podemos identificar, na elaboração freudiana é um modo específico de instrumentalização da teoria que se construía, concomitantemente à experiência que se processava. Quando, por exemplo, Freud delineou a importância fundamental do conceito de transferência, isto só se viabilizou porque já havia entrado em questão, na *práxis*, o conceito de (contra)transferência.

Na obra freudiana, encontramos a idéia de uma experiência analítica vinculada a dois substantivos: *Erfahrung* (experiência possível) e *Erlebnis* (o vivido finito), a partir dos quais, estabeleceu-se um contraponto onde a dimensão da experiência psicanalítica se delineou, fundando um modo específico de articulação no campo teórico-prático.¹⁶⁹

Numa perspectiva kantiana,¹⁷⁰ podemos considerar os aspectos metapsicológicos da psicanálise como o *a priori* da experiência psicanalítica, propriamente dita, ou seja, aquilo que, sendo de cunho universal e necessário, estabelece as condições da *experiência possível*. A experiência psicanalítica, propriamente dita (o vivido finito), fundamentalmente, diz respeito ao particular e ao contingente e tem um caráter parcial, uma vez que, se opõe a qualquer tipo de totalização.

Desse modo, a teoria no campo psicanalítico pode ser pensada em dois níveis. No primeiro, trata-se da existência de categorizações que contextualizam um dado fenômeno, tornando-o viável (teoria, enquanto metapsicologia). No segundo, é a produção de sentido que se constrói no “aqui e agora” da aparição do fenômeno, isto é, no encontro analítico (teoria, enquanto ficção).

Deleuze¹⁷¹ vai enfatizar a importância da filosofia de Kant, no sentido de inaugurar uma nova forma de conceber os fenômenos.

Se, na tradição filosófica que o antecede, o fenômeno é a aparência que encobre uma essência; em Kant, o fenômeno torna-se a própria aparição, sendo

¹⁶⁹ GATTO, C.(1998) *A experiência psicanalítica – Algumas questões a partir do ambulatório*.

¹⁷⁰ DELEUZE, G.(1978)*Curso de los martes Kant – síntesis y tempo*

¹⁷¹ Idem.

simplesmente o que é. A importância desta perspectiva encontra-se no fato de que a aparição remeterá, necessariamente, às condições daquilo que aparece. Sendo assim, a aparição faz par conjuntivo com o sentido.

A partir destas reflexões, a experiência psicanalítica, propriamente dita, sendo da ordem do singular e do particular, articula-se aos pressupostos teóricos (ou categorias, numa linguagem kantiana) que servem para estabelecer as condições para a produção de sentido, durante o processo analítico.

Quando resgatamos aqui, a idéia kantiana de um *a priori* à experiência, o fazemos num sentido específico e, não universal, pois, os pressupostos do campo psicanalítico não podem ser pensados a partir de uma universalidade “absoluta” pois dependem de uma produção prévia de conhecimento referido ao campo médico e pré-psicanalítico. Isto significa dizer que, sempre, existirão condições simbólicas e culturais que antecedem a experiência, a partir das quais, uma dada categorização teórica poderá vir a se estabelecer e definir um campo de saber.

A questão metapsicológica da psicanálise assume uma grande importância para compreendermos a especificidade deste campo. No texto, *A psicopatologia da vida cotidiana*,¹⁷² já encontramos uma primeira chave indicativa da sua função, a partir de uma diferenciação relativa à especulação filosófica, isto é, à metafísica:

O reconhecimento obscuro (a percepção endopsíquica, por assim dizer) de fatores psíquicos e relações no inconsciente, se espelham – é difícil exprimir isto em outros termos, e aqui, a analogia com a paranóia tem que nos ajudar – na construção de uma realidade sobrenatural, a qual está destinada, em sentido contrário, a ser retransformada pela ciência em psicologia do inconsciente. Poder-se-ia ousar explicar, desse modo, os mitos do paraíso e do pecado original, de deus, do bem e do mal, da imoralidade, etc, e transformar a metafísica em metapsicologia.¹⁷³

A concepção da metapsicologia, neste primeiro tempo, é associada à *psicologia projetada no mundo externo*, cujo objetivo é o estabelecimento de um terreno constituído por conceitos fundamentais (*Groundbegriffe*) capazes de dar consistência à experiência psicanalítica¹⁷⁴. A função principal destes conceitos é a possibilidade de acolher a experiência psicanalítica, propriamente dita, e não, o aprisionamento do analista nessa rede conceitual.

¹⁷² FREUD, S.(1901) *A psicopatologia da vida cotidiana*.

¹⁷³ Idem, p.309.

É o aspecto metapsicológico do campo psicanalítico que estabelecerá uma espécie de limiar entre dois riscos, aí, sempre presentes: por um lado, de a psicanálise vir a se constituir numa mera especulação filosófica, ou seja, desatrelada da experiência e, por outro, de converter-se numa perspectiva medicalizada, tornando-se, apenas, uma prática cujo objetivo exclusivo será a cura, a adaptação ao campo social, etc.

Este último ponto demarca o que se denomina de empirismo ingênuo, presente na formulação de inúmeros analistas que teriam, em Hartman (EUA), um precursor. Neste caso, toda a referência à metapsicologia passa a ser desvalorizada e desconsiderada em sua importância fundamental. Como afirma Gabbi,¹⁷⁵ esta *doutrina* acredita que se possa observar sem teoria. Ou seja:

(...)além de ignorar textos explícitos de Freud que a contradizem, parte de um pressuposto insustentável: o inventor da psicanálise teria passado por uma experiência psicanalítica anterior a qualquer teoria.¹⁷⁶

Por outro lado, a idéia de um inacabamento do projeto metapsicológico é revelador da consistência particular do saber psicanalítico que, mesmo sempre ambicionando estabelecer-se como saber científico, nunca conclui este objetivo, apesar de manter um rigor intrínseco às construções teóricas. Os pressupostos fundamentais no campo psicanalítico são importantes, à medida que, por sua capacidade explicativa, apontam o limite da compreensão da esfera da experiência considerada, num determinado momento. São, portanto, construções intelectuais de apoio, dotadas de valor aproximativo que podem sofrer alteração, a partir de novos dados da experiência.

No texto sobre o narcisismo,¹⁷⁷ Freud, ao apresentar a dúbia questão teórica relativa, por um lado, à libido do eu, articulada à libido de autoconservação e, por outro, à libido do objeto, destaca questões importantes a este respeito:

(...) uma teoria especulativa das relações em causa, propor-se-ia, antes de mais nada, fundar-se sobre um conceito rigoroso. Porém, de meu ponto de vista, encontra-se, exatamente, aí, a diferença entre uma teoria especulativa e uma ciência baseada sobre a interpretação da empiria. A última não invejará a

¹⁷⁴ ASSOUAN, P.L. (1995) op. cit.

¹⁷⁵ GABBI, O.F.(2000) *É possível uma clínica psicanalítica sem metapsicologia?*

¹⁷⁶ Idem, p.1.

¹⁷⁷ FREUD.S.(1914) *Pour introduire le narcissisme.*

especulação, o privilégio de um fundamento tirado ao encadeamento, logicamente, irreprovável, mas se contentará, de boa vontade, com concepções fundamentais nebulosas, evanescentes, apenas representáveis, que ela espera poder apreender, mais claramente, no curso de seu desenvolvimento e que ela está preparada, também, para substituir por outros. É que estas idéias não são o fundamento da ciência sobre a qual, tudo repousa: este fundamento, ao contrário, é a observação apenas. Essas idéias não constituem as fundações, mas o edifício todo e elas podem, sem perigo, ser recolocadas e substituídas.¹⁷⁸

Ao final deste longo parágrafo, Freud faz referência à aproximação de seus princípios científicos com relação à física moderna, apontando que o paradigma epistemológico da psicanálise a colocava próxima dos pressupostos da física relativista.

O que verificamos é que diante dos impasses teórico-clínicos, Freud necessitava, em alguns momentos, lançar mão da *Feiticeira* que, numa espécie de “passe de mágica”, viabilizava uma passagem na construção do campo em questão. Assim, no texto *Análise terminável e interminável*,¹⁷⁹ ao defrontar-se com a necessidade de encontrar uma explicação para o modo de reduzir a subjugação do eu à pulsão (de morte), recorre a Fausto, de Goethe, considerando que: *Temos de chamar a feiticeira em nosso auxílio, afinal de contas! (...) Posto que sem especulação e teorização metapsicológica — quase disse — “fantasiar” — não daremos outro passo à frente.*¹⁸⁰

A *feiticeira* vem, assim, tamponar determinadas falhas, buracos do discurso explicativo racional. Ela é, neste primeiro momento, a parte de imaginário que possibilita assegurar a consistência do tecido simbólico — o que a expressão *fantasiar*, afirma, claramente.¹⁸¹ É, também, aqui, que nos deparamos com o perigo do saber psicanalítico poder vir a se constituir numa forma de delírio, caso o analista tome a metapsicologia, como algo acabado, a ser aplicado à experiência.

Surge, dessa forma, uma tensão de mão dupla, cuja origem está no prefixo *meta*. Por um lado, indicando um grau supremo a ser atingido, uma espécie de *superpsicologia* que congregaria o ideal de acabamento e completude, e, por outro, designando um momento originário e, neste sentido, com Lacan, uma forma

¹⁷⁸ Idem, p.84-5

¹⁷⁹ Idem.

¹⁸⁰ Idem, p.257.

¹⁸¹ KAUFMAN (1996) op cit.

de reencontro com o Real (o não-sentido), de onde algo pode brotar. Assim, a *feiticeira* representa o ato que faz brotar algo do nada.

Concluindo, a metapsicologia, isto é, os pressupostos teóricos da psicanálise, constituindo parte da experiência freudiana, revelam os aspectos concernentes à insistência do desejo do seu criador e à construção de condições de possibilidade de sustentação do campo psicanalítico.

Assouan,¹⁸² por sua vez, vai indicar que o prefixo *meta*, presente na expressão metapsicologia, designaria o fundamento arqueológico do psiquismo, ou seja, o inconsciente. Ao longo da obra freudiana, vai identificar duas formas de pensar o sentido da metapsicologia. A primeira, a apreensão do inconsciente (freudiano) como *psicologia projetada no mundo externo*¹⁸³ e, a segunda, uma definição operatória, tal como encontramos no artigo *O inconsciente*:

Proponho que quando tivermos conseguido descrever um processo psíquico, em seus aspectos dinâmico, topográfico e econômico, passemos a nos referir, a isso, como uma apresentação metapsicológica.¹⁸⁴

Porém, Freud, relativizando a questão, considera que no presente estado do seu conhecimento, somente em alguns pontos, esta tarefa teria êxito.

Importante é a associação dessas duas premissas, porque apontam a possibilidade de considerarmos a questão da presença do desejo freudiano na constituição da metapsicologia. Ou seja, a cada vez que um impasse se apresenta no campo teórico-prático, é a insistência do desejo freudiano que se afirma, dando prosseguimento ao projeto psicanalítico.

Quanto à concepção da teoria como ficção, isto é, o teorizar que se processa ao longo do trabalho psicanalítico e que tem no analisando, o seu condutor, a encontramos bem delineada, no texto *Sobre as teorias sexuais infantis*.¹⁸⁵ É enfatizado o fato de que as teorias que as crianças constroem, em torno da sexualidade, exercem grande influência sobre a forma assumida, posteriormente, pelos sintomas neuróticos.

Freud vai definir que é a curiosidade da criança, por ele denominada de *pulsão de saber*, que se constitui a partir da libido narcísica (ou, como ele diz, de

¹⁸² ASSOUAN, P.L.(1995) op. cit.

¹⁸³ FREUD,S.(1937) p.309.

¹⁸⁴ FREUD, S. (1915) *O inconsciente*, p.208.

um certo egoísmo) e que advém, por exemplo, diante da possibilidade da chegada de um novo bebê. A colocação da questão: *De onde vêm, os bebês?* revela um momento que desperta certas emoções, como a angústia de perda dos objetos primários, mas que, por outro lado, fomenta a capacidade de pensar, que Freud chama de pré-ocupação.

O que o texto freudiano, em questão, coloca é que toda a pergunta - assim como toda pesquisa - é o produto inicial de uma exigência vital, ou seja, ao pensamento é atribuída a tarefa de impedir a repetição de eventos temidos. Poder perguntar, poder responder, capacita o sujeito a produzir sentido para os enigmas da vida e para tudo aquilo que, de uma certa forma, poderia tornar-se traumático, à medida que, do ponto de vista do sujeito, se colocasse fora do campo da linguagem.

Segundo Freud, o pensamento da criança tende a tornar-se, paulatinamente, independente de situações específicas, operando a partir de uma *pulsão autosustentada de pesquisa*.¹⁸⁶ Para isso, entrará, em jogo, a posição ocupada pelos adultos diante da interrogação da criança. Ou seja, não se trata, evidentemente, da possibilidade do adulto fornecer a resposta correta, mas o que interessa é que a resposta do adulto não impeça novas perguntas, pois, isto corresponderia a um fechamento do inconsciente. Será este também o lugar que o analista deverá sustentar, ou seja, aquele que possibilite, ao paciente, construir suas questões e as respostas que dizem respeito à sua existência.

As crianças costumam repetir, inúmeras vezes, as mesmas perguntas, independentemente, do conteúdo das respostas dos adultos, pois, o que entra, em questão, é a angústia diante do fato da diferença sexual, da origem da vida e do encontro com o fato da morte.

Assim, Freud considera que a repetição das questões é um modo de ampliar o tempo de elaboração da situação produtora de angústia. Admitir a resposta correta, na realidade, envolve a aceitação de muitos fatos da existência que exigem uma elaboração progressiva. Numa concepção freudiana é por isso que as crianças aderem às teorias sexuais infantis como um modo de preencher esta lacuna psíquica, teorias tais como: os bebês nascem do ânus; a atribuição de um pênis a todos, inclusive às mulheres; a origem dos bebês ligada à ingestão de

¹⁸⁵ FREUD, S. (1908) *Sobre as teorias sexuais infantis*.

¹⁸⁶ Idem, p.216.

determinado alimento, etc. Assim, aderir à teoria seria uma tentativa de suportar a angústia diante do “não-simbolizável” pano de fundo da existência.

Esse texto freudiano assume grande importância para pensarmos a função da teoria como ficção, isto é, no campo da experiência psicanalítica, propriamente dita. Aquilo que o paciente conta sobre sua história revela, simultaneamente, as defesas que encobrem a angústia e o desamparo diante da existência e é, neste sentido, que o trabalho analítico não trata de um simples processo de revelação daquilo que o paciente parece desconhecer, a partir de um prévio saber teórico (metapsicológico) do analista. A *práxis* analítica envolve, principalmente, o trabalho com as resistências que possibilitarão o aflorar da *pulsão de saber*, criando condições para o sujeito vir a construir outras teorias e outros sentidos para sua existência.

Por outro lado, pensar o estatuto da teoria no campo da experiência psicanalítica, leva-nos a interrogar o modo pelo qual um dado analista apropria-se da teoria analítica (pressupostos teóricos), visto que, não se trata de simples aplicação teórico-técnica.

Com relação a isto, Roustang,¹⁸⁷ considera a presença de um fantasma que parece habitar os psicanalistas:

(...)compreender a teoria para compreender o que dizem os analisandos.(...)se eu soubesse mais da teoria, eu compreenderia mais e melhor os analisandos.(...) A teoria é, então, sem mais, uma proteção pela qual o analista evita a transferência (do analisando) e se transforma de suposto saber num indivíduo, sabendo ou não sabendo (...).¹⁸⁸

A teoria assume as características de sintoma, sendo necessário desfazê-lo, remontando até ao que ele nomeia de: *fantasmas geradores no analista*. O autor relaciona, nestes casos, o investimento teórico do analista a um processo transferencial, relativamente a quem profere a teoria (o mestre) considerando que o que prende alguém à transferência no outro, é, sempre, alguma formação inconsciente que lhe permite desdobrar as suas. Podemos pensar que quando o analista adere à teoria psicanalítica, o que se revela é uma tentativa de suportar a angústia do não-saber que advém do encontro imprevisível com o paciente. Assim, a teoria torna-se uma forma de resistência, por parte do analista.

¹⁸⁷ ROUSTANG, F.(1976)*Um destino tão funesto*, p.95.

Isto significa considerar, que uma teoria não tem consistência em si mesma, mas:(...)só tem na análise o interesse de uma rede, o bastante larga e diversificada, para que os analistas-analisandos possam, aí transferir e aí descobrir, suas próprias mitologias.¹⁸⁹

Estas colocações parecem-nos importantes, pois, traduzem os possíveis desvios a que esta *práxis* pode ser conduzida, em função do modo como um analista apropria-se do saber analítico, indicando os efeitos do processo de formação desse psicanalista.

Como Freud¹⁹⁰ discute, seria um erro técnico supor que o analisando sofre de uma espécie de ignorância e que caberia ao analista, portador de um saber, informá-lo sobre aquilo que ele parece desconhecer. A ignorância relaciona-se, aqui, não a um vazio, mas ao próprio saber inconsciente.¹⁹¹ Por isso, uma informação quando dada ao paciente, só fará sentido, se ele próprio estiver próximo do material recalcado, *des-coberto*, a partir de um trabalho já realizado sob transferência.

Mannoni,¹⁹² ao descrever a experiência originária, mostra que Freud dá um testemunho do encontro com dois tipos de saber: um deles, adquirido junto aos pacientes e aos mestres (Charcot, Breuer, etc.), fundamentado na curiosidade médica e na observação clínica e, um outro saber, que não se comunica da mesma maneira, dirigido, menos pelo desejo consciente, do que pelas vicissitudes do desejo inconsciente.

Os dois tipos de saber complementam-se e se sustentam um no outro, acabando por se articularem à construção do campo psicanalítico, porém, em certos momentos, também, entram em conflito, impedindo-se mutuamente.

O fato é que aquilo que se adquire, como saber, sofre uma modificação, dependendo da maneira que está colocado, como objeto, no campo do desejo. Ou seja, o que destacamos é que existe uma articulação entre o modo de o psicanalista vincular-se ao saber, como objeto de investimento libidinal, e as vicissitudes na *práxis* psicanalítica, daí decorrentes.

¹⁸⁸ ROUSTANG, F.op.ct.,p.95.

¹⁸⁹ Idem, p.95.

¹⁹⁰ FREUD, S. (1910) *Psicanálise "silvestre"*.

¹⁹¹ LACAN, J.(1971-72) *Le savoir du psychanalyste*.

¹⁹² MANNONI, O. (1969) *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*.

Conforme discutimos, anteriormente, no capítulo 2, quando nos referimos ao mal-estar institucional, o saber, também, pode tornar-se uma espécie de ideal institucionalizado, valorizando-se sua forma, meramente, especulativa, desarticulada da experiência propriamente dita, isto é, encobridora do mal-estar e da falta.

Neste sentido, podemos entender que a teoria psicanalítica poderá ser, ela própria, instrumentalizada na forma de encobrimento da falta de objeto e constituir-se, em última instância, num modo de o analista resistir ao trabalho que se lhe apresenta, ocupando um lugar de caráter sugestivo, ao invés de analítico. Neste caso, estaríamos próximos daquilo que Foucault denominou de prática disciplinar.

3.2. Sobre os escritos técnicos:

Os artigos sobre técnica já foram destacados, por Lacan,¹⁹³ em seu primeiro *Seminário*, com o intuito de mostrar que a retomada da questão do método freudiano, seria fundamental para a realização de um verdadeiro retorno a Freud.

A pergunta chave deste estudo, identificada por Lacan como um eixo atravessador dos artigos freudianos é: *O que fazemos quando fazemos análise?*

Para delinear uma resposta a esta questão, Lacan fez um recorte nos textos freudianos, apontando duas etapas: a primeira, relativa à experiência originária até 1919, e que se iniciou entre 1904 e 1909, aproximadamente; a segunda, relativa à chamada teoria estrutural, situou-se a partir de 1920.

A perspectiva lacaniana irá privilegiar uma leitura em torno da concepção de ego, atrelando-a a idéia de resistência. Um dos objetivos de sua pesquisa foi proceder a uma crítica às “novas vertentes” da psicanálise que, naquele momento, sublinhando o conceito de contratransferência, acabaram por diluir o essencial da experiência psicanalítica. Lacan vai considerar nesses casos que: (...) *a contratransferência nada mais é do que a função do ego do analista, o que chamei a soma dos preconceitos do analista(...)*.¹⁹⁴

Com o intuito de retirar a psicanálise do impasse, a que havia sido conduzida, propôs uma concepção das diferentes fases da elaboração freudiana,

¹⁹³ LACAN, J. (1953-54) *Os escritos técnicos de Freud*.

¹⁹⁴ Idem, p.33.

reconquistando a realidade do inconsciente que, segundo Lacan, estaria sendo desvirtuada. Por isso, a leitura do referido *Seminário* girou em torno da idéia de resistência.

No âmbito de nossa pesquisa, o resgate dos textos freudianos sobre técnica, que circunscrevemos em três períodos (originário, intermediário e estrutural),¹⁹⁵ objetiva a configuração da chamada proposta ética, sustentadora da *práxis* do psicanalista que se delineou à medida que Freud se afastava de uma perspectiva de caráter sugestivo-moral, isto é, disciplinar, relativa ao campo da medicina.

Para tanto, nossa leitura privilegiará, por um lado, o modo como o saber vai se elaborando e se transformando, à medida que as resistências freudianas vão sendo vencidas e, por outro, a posição que o campo médico ocupa neste processo, como interlocutor de Freud, isto é, lugar de Outro, campo simbólico que possibilitou a construção de uma marca específica no seu discurso.

Procuraremos demarcar que o método psicanalítico, em última instância, é aquele que se constrói numa dialética de distanciamento e reencontro com o campo médico e, também, no confronto com o inacabamento desse saber (metapsicologia) que se reconstrói, via ficção, pelo sujeito em análise. A ética psicanalítica, sendo aquela, portanto, que sustentará um lugar possibilitador do surgimento do imprevisto e da surpresa do lado do analista, contornando, assim, os riscos de a psicanálise tornar-se uma prática disciplinar.

3.2.1. Período originário

Incluímos neste período¹⁹⁶ textos “pré-psicanalíticos”, isto é, relacionados à utilização da hipnose e da sugestão hipnótica, com o intuito de destacarmos por um lado, tanto uma maior proximidade com o campo médico quanto, por outro, a presença, nos seus fundamentos, de uma ética inovadora.

¹⁹⁵ Apesar de sabermos o quanto é arbitrária uma distinção dos trabalhos freudianos, em etapas, nosso intuito, aqui, é agregar os trabalhos que apresentem algumas semelhanças no modo de articulação teórico-técnica.

¹⁹⁶ FREUD, S.(1889) *Resenha de der Hypnotismus de Forel*; (1891)*Hipnose*; (1892 [1893]) *Um caso de cura pelo hipnotismo*;(1895) *A psicoterapia da histeria*;(1900) *A interpretação dos sonhos*;(1905[1901]) *Fragmentos da análise de um caso de histeria*; (1904[1903]) *Método psicanalítico de Freud*.

É interessante verificarmos o diálogo estabelecido, por Freud, com o campo médico oficial, onde ele luta por oferecer uma dada dignidade aos fenômenos subjetivos, excluídos pelo campo científico. Aí, identificamos a rejeição sofrida, por Freud, da parte dos proeminentes médicos da época.

Podemos verificar, claramente, no texto do referido período, *Resenha de der Hypnotismus de Forel*,¹⁹⁷ a rejeição vinda do campo médico em direção às curas realizadas pelo hipnotismo. Freud considera a necessidade de que, para formar um julgamento acerca do hipnotismo, é preciso que se tenha praticado o hipnotismo.

Mais adiante, Freud pondera:

(...) tendo em conta a violência de sua oposição, não é de admirar que acusem aqueles médicos que sentem ser seu dever usar a hipnose para beneficiar seus pacientes, de terem motivos insinceros e formas de pensar **não científicas**¹⁹⁸ – acusações que devem ser excluídas de uma discussão científica, sejam elas apresentadas publicamente, sejam elas veiculadas de modo mais ou menos disfarçado.¹⁹⁹

Podemos perceber que é, inicialmente, a identificação de Freud com o paciente e o conseqüente “desejo de curar”, o que produzirá seu “desejo de saber” e de prosseguir na investigação dos fenômenos psíquicos.

Neste mesmo texto, Freud revela que a sugestão é parte integrante do campo médico já que *todos nós, constantemente, estamos dando sugestões*, recolocando, assim, aquilo que é negado na constituição da prática médica. Nesta etapa de sua prática clínica, Freud acaba por revelar a presença do uso de um poder pelo próprio campo médico, até então recoberto pelo ideário cientificista da “neutralidade”.

Compara, ainda, o uso de medicamentos ao uso da hipnose, mostrando que o primeiro pode ser muito mais nefasto do que o segundo, porque retiraria muito mais a capacidade de livre-arbítrio do paciente.

No texto *Hipnose*,²⁰⁰ vai preocupar-se mais, em descrever o método, do que em defendê-lo, revelando as relações entre resistência e hipnose. Primeiramente, afirma que se há resistência ao método, será necessário renunciar a ele. A seguir,

¹⁹⁷FREUD, S. (1889) *Resenha de der Hypnotismus de Forel*, p.137-138.

¹⁹⁸ O grifo é meu.

¹⁹⁹ Idem, p.137-8

²⁰⁰ FREUD, S.(1891) *Hipnose*.

vai afirmar que não se deve exigir a crença do paciente, quanto à sua eficácia, mas apenas, sua atenção e sua cooperação inicial.

A palavra *resistência* não abrange, ainda, todo o significado que terá, posteriormente, mas podemos identificar o que ela já representa, dinamicamente, na clínica. É interessante verificarmos que será, exatamente, esta colocação que Freud fará, posteriormente, 1937, no texto *Análise terminável e interminável*, com relação método psicanalítico. Ou seja, mesmo fazendo uso do poder sugestivo, Freud não deixa de considerar a resposta ao método que advém dos pacientes.

Freud vai enfatizar que o verdadeiro valor terapêutico da hipnose está nas sugestões veiculadas durante a mesma. Ou seja, o estado hipnótico é a melhor ocasião para que o psiquismo possa sofrer uma influência psíquica e, assim, modificar o seu estado patológico.

Pensamos que o interesse inicial de Freud, quase que exclusivo, na cura do paciente, é correlato a seu vínculo com o campo médico da época, enquanto referência de saber-poder, onde sua insistência com o paciente para abandonar os sintomas, durante o estado hipnótico, revelava sua necessidade de aprovação do campo médico oficial.²⁰¹

No trabalho intitulado *A psicoterapia da histeria*²⁰², por alguns, caracterizado como iniciador dos estudos propriamente psicanalíticos, Freud discuti os quadros patológicos afirmando que, comumente, o que é encontrado são neuroses descritas como mistas. Mais adiante no texto, compreendemos que seu interesse, em iniciar a discussão por este ponto, deveu-se a uma preocupação em delimitar a chamada eficácia terapêutica do método catártico, afirmando que o efeito do método utilizado dependia dos componentes histéricos presentes.

Ao fazer uma defesa do método ressaltou, especificamente, que o mesmo não era capaz de eliminar todos os sintomas histéricos e que, portanto, não podia oferecer uma “terapêutica das neuroses” da espécie que os clínicos (médicos) preconizavam. No entanto, considerou que este fato não deveria colocar, em questão, a teorização possível até aquele momento, mas sim, a existência de obstáculos que dizem respeito às circunstâncias pessoais dos pacientes.

Em outro ponto do texto, destacou a idéia de que a gênese das neuroses é sobredeterminada, ou seja, que vários fatores devem se reunir para produzi-la e

²⁰¹ FREUD, S.(1892[1893]) *Um caso de cura pelo hipnotismo*.

²⁰² FREUD, S.(1895b) *A psicoterapia da histeria*.

que, portanto, a eficácia variável do método atrelava-se a esta característica etiológica fundamental. Enfatizou, a seguir, as condições de possibilidade da prática clínica e seus obstáculos, onde destacou aspectos transferenciais sugestivos que, de início, seriam inevitáveis para o estabelecimento do trabalho clínico, como por exemplo, a confiança do paciente. Então, a presença destes obstáculos diz respeito, menos ao método em si, do que às próprias condições predeterminantes das neuroses.

A importância deste texto, para nossa discussão, encontra-se no fato de que ao analisar a eficácia do método, Freud irá ressaltar, já no período pré-psicanalítico, uma questão de fundamental relevância. Observando a existência de uma objeção psíquica à hipnose, presente nos pacientes, vai mudar a utilização do método, subordinando a teoria e a técnica ao processo singular de cada sujeito. Ou seja, apesar de, teoricamente, a concepção de resistência não estar para ele definida, há uma atitude ética freudiana de subordinação à experiência.

Sublinhado como um dos mais importantes trabalhos de Freud, *A interpretação dos sonhos*,²⁰³ onde se estabeleceram os mecanismos e os princípios para essa nova psicologia, apresentou-se a base para a inauguração desse novo saber sobre o psíquico, que se elaborava ao mesmo tempo em que Freud realizava sua auto-análise.

São as cartas de Freud a Fliess que vão revelar o processo de descoberta pessoal pelo qual está passando, nos anos imediatamente anteriores, à publicação do trabalho de 1900. Por exemplo, aquelas que dizem respeito à descoberta do *complexo de Édipo*,²⁰⁴ o que possibilitará a compreensão das raízes infantis dos desejos inconscientes.

São, principalmente, as cartas datadas de 27 de outubro de 1897, de 31 de outubro de 1897 e de 14 de novembro do mesmo ano, que exemplificam o processo pessoal de Freud:

(...)Tudo o que experimentei com meus pacientes na qualidade de terceiro, torno a encontrar aqui: dias em que me arrasto, desanimado, por não ter entendido nada do sonho, da fantasia, do estado de espírito do dia; e depois, dias em que uma centelha fulgurante ilumina as inter-relações e me permite compreender o passado como um preparativo do presente(...)

²⁰³ FREUD, S.(1900) *A interpretação dos sonhos*.

²⁰⁴ MASSON, J.M.(1986) *A correspondência completa de Freud para Fliess*, ps.250,271.

(...)Uma idéia sobre a resistência permitiu-me recolocar no rumo certo todos os meus casos que estavam um pouco à deriva, de modo que eles agora progridem a contento. A resistência, que acaba por levar o trabalho analítico à paralisação, não é nada além do caráter anterior da criança, o caráter degenerativo, que se desenvolveu(...).²⁰⁵

A carta de 31 outubro é definitiva:

(...)Minha análise prossegue e continua a ser meu principal interesse. Tudo é ainda obscuro, até mesmo os problemas, mas há um sentimento reconfortante de que basta que se vasculhe a própria despensa para retirar dela aquilo de que se precisa num determinado momento.²⁰⁶

E, também, a carta de 14 de novembro de 1897, quando declara, textualmente:

Era o dia 12 de novembro de 1897...[...um dia dominado por uma enxaqueca no lado esquerdo, um dia em que, à tarde, Martin sentou-se para escrever um novo poema...[...após as terríveis dores de parto das últimas semanas, dei à luz um novo conhecimento(...).²⁰⁷

Depois de descrever uma série de conclusões teóricas a respeito das neuroses, Freud vai afirmar que *foi este o ponto a que chegou até agora (...) com todas as obscuridades intrínsecas(...).*²⁰⁸ Concluiu esta importante carta, pontuando o aspecto indissolúvel entre o processo de descoberta da psicanálise e sua auto-análise:

Minha auto-análise continua interrompida. Apercebi-me da razão por que só posso me analisar com o auxílio de conhecimentos objetivamente adquiridos (como uma pessoa de fora). A verdadeira auto-análise é impossível, caso contrário, não haveria doença (neurótica). Visto que ainda estou lutando com alguma espécie de enigma em meus pacientes, isso está fadado a me deter também, em minha auto-análise.²⁰⁹

Esta última carta é reveladora de um aspecto muito importante da experiência freudiana que é o atrelamento da construção teórica a um determinado caso clínico com a análise da (contra)transferência do analista. Ou seja, a elaboração, o entendimento, de um determinado caso clínico, dependerá não apenas de um conjunto de categorias teóricas presentes no campo

²⁰⁵Idem p.275.

²⁰⁶ Ibidem, p.277.

²⁰⁷ Ibidem, p.279.

²⁰⁸ Idem p. 282.

²⁰⁹ Ibidem, p.282.

(metapsicologia), mas da possibilidade de cada analista específico, lançar mão desses constructos teóricos, a partir da elaboração de sua (contra)transferência.

No trabalho sobre *A interpretação dos sonhos*,²¹⁰ Freud explicitou os pormenores do fenômeno psíquico que norteiam a *práxis* analítica e a transferência, podendo, esta última, funcionar como resistência ao processo psicanalítico, porque:

O inconsciente prefere tecer suas ligações em torno de impressões e idéias pré-conscientes que são indiferentes e às quais, assim, não foi dada a atenção, ou que foram rejeitadas e, dessa maneira, tiveram a atenção prontamente afastada delas.²¹¹

Quando o elo entre as idéias se torna muito íntimo, repelem-se grupos inteiros de idéias, como forma de proteção ao recalçado. Neste caso, a interpretação da transferência é um modo fundamental de destruir este elo relacionado ao analista (ou seja, à sua idéia) e, assim, possibilitar a análise do material inconsciente.

É interessante observarmos que Freud antecipa, teoricamente, questões da clínica, mas somente a partir da experiência com um determinado paciente, é que se torna possível, a inclusão do vivido sob a forma de conceito.

O exemplo mais importante, talvez, seja a experiência psicanalítica realizada com *Dora*. Nesta, Freud iniciou uma recolocação do tema da transferência no campo da experiência analítica, deslocando a ênfase da interpretação do material recalçado para a ênfase no manejo da transferência. Justificou-se, no *pós-escrito*, afirmando que não se ocupou da técnica, pois: *Julguei impraticável tratar, simultaneamente, da técnica de análise e da estrutura interna de um caso de histeria (...)*.²¹² Preocupou-se em delinear, mais especificamente, o papel das transferências no andamento do trabalho analítico, a partir do fracasso no atendimento de *Dora*: (...) O retardamento da cura ou melhora é, na verdade, provocado somente pela própria pessoa do médico.²¹³

Considerou a análise das transferências, a parte mais difícil da tarefa analítica, mais difícil ainda do que interpretar sonhos, associações, etc., onde há a colaboração do paciente. Porém, ao tratar-se da análise das transferências, quase

²¹⁰ FREUD, S. (1900) op. cit.

²¹¹ Idem, p.600

²¹² Freud, S. (1905[1901]) *Fragmentos da análise de um caso de histeria*, p. 109

nenhuma ajuda verifica-se, pois, é onde o distanciamento necessário para a realização da análise se impossibilita, visto que, o analista, por vezes, se encontra (...) *com pouquíssimas pistas em mãos, enquanto ao mesmo tempo se deve evitar o risco de tirar conclusões arbitrárias.*²¹⁴

Encontramo-nos, também, diante do fato da presença da (contra)transferência do analista, que quando não elaborada, dificulta a escuta analítica.

Freud descreve este fato, assim:

Devido à rapidez com que Dora colocou à minha disposição uma parte do material patogênico, durante o tratamento, descuidei-me da precaução de procurar os primeiros sinais de transferência, que estava sendo preparada em ligação com outra parte do mesmo material – parte esta que eu ignorava inteiramente.²¹⁵

O descuido, no caso Dora, tornou-se fatal, ocorrendo atuação do material inconsciente, ao invés de rememoração, pois o sentido de convicção da validade das ligações inconscientes ocorre, somente, depois de analisada a transferência.

Vejamos o que diz, Freud:

(...) a transferência apanhou-me desprevenido e, devido ao que havia de **desconhecido em mim**²¹⁶ que a fazia lembrar-se de Herr K., ela vingou-se em mim, como desejava vingar-se dele, abandonando-me do mesmo modo como se sentira abandonada e enganada por ele. Assim, ela atuou uma parte essencial de suas lembranças e fantasias, em vez de reproduzi-la no tratamento.²¹⁷

Interessante, nesta passagem do texto de Freud, é a clareza com que ele se refere àquilo que, para ele, era inconsciente, isto é, sua própria identificação com Herr K., identificação esta, que o “cegou”, tornando-o, como ele mesmo o diz, descuidado. Consideramos, assim, que no mesmo momento em que Freud descobre a importância técnica da transferência, em Dora, ele descobre sua própria transferência para com ela, o que se tornou o fator impeditivo do prosseguimento do trabalho analítico.

²¹³ Idem, p.112.

²¹⁴ Idem.

²¹⁵ Ibidem, p.115.

²¹⁶ O grifo é meu.

²¹⁷ FREUD, S. (1905[1901]) op cit, p.116.

O texto *O método psicanalítico de Freud*²¹⁸ tem sido considerado, por alguns, como aquele onde, pela primeira vez, é utilizada a palavra “psicanálise”, quando na realidade, já em 1898, existe uma referência ao método psicanalítico, como já sublinhamos, anteriormente.

O que, de fato, caracteriza este texto é a tentativa explícita de diferenciar o método, criado por Freud, de outros métodos utilizados por ele, num período em que a compreensão teórica dos fenômenos psíquicos, ainda, estava nos seus primórdios.

É dentro desta perspectiva que o trabalho parte para uma descrição do modo de atuação da hipnose e da catarse, para, a seguir, delinear o que seria a especificidade do método psicanalítico.

Um dos pontos que será destacado é a inadequação do método catártico, o qual incluía, como necessária, a *ab-reação do afeto estrangulado*, o que se complicava pelo fato de que não havia: (...) *uma impressão (traumática) isolada, mas, sim, na maioria dos casos, uma série de impressões — não facilmente apreendidas — que haviam participado na criação do sintoma.*²¹⁹

O que Freud aponta é a presença da sobredeterminação da vida psíquica. Esta sobredeterminação foi se tornando evidenciada à medida que o trabalho analítico se constituía “na” e “pela” transferência, onde, inclusive, a questão da resistência pôde se expressar e ser trabalhada, como um fato vivido no presente da relação analítica, oferecendo ao paciente um sentido de convicção.

Começava, então, a ser estabelecida uma distinção entre ser “curado” pelo médico ou pelo método. No primeiro caso, era o médico que curava, criando uma dependência cega do paciente e, no segundo, a proposta clínica modifica-se a partir de uma ênfase no aprendizado do paciente, com o intuito de que ele possa realizar a análise por si mesmo. Paulatinamente, Freud elaborou o chamado *lugar do analista*, ou seja, a perspectiva ética que deve sustentar o trabalho do analista.

3.2.2. Período intermediário

²¹⁸ FREUD, S. (1904[1903]) *O método psicanalítico de Freud*.

²¹⁹ Idem, p.257

Os textos deste período²²⁰ representam o estabelecimento definitivo do campo psicanalítico e um maior distanciamento do campo médico.

No trabalho intitulado *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*,²²¹ vai discutir as variações no entusiasmo com relação aos resultados terapêuticos na *práxis* psicanalítica. Freud descreveu o que era feito antes, isto é: (...) *O doente tinha de dizer tudo de si e a atividade do médico consistia em pressioná-lo incessantemente*(...). E o que ocorre hoje: (...) *o médico infere e diz ao doente e este elabora aquilo que ouviu* (...),²²² ou seja, o analista fornece uma idéia antecipadora e o paciente acha a idéia inconsciente.

O que se revela é uma mudança, cada vez mais radical, na chamada posição do analista na condução do tratamento. Ou seja, se num primeiro momento, o que existe é pressão da parte do analista; o que vemos, a seguir, é a cena ser ocupada, fundamentalmente, pelo discurso do sujeito.

Continuando a discorrer a respeito das inovações na técnica, Freud afirmou que os objetivos foram, tanto *poupar esforços do médico, quanto dar ao paciente o mais irrestrito acesso ao inconsciente*.²²³ Seguiu, descrevendo as transformações da técnica que, progressivamente, se afastavam dos sintomas, em direção ao desvendamento dos complexos até alcançar uma proposta de sobrepujar as resistências.

Lacan, por seu turno, deixará evidenciado o fato de que, no processo psicanalítico, quem trabalha é o analisando que chega, de fato, a dar forma a uma demanda de análise. Mais adiante considera, de uma maneira primorosa, que a condição para que isso aconteça (...) *é que você não o tenha colocado de imediato no divã, pois neste caso a coisa estará arruinada*.²²⁴ Ou seja, o fazer do psicanalista não deve envolver um esforço, no sentido do trabalhar ou moldar o paciente, mas, sim possibilitar que algo prossiga seu caminho.

Diremos, portanto, que não é por mera coincidência que numa de suas raras considerações, Freud chama a atenção para a idéia de (contra)transferência:

²²⁰ FREUD, S.(1910b) *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*; (1912) *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*; (1912 b) *A dinâmica da transferência*; (1913) *Sobre o início do tratamento*; (1914) *Recordar, repetir e elaborar*; (1915[1914])*Observações sobre o amor transferencial*;(1916-1917) *Conferências introdutórias sobre psicanálise*.

²²¹ FREUD, S. (1910b) *As perspectives futuras da terapêutica psicanalítica*.

²²² Idem, p.127

²²³ Ibidem, p.130.

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da “contratransferência” que nele surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. (...) nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas(...) ²²⁵

Tudo indica que Freud pretendia chamar a atenção para o fato de que aquilo que leva um analista a agir com esforço seria indicativo da presença de resistências (*contratransferência*)

Conclusivamente, a (contra)transferência é aquilo que, no analista, dificulta ou impede o trabalho do analisando e é, neste sentido, que ela pode ser pensada como resistência ao processo analítico.

Esta indicação fica, claramente, colocada no texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*,²²⁶ onde Freud afirma que para que o analista faça uso do seu inconsciente (atenção flutuante), durante o processo analítico:

(...)Ele (analista) não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio, que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação(...) ²²⁷

E, mais adiante:

(...)Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; todo recalque não solucionado nele, constitui o que foi apropriadamente descrito por Stekel, como um “ponto cego” em sua percepção analítica(...) ²²⁸.

O período 1911-1915 é demarcado por um conjunto de artigos sobre técnica, cuja divulgação Freud havia protelado por um longo tempo. Inicialmente, o intuito era escrever uma *Exposição geral da técnica psicanalítica (Allgemeine Technik der Psychoanalyse)* que deveria ter cerca de cinquenta páginas. Freud, porém, desistiu, distribuindo a publicação dos artigos, espaçadamente, ao longo do tempo. Tudo isso sugere uma relutância em publicar um material desse tipo, pelo fato de abominar a idéia de escrever uma espécie de “manual para

²²⁴ LACAN, J.(1966c) *Conferencia en Ginebra sobre el sintoma, intervenciones y textos*, p119.

²²⁵ FREUD, S. (1910) op cit, p.130.

²²⁶ FREUD, S. (1912) *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*.

²²⁷ Idem, p.154.

²²⁸ Ibidem, p.155.

principiantes” e, é com este espírito, que opta por chamar de *recomendações*²²⁹ as regras básicas da psicanálise.

Freud destacou que as regras técnicas, por ele ali apresentadas, eram fruto de sua experiência, objetivando apenas poupar esforços àqueles que iriam empreender este trabalho. Ou seja, tratar-se-ia, fundamentalmente, de evitar esforços e, não, de direcionar caminhos. Explicitou, ainda, o que dizia respeito à sua própria individualidade, relativizando, dessa forma, a *práxis* psicanalítica, segundo uma via de singularidade.

Diante da tarefa da escuta do material trazido pelo sujeito, ao invés do árduo empreendimento de memorizar tudo, Freud indicou outra tarefa, mais simples, que implicava numa atenção uniformemente suspensa, onde a atenção liberando-se de “um ponto específico” seria capaz de reter o necessário. A importância desta regra é, em última instância, evitar a seleção de material que se constituiria numa forma de resistência:

Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscando descobrir nada além do que **já sabe**²³⁰; e, se seguir suas inclinações, certamente, falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta na maioria, **são coisas cujo significado só é identificado, posteriormente.**²³¹

Afirmou que a atenção flutuante é a contrapartida da regra fundamental da psicanálise, exigência feita ao sujeito, isto é, a associação livre. Sugeriu, assim, que o analista se abandonasse à memória inconsciente, devendo simplesmente escutar e, não se deter a nenhuma lembrança.

Neste ponto das reflexões freudianas, marca-se uma diferença que nos interessa nesta investigação, entre o lugar do analista e o lugar do psiquiatra na condução da clínica. A exatidão das histórias clínicas não é um fator de importância para a psicanálise, considerando ser esta, uma preocupação do campo psiquiátrico. Ou seja, não se tratando de encontrar na experiência psicanalítica uma materialidade a respeito da vida do sujeito, mas uma verdade histórica subjetiva.

²²⁹ Numa carta enviada a Ferenczi, Freud aponta o fato, para ele, desagradável, de os analistas obedecerem às regras como se fossem tabus.

²³⁰ Neste sentido, Weill (1997) lembra o mandamento simbólico: *Esqueçam tudo o que sabem*, constantemente sobrepujado pelo mandamento superegóico: *Resista, invista no já-sabido*.

²³¹ FREUD, S. (1912), op cit, p.150. Os grifos são meus.

Apesar de que, na psicanálise, pesquisa e tratamento coincidem, Freud alertou para o perigo da pesquisa sobrepor-se ao tratamento, pois, isto seria caminhar com uma intenção *a priori*, o que impediria as surpresas e reviravoltas. Deve-se, portanto, evitar a especulação de casos, ainda, em análise.

Por outro lado, a ambição terapêutica, também, é nefasta — algo que se pode identificar nos primeiros casos clínicos freudianos — pois, isto impede o analista de avaliar, corretamente, a resistência do sujeito.

Ao final do texto, retoma a noção de experiência:

(...) não gosto de utilizar-me de escritos analíticos como assistência a meus pacientes; exijo que aprendam por experiência pessoal e asseguro-lhes que adquirirão conhecimento mais amplo e valioso do que toda a literatura da psicanálise poderia transmitir-lhes.²³²

O texto *A dinâmica da transferência*,²³³ é, particularmente, interessante por desenvolver o modo característico, através do qual, a transferência serve à resistência no processo analítico. A transferência é pensada como um modo próprio de o sujeito se conduzir na vida erótica, envolvendo pré-condições para poder apaixonar-se. Isto porque ela está vinculada a formas específicas para que a pulsão atinja seus objetivos. Neste sentido, é um verdadeiro clichê estereotípico repetitivo, do qual, o sujeito tem consciência apenas, de uma parte, sendo que o restante, permanece inconsciente. São estes clichês que fornecem idéias libidinais antecipadas, onde o outro é encaixado numa das séries psíquicas já formadas.

Na análise, a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento, quando ocasiona a interrupção das associações do paciente, impedindo, desta forma, acesso ao material inconsciente. Freud, no entanto, alerta-nos que o aparecimento da transferência, com estas características, não é prerrogativa do processo analítico:

Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas,

²³² FREUD, S. (1912) op cit, p.159.

²³³ FREUD, S (1912b) *A dinâmica da transferência*.

chegando nada menos que à servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico.²³⁴

A experiência psicanalítica vai ser caracterizada, também, como um jogo de xadrez²³⁵ onde é possível determinar as possibilidades nas aberturas e nas finais, mas nunca o processo mesmo. E é, neste sentido, que Freud irá propor novas recomendações e o uso do dispositivo das entrevistas preliminares (denominado de experimento preliminar), como forma de sondar a possibilidade da entrada do sujeito em um processo analítico.

Freud será bastante enfático ao considerar que se devem evitar encontros e envolvimento prévios entre médico e paciente que estabeleçam, de antemão, uma posição transferencial definida. Ressaltará a possibilidade desta transferência antecipada funcionar, como sugestão, que nada mais seria do que um modo de direcionamento do discurso do paciente, que funcionará, em última instância, como resistência ao material recalcado.

Prosseguindo na idéia de que a análise seria uma forma de jogo, afirma que não é possível prever efeitos, pois, o que o analista faz é, simplesmente, colocar em ação, em movimento, um processo.

O uso do divã, como estratégia técnica, relaciona-se, por sua vez, também à valorização da análise da transferência:

(...)Insisto nesse procedimento, contudo, pois, seu propósito e resultado é impedir que a transferência se misture, imperceptivelmente, às associações do paciente, isolar a transferência e permitir-lhe que apareça, no devido tempo, nitidamente definida como resistência.²³⁶

Ou seja, revela-se uma preocupação freudiana em utilizar a transferência como um modo discursivo, onde a repetição é uma forma de linguagem a ser analisada como outra qualquer, mas, para isso, é necessário isolá-la de seus aspectos puramente sugestivos.

É, também, por isso, a recomendação de que o analista não acumulasse funções junto ao sujeito, principalmente, aquelas oriundas de outras

²³⁴ Idem, p136. Consideramos, aqui nesta referência, uma possível articulação com a identificação imaginária ou de fascinação à instituição, enquanto lei superegóica que retomaremos, no último capítulo.

²³⁵ FREUD, S. (1913) *Sobre o início do tratamento*, p.164.

²³⁶ Idem, p.176.

especialidades médicas (por exemplo, a prescrição de medicação), pois, nessas práticas, a função da transferência põe, em destaque, o seu aspecto sugestivo.

Freud discutiu, também, a questão do conhecimento e sua relação com o mecanismo de cura. Afirmou que (...) *nos primórdios da técnica analítica, assumíamos uma visão intelectualista da situação.*²³⁷. Ou seja, considerou o saber a ser adquirido pelo sujeito em análise, como algo vinculado às informações conscientes. Freud não se dava conta, ainda, nestes primórdios, de que o “não-saber” do paciente estava articulado à uma forma defensiva, tratando-se, de fato, de “um não querer saber”:

Pensávamos ser uma verdadeira sorte se podíamos obter informações sobre um esquecido trauma de infância, a partir de outras fontes – dos pais, babás ou do próprio sedutor, apressávamo-nos a transmitir a informação e as provas de sua exatidão ao paciente, na expectativa certa de, assim, dar um fim rápido à neurose e ao tratamento(...) contar e descrever-lhe o trauma reprimido, nem mesmo resultava em que alguma recordação dele lhe viesse à mente.²³⁸

No artigo *Recordar, repetir e elaborar*,²³⁹ Freud retomou a idéia do trabalho psíquico a ser realizado pelo sujeito, visto que, na análise, não se trata de ab-reagir, simplesmente, o material recalado mas, de trabalhar e desfazer resistências. Ou seja, os objetivos a serem atingidos, do ponto de vista descritivo, seriam, preencher lacunas e, dinamicamente, superar resistências devidas ao recalque.

O começo do tratamento é particularmente importante, no sentido de revelar um certo estilo transferencial do paciente. Isto é, em certos casos, desde o início, ao invés de recordar, o paciente age (atual) o material, ou seja, repete-o. Outros pacientes, só a partir de um dado percurso psicanalítico é que passam, também, a atualizar o material, via transferência, sem estarem cômicos disso. É esta repetição, como substituto da recordação, que Freud denominará *compulsão à repetição*.

Neste texto, Freud vai destacar a necessidade de pensar a questão da compulsão à repetição, atrelada ao tema da transferência e da resistência. Sublinhou que a transferência é, ela mesma, um fragmento da repetição e que a

²³⁷ Ibidem, p.184.

²³⁸ Idem, ibidem.

²³⁹ FREUD, S. (1914) *Recordar ,repetir e elaborar*

repetição é uma transferência do passado esquecido. E isto envolve, não apenas o analista, mas vários aspectos da vida atual do paciente. No que diz respeito à resistência, quanto maior sua amplitude:

(...)mais extensivamente a atuação (acting out) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado.²⁴⁰

Assim, quanto mais intensa a transferência, mais intensa a resistência e, conseqüentemente, a compulsão à repetição.

E é por esta razão que a neurose passou a ser tratada, não como um problema do passado do sujeito, mas como uma força que se apresenta na atualidade do trabalho analítico. À medida que os *demônios* são evocados durante o tratamento, não é de se espantar que faça parte desta experiência, uma espécie de deterioração durante o processo. É, por isso, que é necessário ao sujeito em análise, “coragem” para dirigir a atenção a estes fenômenos e “tolerância” (segundo, Freud) para com a neurose de modo a buscar uma forma de conciliação com o material recalcado:

Se esta nova atitude em relação à doença intensifica os conflitos e põe, em evidência, sintomas, que até então, haviam permanecido vagos, podemos, facilmente, consolar o paciente, mostrando-lhe que se trata, apenas, de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora do alcance.²⁴¹

Freud destacou a importância de manter na esfera psíquica aquilo que o paciente tenta atualizar na esfera motora, sendo um verdadeiro triunfo quando, ao invés de atitudes repetitivas, o paciente é conduzido à recordação e à elaboração do material recalcado.

Neste ponto, é importante destacar a idéia de manejo da transferência como um aspecto fundamental deste delicado processo. Para que seja possível ao paciente, manter, na esfera psíquica, sua compulsão à repetição, a condução do analista deve ser muito específica. Não se trata de proibições ou induções que, apenas, produziriam uma maior resistência do paciente, o que transformaria o campo transferencial num verdadeiro campo de batalha. Podemos dizer, que

²⁴⁰ Ibidem, p.197.

manejar a transferência é criar todas as condições possíveis de transformar o espaço analítico, num verdadeiro *playground*.²⁴²

Trata-se de possibilitar a expansão quase completa da transferência, desde que, sejam respeitadas as condições necessárias da análise. Fornecer a todos os sintomas um novo significado de cunho transferencial, substituindo a neurose comum por uma neurose de transferência. E, é neste campo *intersubjetivo*, que a transição da neurose para a vida real poderá ser realizada. Talvez, seja este o momento mais delicado de um processo analítico, no sentido do risco de um retorno à sugestão, ou seja, um momento em que são reativadas as resistências do analista, possibilitando a “medicalização” da psicanálise, conforme já discutimos anteriormente.

Freud encerra o texto, afirmando que o fato de a resistência ter sido revelada para o paciente, não é condição suficiente para que a mudança se processe. Enfatizou que o fundamental é deixar o processo seguir seu curso, pois:

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão.²⁴³

A questão do manejo da transferência e de suas inerentes dificuldades será retomada no importante artigo, denominado *Observações sobre o amor transferencial*,²⁴⁴ quando Freud explicitou a questão ética no trabalho analítico.

Freud propôs uma reflexão sobre as possíveis soluções, diante da paixão de uma analisanda pelo analista. A primeira solução seria a união legal de ambos; a segunda, resultaria no abandono do tratamento e a terceira, seria a manutenção de uma relação ilegal, concomitante ao tratamento. Porém, cada uma delas é descartada como incompatível com o tratamento analítico e à sua ética, uma vez que, do ponto de vista do paciente, sua neurose manter-se-ia intocada.

Assim sendo, Freud convocou que a questão da paixão fosse tomada do ponto de vista psicanalítico, retomando a idéia central do processo analítico de

²⁴¹ Ibidem, p.199

²⁴² FREUD, S (1914), op cit, p.201

²⁴³ Idem, p.203

²⁴⁴ FREUD, S. (1915[1914]) *Observações sobre o amor transferencial*.

que tudo que interferisse na continuação do tratamento seria expressão da resistência.

Dentro desta perspectiva, Freud afirmou não apelar à moral para justificar qualquer atitude mais adequada do analista, mas reportou-se a justificativas de ordem técnica que, mais adiante, definiu como algo da ordem de uma postura ética que não admitia mentiras ou fingimentos. Deu um relevo especial à idéia de (contra)transferência, apontando a necessidade de que o analista estivesse atento à mesma, pois o tratamento deveria ser levado, a cabo, na abstinência, o que não significaria privação de tudo.

Dessa forma, Freud reafirmou que o apaixonamento devia ser tratado como qualquer forma de compulsão à repetição e que, portanto, não deveria ser satisfeito, nem suprimido, objetivando, pois, remontá-lo às origens inconscientes.

Ao encerrar o texto, Freud legou-nos uma advertência pautada na idéia de uma batalha tríplice que o analista, no seu trabalho, teria que enfrentar *em sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para baixo do nível analítico*, ou seja, a contratransferência, fora da experiência analítica em relação aos opositores da psicanálise, isto é, o campo médico, e dentro da análise com os próprios pacientes, com aquilo que se expressa como resistência.

Nas chamadas *Conferências introdutórias*,²⁴⁵ publicadas no período de 1916-17, destacaremos três trabalhos para caracterizar o período intermediário dos escritos técnicos de Freud, pela articulação que estabelecem com o campo médico.

O primeiro deles nos é de particular interesse, pois, circunscreve um debate em torno do tema *Psicanálise e psiquiatria*. De forma peculiar, Freud não poderia ser mais psicanalítico, ao iniciar a conferência com a seguinte frase: *Não desejo suscitar convicção, desejo estimular o pensamento e derrubar preconceitos*.²⁴⁶ Afirmou, então, que uma convicção deve ser adquirida pela experiência e não, como um *coup de foudre*, ou seja, como uma *paixão súbita*, pois tratar-se-ia, unicamente, da esfera das emoções.

Sugeriu, então, aos ouvintes:

(...) os senhores devem esforçar-se por deixar que os pontos de vista psicanalíticos amadureçam tranqüilamente nos senhores junto com a visão popular ou psiquiátrica até surgir a

²⁴⁵ FREUD, S. (1916-1917) *Conferência introdutórias sobre psicanálise*

²⁴⁶ *Ibidem*, p.290.

oportunidade de ambas se influenciarem reciprocamente, de uma competir com a outra e de se aliarem no rumo de uma conclusão.²⁴⁷

A partir do relato de um fragmento de caso clínico, caracterizado como delírio de ciúme, Freud procurou estabelecer as diferenças entre as leituras psiquiátrica e psicanalítica. No primeiro caso, afirmou que o psiquiatra contentar-se-ia com um diagnóstico e um prognóstico incertos. Já, a partir de uma perspectiva psicanalítica, demonstrou a possibilidade de encontrar um sentido para o sintoma, aparentemente, absurdo. Mostrou como a própria paciente, atribuindo ao marido um desejo que era seu, criava uma situação que tornava o seu delírio possível, realizando, indiretamente, seu desejo.

A preocupação de Freud, na referida conferência, foi afirmar que o campo psicanalítico marca uma diferença e não uma oposição, em relação ao campo psiquiátrico. Ou seja, o que está em jogo é o modo como ocorre a apropriação de um determinado saber, constituindo-o em forma de resistência e não de investigação e pesquisa, como já discutimos no começo deste capítulo. É por isso que Freud considerou que apesar das diferentes formas de explicação e abordagem, não existiria uma incompatibilidade entre psiquiatria e psicanálise. Por isso afirma que: *O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras.*²⁴⁸

Assim, existe o fato da diferença estrutural entre o campo psicanalítico e o campo psiquiátrico, porém a questão principal é que esta diferença poderá ou não, ser traduzida como oposição entre os diferentes campos.

O tema da *Conferência XXVII* é a transferência, tema, exaustivamente, discutido nos trabalhos freudianos anteriores. Porém, neste texto, o que destacamos, principalmente, é sua ênfase numa dada indissociabilidade entre o conhecimento da psicanálise e a experiência psicanalítica. O tom da conferência é, exatamente, este, qual seja, não é pela indução ou sugestão que a experiência psicanalítica ocorre, pois o que existe no campo psíquico são forças opostas e o trabalho analítico é colocá-las, por assim dizer, uma diante da outra, possibilitando que, a partir deste encontro, amplie-se o auto-conhecimento e o paciente possa tomar suas próprias decisões.

²⁴⁷ FREUD, S. (1916-17) op cit, p.290

²⁴⁸ Idem, p.301.

Longe de nos depararmos com o que denominaríamos um “novo” homem, depois deste submeter-se ao trabalho psicanalítico, o que de fato ocorre é que:

O neurótico realmente curado tornou-se outro homem, embora no fundo, naturalmente, permaneceu o mesmo, ou seja, tornou-se o que se teria tornado na melhor das hipóteses, sob as condições mais favoráveis. Isso, porém, já é muita coisa.²⁴⁹

Retoma, aqui, mais uma vez a importância da transferência no processo analítico, destacando o fato de que mais dia, menos dia, ela se converteria em resistência, apontando claramente não haver, de fato, diferença entre uma transferência positiva ou negativa:

Os sentimentos hostis indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo, da mesma forma como o desafio, tanto como a obediência, significa dependência, embora tendo à sua frente um sinal “menos” em lugar de “mais”.²⁵⁰

Tanto num caso, quanto no outro, o importante é mostrar ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual, mas trata-se de uma repetição de padrões antigos na situação atual.

A possibilidade de o paciente enfrentar a luta entre impulso e resistência, dependerá de um poderoso estímulo que é, segundo Freud, regido pela relação com o analista, ou seja, o fundamental, aqui, não é apenas a compreensão interna (intelectual):

Portanto, em geral um homem só é acessível, também a partir do aspecto intelectual, desde que seja capaz de uma catexia libidinal de objetos; e temos boas razões para reconhecer e temer no montante de seu narcisismo, uma barreira contra a possibilidade de ser influenciado até mesmo pela melhor técnica analítica.²⁵¹

A *Conferência XVIII* sobre a terapia analítica, circunscreveu-se, inicialmente, numa tentativa de explicar o fator *sugestão*, neste processo. Freud iniciou, definindo o que seria a sugestão direta, ou seja, a sugestão que é dirigida contra a manifestação dos sintomas e que é uma luta entre nossa autoridade e os motivos da doença. Relembrou que o abandono deste método deveu-se ao fato de

²⁴⁹ FREUD, S. (1916-17) *Transferência*, p.508

²⁵⁰ Idem, p.516.

²⁵¹ Idem, p. 519

que a melhora ou piora do paciente estavam na dependência direta da relação com o analista e que isto dizia respeito à natureza e à origem da autoridade que se desenvolvia no tratamento sugestivo. Vai considerar, então, que enquanto a hipnose vinha encobrir e dissimular algo existente na vida mental, o tratamento analítico viria expor e eliminar algo.

O tratamento analítico faz seu impacto mais retrospectivamente, em direção às raízes, onde estão os conflitos que originaram os sintomas, e utiliza a sugestão a fim de modificar o resultado desses conflitos.²⁵²

Ou seja, o chamado aspecto sugestivo relaciona-se ao momento de superação das resistências.

Na psicanálise, agimos sobre a própria transferência, deslindamos o que nela se opõe ao tratamento, ajustamos o instrumento com o qual desejamos causar nosso impacto.²⁵³

A seguir, Freud retomou a importância dos dois aspectos que compõem a *práxis* analítica que é a terapêutica e a investigação, mostrando que é aí que o trabalho analítico se distancia de mera prática sugestiva. A simples informação que um paciente recebe de um analista, não é capaz de modificar seu estado patológico:

Naturalmente, o médico não tem dificuldade de torná-lo um adepto de uma determinada teoria e, então, fazê-lo compartilhar de alguns erros seus. Neste aspecto, o paciente comporta-se como qualquer outra pessoa – como um aluno – mas, tal coisa atinge, apenas, a sua inteligência, não sua doença.²⁵⁴

Recolocou, mais uma vez, o risco presente e que pode transformar os sujeitos em análise, em verdadeiros “discípulos”, quando a *práxis* psicanalítica perde sua perspectiva ética. Considerou que, na análise, diferentemente de qualquer outra forma de tratamento, a própria transferência é sujeita a tratamento e é dissecada, em todas as formas sob as quais aparece. Neste sentido, o término de um tratamento analítico depende da resolução da transferência.

²⁵² FREUD, S. (1916-17) *Terapia analítica*, p.526.

²⁵³ Idem, p.527.

²⁵⁴ Idem, p.528

3.2.3. Período estrutural

Os textos, deste período,²⁵⁵ são marcados pela constituição da segunda tópica e pela segunda teoria pulsional, indicando a configuração plena do campo psicanalítico e seu distanciamento definitivo relativamente ao campo médico, que identificamos, inclusive, pela mudança de terminologia freudiana, isto é, médico e paciente, por analista e analisando.

No artigo *Os caminhos da terapia psicanalítica*, Freud vai reforçar o princípio fundamental de que o (...) *tratamento analítico deve ser efetuado, na medida do possível, sob privação – num estado de abstinência.*²⁵⁶ Esta idéia tem conexão com a dinâmica da doença e da recuperação, pois se considera que o paciente adoeceu devido a um recalque e que os seus sintomas possibilitavam uma forma de satisfação difícil de abandonar, devido à presença de uma fixação. Relativizou, portanto, as idéias de saúde e doença, apontando a idéia paradoxal de que (...) *cada melhora em sua condição reduz o grau em que se recupera e diminui a força instintual que o impele para a recuperação.* E, é por isso, que (...) *devemos cuidar para que o sofrimento do paciente em um grau de um modo ou de outro efetivo não acabe prematuramente.*²⁵⁷

Este paradoxo marca uma diferença básica com relação a qualquer outra clínica ou tratamento, alertando o analista do perigo de satisfações substitutas que venham a se transformar em novos sintomas. Considerou, então, que *O paciente procura as suas satisfações substitutivas, sobretudo, no próprio tratamento, em seu relacionamento transferencial com o médico(...)*²⁵⁸ Apesar de relevar a necessidade de concessões, Freud chamou a atenção para que não se cometa o mesmo erro econômico das instituições, não analíticas, para pacientes nervosos. Freud refere-se, aqui, tanto a uma atitude de violência institucional que provoca a “servidão” do paciente, quanto a uma atitude do tipo paternalista que tudo oferece ao paciente, impedindo-o de se confrontar com suas questões existenciais.

²⁵⁵ Freud, S. (1919 [1918]) *Os caminhos da terapia psicanalítica*; (1926) *A questão da análise leiga*; (1932) *Novas conferências introdutórias de psicanálise*; (1937b) *Construções em análise*

²⁵⁶ FREUD, S. (1919-18) *Os caminhos da terapia psicanalítica*, p.205.

²⁵⁷ Idem.

²⁵⁸ FREUD, S. (1919-18) op cit, p.206.

É, neste sentido, que o chamado lugar do analista na condução do tratamento diferencia-se de um lugar de sugestão, onde tomar-se-ia partido por um dos termos do conflito inconsciente, assumindo-se, com isso, o papel de mestre do sujeito. Como nos indica Freud:

Recusamo-nos da maneira mais enfática, a transformar um sujeito que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais e, com o orgulho de um Criador, formá-lo à nossa própria imagem.²⁵⁹

A partir de 1920, os trabalhos de Freud apontaram, claramente, para o fato de que, mais do que interpretar, tratava-se de construir, no trabalho analítico, a história do sujeito, devido à presença de uma compulsão que apontava para algo mais primitivo, elementar, pulsional, e situado além do princípio do prazer. Ou seja, o método psicanalítico não poderia mais, ser pensado como uma simples hermenêutica (arte de interpretar) que decifrava algo já existente, apesar de oculto, pois: (...) *o paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha recalçado e o que não lhe é possível recordar, pode ser exatamente a parte essencial.*²⁶⁰

A questão que aqui se coloca, sob a luz da segunda tópica freudiana (*eu, isso, supereu*) e com a ênfase no inconsciente, como uma qualidade do processo psíquico, é que as resistências do eu, são elas próprias, inconscientes. A dupla tarefa do analista é, então, lidar com a compulsão à repetição que deve ser atribuída ao recalçado inconsciente e com as resistências do eu, elas próprias, também, inconscientes.

O trabalho intitulado *A questão da análise leiga*²⁶¹, pode ser considerado como um marco no estabelecimento das diferenças intrínsecas à prática médica e à práxis analítica. À mesma época em que Freud escrevia este trabalho, era impetrado, em Viena, um processo jurídico contra Theodor Reik, em virtude deste exercer a psicanálise, apesar de não possuir formação médica.

Este trabalho nos serve, tanto como elo articulador de uma discussão que marca as diferenças entre o campo médico e o psicanalítico, quanto um

²⁵⁹ Freud, S.(1919-18), op cit, p.207.

²⁶⁰ FREUD, S. (1920) op cit.p.31.

pormenorizado relato sobre a teoria e a *práxis* psicanalítica. O referido texto vai especificando que a *práxis* da análise depende, de fato, de um tipo de formação completamente distinto de uma formação médica, visto que o material com que o analista se ocupa não se confunde com o de nenhuma outra especialidade profissional.

Freud considerou, então, que:

(...)qualquer um que tenha passado por um curso de instrução dessa natureza, que tenha sido analisado, que tenha dominado o que pode ser ensinado em nossos dias, sobre a psicologia do inconsciente, que esteja familiarizado com a ciência da vida sexual, que tenha aprendido a delicada técnica da psicanálise, a arte da interpretação, de combater resistências e de lidar com a transferência – qualquer um que tenha realizado tudo isso **não é mais um leigo no campo da psicanálise.**²⁶²

Reiterou que, na realidade, chamar-se-ia charlatão aquele que efetuasse um tratamento psicanalítico, sem possuir o conhecimento e a capacidade, anteriormente adquiridas, considerando, portanto, não adequada a reivindicação da posse da psicanálise pela medicina. Lembra inclusive, que foi exatamente do campo médico que ele recebeu as mais intensas críticas e calúnias, no início de sua prática. Na opinião de Freud, a formação médica nada fornece, a princípio, que possa preparar um analista para sua laboriosa prática. Visto que o curso de medicina exigia e exige, uma atenção: (...) *dirigida para fatos, objetivamente verificáveis de anatomia, de física e de química, de cuja apreciação correta e influência adequada depende o êxito do tratamento médico.*²⁶³

A diferenciação entre os referidos campos não deve ser tomada como censura à medicina, visto que toda ciência pode ser entendida como unilateral e restrita a determinados objetos, assuntos, pontos de vista e métodos específicos, não cabendo, portanto, uma disputa entre diferentes campos, apenas o reconhecimento de suas especificidades.

No pós-escrito do referido texto, reforçando o não vínculo da psicanálise com a medicina, Freud evocou sua relação pessoal com o campo médico:

²⁶¹ FREUD, S (1926) *A questão da análise leiga*.

²⁶² Idem, p.259.

²⁶³ Idem.

Após quarenta e um anos de atividade médica, meu autoconhecimento me diz que nunca fui realmente médico no sentido adequado. Tornei-me médico por ter sido compelido a desviar-me do meu propósito original; e o triunfo da minha vida está em eu haver, após uma viagem longa e indireta, encontrado meu caminho de volta à minha senda mais antiga. Não tenho conhecimento algum de haver tido qualquer anseio, na minha primeira infância, de ajudar a humanidade sofredora. Minha disposição sádica não foi muito forte(...)Nem jamais “brinquei de médico(...)Em minha juventude, senti uma necessidade absorvente de compreender algo dos enigmas do mundo em que vivemos e, talvez, mesmo de contribuir com alguma coisa para a solução dos mesmos.²⁶⁴

Num outro trabalho, *Conferência XXXIV*, contido nas *Novas conferências*,²⁶⁵ Freud reafirmou a importância de adotar-se a psicanálise em sua totalidade ou não se é, de fato, um psicanalista, pois:

Aqueles psicoterapeutas que de acordo com a ocasião, se servem da psicanálise ocasionalmente, não se situam, no meu entendimento, em solo analítico seguro; eles não têm adotado toda a análise, mas a diluíram, privaram-na de seu veneno, não podem ser incluídos como analistas.²⁶⁶

Porém, admitiu a cooperação entre um analista e um psicoterapeuta (aquele que se limita a outras técnicas),²⁶⁷ pois, isto serviria a propósitos clínicos, úteis aos pacientes.

Este modo específico de o analista atrelar-se à produção de conhecimento revela, por outro lado, um modo peculiar de a teoria ser utilizada na experiência psicanalítica, propriamente dita. Esta concepção ganhará mais relevo ao final da obra de Freud que, longe de abandonar a chamada metapsicologia, como alguns ousam pensar, articulará a esta, a idéia da teoria como ficção ou como construção mítica, já por nós aqui descrita neste capítulo.

Esta idéia de que a experiência psicanalítica é balizada, pela eficácia de uma construção ficará bem delineada no texto *Construções em análise*.²⁶⁸

As chamadas construções dependem de um campo (inter)subjetivo que envolve analista e analisando, onde a função do primeiro, será colocar, à

²⁶⁴ Idem, p.288.

²⁶⁵ FREUD, S.(1932) *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*.

²⁶⁶ FREUD, S.(1932) idem, Conferência XXXIV, ps.186-7.

²⁶⁷ FREUD, S. (1932) *Eclaircissements, applications, orientations*, ps.186-7.

²⁶⁸ FREUD, S.(1937) *Construções em análise*.

disposição do segundo, um fragmento de sua história para que o trabalho analítico possa ser realizado.

Neste texto, relativizando a idéia de verdade, Freud vai mostrar que o erro nas construções do analista, no processo analítico, não causará verdadeiro prejuízo ao analisando, apenas não o mobilizará no prosseguimento da tarefa analítica. Vai condicionar tanto o sim, quanto o não, por parte do analisando, ao exame, confirmação ou rejeição destas construções, ao longo do processo.

Ainda no texto, em questão, a equivalência que Freud estabelece entre o delírio e as construções que surgem no processo analítico, reforça a idéia (já apresentada, neste capítulo) de que a teoria, na experiência psicanalítica, tem uma função ficcional, ou seja, que o que se constrói, enquanto conhecimento, depende de uma linguagem que circule entre analista e analisando, onde o último é, verdadeiramente, quem ensina. Neste sentido, podemos pensar numa especificidade própria à experiência psicanalítica que designa um processo de deslocamento da idéia do saber, como algo em si mesmo, portador de uma verdade, para o que denominaríamos a “verdade do dizer”.

O término de uma análise fica dependente, não somente, da natureza do psiquismo do sujeito, mas também, da individualidade do analista e, enfim, do encontro analítico. Freud, citando Ferenczi, mostrará o quanto este processo estará na dependência da capacidade do analista de aprender o suficiente com seus próprios erros e equívocos, pois: (...) *os analistas são pessoas que aprenderam a praticar uma arte específica, a par disso, pode-se conceder-lhes que são seres humanos como quaisquer outros.*²⁶⁹

O trabalho analítico para ser levado a bom termo, deve ser baseado, fundamentalmente, no amor à verdade, excluindo qualquer tipo de impostura ou engano. Para isso, torna-se primordial a análise de si mesmo (do próprio analista, tarefa esta interminável), como a mola sustentadora desta *práxis* específica.

Estas considerações têm como função, portanto, produzir, no analista, um certo desconforto para que ele não “se acomode em sua poltrona” como, certa vez, afirmou Freud que não deixou de considerar a presença de algo da ordem do impossível,²⁷⁰ como constitutivo desta *práxis*. Este “algo”, ele o expressou numa

²⁶⁹ Freud, S.(1937b) *Análise terminável e interminável*, p.282

²⁷⁰ FREUD, S. (1937b) op cit.

carta dirigida a Biswanger: *Na verdade, não há coisa alguma para a qual o homem, por sua organização, seria menos apto do que a psicanálise.*²⁷¹

Descrevemos, assim, a constituição da experiência freudiana — do *possível* ao *vivido* — tendo como contraponto, o campo da clínica médica, este *Outro* (campo simbólico-cultural), a quem Freud se dirigiu, inicialmente, na expectativa de um reconhecimento e, portanto, utilizando-se daquilo que este campo lhe oferecia (o saber dos mestres: Charcot, Breuer, etc.) para, a seguir, opor-se, justificar-se, respondendo com sua criação, às faltas e às exclusões delineadas pelo saber médico.

A experiência freudiana pensada, a partir de um momento mítico originário, representaria o rompimento com o campo médico-psiquiátrico cujas instituições e discursos constituíram-se, tendo como premissa, a detenção do saber e da verdade sobre a loucura, transformada em doença mental.

A partir de agora, tendo-se estabelecido as diferenças entre campo psicanalítico e campo médico, tomaremos como ponto de referência e discussão a questão da psicose.

Conforme afirmamos, no início desta pesquisa, foi diante das dificuldades de realização da experiência psicanalítica com a psicose, a partir das resistências representadas pela instituição médico-psiquiátrica, que nosso desejo investigativo se constituiu. Procuraremos estabelecer, a partir de agora, algumas relações entre a questão da psicose e da instituição médica e psicanalítica, delineando alguns problemas históricos, em torno destes pontos.

Tendo-se em vista que a problemática da “doença mental” tem sido considerada como pertencente ao campo da psiquiatria, nosso intuito é, mantendo-nos fiéis ao percurso freudiano, procurar responder a questão: *Qual o desejo de Freud, no que diz respeito à psicose?*

²⁷¹ COTTET, S. (1993) op. cit, p.17.

CAPÍTULO 4

Instituição psicanalítica, psicose e o desejo de Freud

Mas tal direção só se manterá através de um ensino verdadeiro, isto é, que não pare de se submeter ao que se chama novação. (Lacan. 1955: 437)

Como vimos no capítulo anterior, a experiência freudiana construiu-se a partir de um deslocamento do campo médico em direção ao campo psicanalítico, num processo de desconstrução do instituído no campo médico. Neste deslocamento, o efeito principal foi o estabelecimento de diferenças estruturais nas diferentes clínicas, médica e psicanalítica, caracterizando-se, com isso, a singularidade do saber e, conseqüentemente, do trabalho psicanalítico, nos termos de uma articulação teórico-técnica.

Este estudo conduziu-nos a conceber a presença de uma marca no legado freudiano que aponta para o fato de que o saber inconsciente e sua experiência, só serão possíveis numa relação crítica e, portanto, de mal-estar com aquilo que, num dado momento, é instituição.

Partindo desta reflexão, será legítimo interrogarmos: “Como podemos situar a função da instituição psicanalítica, tendo em vista seu propósito principal de ‘formar-ações’ que visam a experiência do inconsciente?”

Trata-se, assim, de reconhecermos a importância da transmissão da psicanálise e do lugar ocupado pela instituição psicanalítica, neste processo, de modo a viabilizar a especificidade desta experiência.

Esta caracterização torna-se fundamental, especialmente, quando a experiência psicanalítica diz respeito à psicose, pois podemos identificar que esta estrutura clínica, historicamente, tem sido posicionada como “objeto” das instituições (médica, familiar, etc.), adequando-se, de certo modo, a este lugar.

Podemos supor, conseqüentemente, a presença de uma espécie de docilidade na relação do psicótico com os poderes, sustentada por um temor ao desmoronamento²⁷² e que acaba por servir de sustentáculo para essas mesmas

²⁷² ROUSTANG, F (1987) *Um destino tão funesto*, p. 203.

formas de saber-poder instituído. Estas hipóteses baseiam-se na idéia de que a angústia, típica do psicótico, indicaria uma impossibilidade de o sujeito sustentar-se, existencialmente, fazendo uso dos recursos do campo simbólico-cultural. Podemos, nestes casos, considerar que se, na neurose, o que existe é um mal-estar do sujeito na cultura, que pode servir de alavanca para o processo sublimatório, no caso da psicose, o que existe é um “não-estar” na cultura, que deixa o sujeito à deriva.

Observamos que, em alguns casos, a chamada crise psicótica advém, exatamente, num certo intervalo, quando o sujeito, tentando romper com determinados vínculos identificatórios que primam pela violência simbólica, cai num verdadeiro abismo, vendo-se impossibilitado de criar uma outra posição subjetiva. Dessa maneira, podemos conceber que a adesão (sem mediação) aos vínculos identificatórios, típica da psicose, apresenta-se, na maioria das vezes, como a única forma de evitar a experiência de desmoronamento do eu.

É isso que nos ensina uma paciente psicótica, extremamente, inteligente, educada numa família, fanaticamente, religiosa. Conta-nos que apesar de, em algum canto do seu ser, ter mantido uma espécie de crítica à onipresença da religião e da idéia de Deus, na sua vida cotidiana, quando decidiu, de fato, romper com esse universo, onde sua juventude era totalmente tolhida, acabou por “sair pelo mundo, sem rumo”, sendo encontrada, perdida, meses depois, num lugar distante de casa, literalmente “sem lenço e sem documento”.

Num determinado ponto de sua análise, quando já conseguia um certo distanciamento em relação à experiência da loucura, pôde observar que, naquele período, tinha a sensação de estar sem saída e de não poder, por um lado, manter-se no núcleo familiar enlouquecedor e, por outro, não conseguir viver sozinha, sem estas referências. Ficar longe da família, a conduziu a uma experiência de absoluto vazio existencial, como se, aí, se presentificasse a própria morte.

Foi, neste momento, que o delírio se apresentou como função de reconstrução da realidade (delírio, este, mesclado de todos os tons e significantes religiosos). Concluiu que a religião tinha, para ela, uma função fundamental, de apaziguamento quanto às incertezas da vida, ou seja, quanto àqueles fatos referentes ao amor, trabalho e amizade, pois a máxima presente era aquela do “Deus dará”, o que lhe trazia uma total segurança e uma certeza absoluta, quanto aos bons rumos relativos à sua vida, ao seu destino.

É devido ao fato da existência destas características que o saber médico (e também, o psicanalítico) pode vir a ocupar, aí, uma função de manutenção da problemática psicótica.

Verificamos que, na experiência psicanalítica com a psicose, o lugar reservado ao analista, na transferência, sempre, estará atravessado pelo risco desse absoluto, que o fanatismo religioso vem ilustrar, onde a palavra advinda do analista pode ser tomada como imperativa, sem a mediação necessária ao aflorar do pensamento do sujeito.

Por isso, consideramos que será no âmbito do encontro com a psicose que o analista se verá mais intensamente interpelado, no sentido de abandonar a função analítica, correndo o risco de se reaproximar da função disciplinar, oriunda da perspectiva médica. É neste momento que, por parte do analista, a referência à instituição psicanalítica torna-se necessária, no sentido desta poder representar, simbolicamente, a experiência freudiana e a sustentação de seu desejo.

Com estas questões em mente, reportar-nos-emos, brevemente, ao tema da formação e da instituição psicanalítica, procurando responder à formulação: “Como pensar a formação analítica e sua instituição de modo que o analista possa encontrar, aí, os parâmetros para a sustentação da sua experiência?”.

Essa discussão tem como objetivo delinear a função principal da instituição psicanalítica, que é servir de referência para o analista, de modo que este possa sustentar sua posição, quando do encontro com os impasses oriundos da sua experiência na instituição médico-psiquiátrica. Não pretendemos nos estender, aqui, numa discussão a respeito deste tema, mas assinalarmos a presença de riscos presentes no âmbito de uma formação, quando a instituição psicanalítica não é capaz de preservar o essencial da experiência freudiana.

No segundo momento deste capítulo, buscaremos em Freud, nos artigos relativos à psicose, o delineamento do que seria o chamado “desejo freudiano” que poderia servir de fundamento ao analista que objetiva realizar a experiência psicanalítica com a psicose, preservando a marca freudiana.

4.1. Formação permanente e instituição psicanalítica: uma palavra

Ao testemunharmos a trajetória freudiana, descrita nos capítulos 2 e 3 desta tese, foi possível identificarmos um constante refazer das verdades instituídas, caracterizando-se o fato de que a relação freudiana com as instituições, desde sempre, foi de questionamento crítico, o que produziu como efeito a invenção de um novo campo.

A partir desta perspectiva, consideramos que a formação de um analista, objetivando manter a marca freudiana, deverá, no âmbito das relações com a própria instituição psicanalítica, priorizar a idéia de construção de um percurso singular buscando viabilizar uma continuidade entre experiência psicanalítica pessoal e a instituição psicanalítica. Isto significa dizer que uma instituição de psicanálise deve estar, fundamentalmente, a serviço da experiência do inconsciente, necessitando construir condições institucionais para atingir este propósito.

A idéia de uma continuidade entre aquilo que é da ordem subjetiva e da ordem institucional justifica-se por duas vias. A primeira se refere a uma questão, de ordem propriamente teórica, que considera que do ponto de vista do saber psicanalítico, as questões do sujeito são também, desde sempre, questões coletivas, ou seja, não há oposição entre o individual e o social,²⁷³ sendo esta não dissociação o que nos convida a investigar a natureza do laço social de um ponto de vista psicanalítico. Isto, também, significa dizer que a experiência psicanalítica de um sujeito específico, não pode ser pensada na exterioridade do coletivo.

Quando se trata, então, de pensar o percurso psicanalítico de um sujeito que pretende ocupar o lugar de analista, torna-se ainda mais indispensável articularmos o tema ao modo como o contexto social, no caso a instituição psicanalítica encarregada da chamada formação, favorece ou não, este processo. Trata-se, então, de avaliarmos as possibilidades que a instituição oferece, no sentido de viabilizar a construção de determinadas transferências, por parte do analista, favorecendo a retomada e a elaboração de determinadas questões cruciais constitutivas de sua história pessoal.

²⁷³ FREUD, S (1921) *Psychologie des masses et analyse du moi*

Consideramos que as formas, aí, instituídas devem ser as mais amplas e flexíveis possíveis, de modo a favorecer o acolhimento das diferenças de percurso de cada analista em particular. Trata-se, em última instância, da necessidade de que a instituição psicanalítica, tendo como base os princípios freudianos, possa representar, para cada analista, a Lei simbólica necessária ao delineamento de uma singularidade.

A segunda via diz respeito às condições para que alguém se torne um analista. Com relação a isso, Freud nunca deixou de enfatizar a importância da análise do próprio analista, como fundamento primordial desta passagem, isto é, do processo analítico de cada analista com seus percalços, processo possibilitador do encontro com a verdade do inconsciente.

Atrelado a este ponto fundamental, Freud nos indica dois outros: o estudo da teoria psicanalítica e a supervisão oferecida por um analista mais experiente. Estas são as três condições viabilizadoras da passagem de analisando a analista.

Consideramos — e acreditamos seguir, aqui, uma perspectiva freudiana — não ser possível desvincular os três pontos porque, na realidade, os dois últimos só fundamentam uma formação analítica, à medida que sejam atravessados pelo processo analítico do sujeito, ou seja, pelo saber inconsciente.

Assim, o estudo teórico que conta em psicanálise é aquele que se constitui a partir do encontro e da elaboração da angústia, ou seja, a partir de algo que atravessa o próprio corpo do analista. Enquanto a supervisão, por sua vez, a fim de “escapar” a uma perspectiva de puro “controle”, deverá estar pautada na idéia de uma interlocução, onde o supervisor, ocupando o lugar de terceiro, possibilitará ao analista em formação, o encontro com seus “pontos cegos” que poderão, a partir daí, iluminar-se durante o processo analítico propriamente dito.

Tais questões, anteriormente levantadas, deverão constituir-se na própria razão de ser de uma instituição de psicanálise, em sua perspectiva de “formações” condizentes com uma prática voltada para os princípios psicanalíticos fundamentais. Por outro lado, dentro desta ótica, a formação analítica assume um caráter permanentemente renovável. Em outras palavras, interminável na sua tentativa de sustentar para os sujeitos, a possibilidade de contato com a criança e a loucura presentes em cada um.²⁷⁴

²⁷⁴ MANNONI, M. (1989) *Da paixão do ser à loucura de saber*.

É, partindo desta perspectiva, que Roustang²⁷⁵ nos alerta para os riscos de uma formação analítica que esteja pautada no ser discípulo,²⁷⁶ visto que, quando o sujeito aí se situa, o que se revela é uma formação de tipo sintomática, a serviço de uma dada estabilidade psíquica que se constitui pela via da identificação (imaginária) com o mestre.

O referido autor vai considerar este processo homotético àquele que ocorre na psicose, no sentido de caracterizar-se como uma aderência às formas instituídas, espécie de proteção relativamente ao reencontro com o desamparo psíquico. Nestes casos, afirma:

(...)é preciso que a produção (do discípulo) se refira a do mestre e que ela nunca se adiante muito em seu caminho próprio, sob pena do risco de se desprender do tronco, de cair só e provocar aquele desastre que toda a montagem precedente queria evitar.²⁷⁷

Nunca é demais lembrar que quando Freud, em 1910, fundou uma sociedade de psicanálise, seu propósito principal era garantir a manutenção de uma descoberta, ou seja, aquela que se traduz na chamada experiência originária²⁷⁸.

Dessa forma, mantermos viva esta experiência, tal qual nos foi legada por Freud, é aquilo que, legitimamente, justificaria a existência das instituições psicanalíticas, mesmo se considerarmos que o próprio Freud acabou, em algumas situações, sendo tomado pela necessidade de usar a autoridade de chefe de escola para manter vivas suas principais descobertas, fato que nos é revelado pela história da relação conturbada com alguns de seus discípulos.

O que verificamos em alguns momentos históricos é que a institucionalização da psicanálise tem acabado por servir como uma forma de proteção contra “ataques externos”, organizando-se, a partir daí, com funções defensivas e pedagógicas.

Freud, aproximadamente, dez anos após a fundação da sociedade de psicanálise, tempo necessário de elaboração de uma experiência, vai realizar um

²⁷⁵ ROUSTANG, F (1987) op cit.

²⁷⁶ A palavra *discípulo* tem a mesma raiz etimológica da palavra *disciplina* o que nos leva a considerar, numa perspectiva foucaultiana, o *ser discípulo* como forma de submissão a uma ordem prévia.

²⁷⁷ Idem, p.198.

²⁷⁸ MANNONI, O (1969) *L'analyse originelle*.

importante estudo sobre as instituições, que teve como eixo o amor ao chefe e à alienação do eu num ideal. Encontramos, neste trabalho, uma reflexão sobre os efeitos das relações institucionais nos sujeitos, quando estes se deixam transformar no que denominou um “bando”.²⁷⁹

Assinalamos, assim, a presença de uma dualidade, cujo fruto é o “mal-estar” na instituição psicanalítica que parece estar incrustada na própria história da psicanálise. Por um lado, os representantes da instituição, colocando-se como “defensores de uma causa”, atuaram, de tal forma, que acabaram por desvirtuar o propósito do ensino e da pesquisa psicanalítica. Por outro, posicionando-se como “sustentadores da causa freudiana”, renovaram uma transmissão, ao situarem, como eixo institucional, a experiência psicanalítica compartilhada com os pares. Acreditamos estar, aqui, neste último ponto, o verdadeiro sentido do chamado “movimento psicanalítico”.²⁸⁰

O fato é que a presença desta dualidade tem colocado, diante da comunidade psicanalítica, o seguinte paradoxo: “Como transmitir uma verdade subversiva num sistema organizacional que teima em retornar a uma vocação pedagógica e burocratizada?”

Uma outra maneira de refletirmos sobre a formação analítica é, seguindo Lacan²⁸¹, considerarmos que as vias de uma formação são as do inconsciente do analista às voltas com o inconsciente do analisando, o que pode ser designado como *busca do ser* ou de *paixão do ser*,²⁸² única capaz de dar sentido e sustentar uma verdadeira formação analítica. Isto significa dizer que o ensino que interessa à formação analítica é o ensino que ensina o inconsciente.

Por outro lado, tudo aquilo que diz respeito ao ideal (do analista ou da instituição) virá a se constituir num núcleo resistente à psicanálise, pois um ideal organiza-se, sempre, em torno de uma carência, sendo uma forma de encobrimento da falta, como já discutimos no capítulo 2, item 2.2, desta tese.

É isto que observamos quando a formação analítica tem, por eixo, o ensino universitário, ou seja, o ensino de um saber que cria a ilusão de acabamento e completude, cuja referência é a idealização daquele (mestre) que ensina. Neste

²⁷⁹ In LACAN (1956) p.491, nota de rodapé.

²⁸⁰ FREUD, S. (1914) *A história do movimento psicanalítico*.

²⁸¹ LACAN, J.(1957-58) *As formações do inconsciente*.

²⁸² LACAN, J. (1953) *Variantes do tratamento padrão*, p. 360.

caso, a forte presença dos ideais da instituição tem, como efeito, o afastamento daquilo que seria específico a um trajeto analítico.

A partir deste ponto, caberia interrogarmos quais as condições de possibilidade para manter presente a experiência do inconsciente na instituição psicanalítica, ou como indaga Mannoni:

(...) como encontrar, nas estruturas institucionais, um lugar onde o analisando possa não só fazer o luto de seu analista, mas também, colocar em comum, a experiência do inconsciente com os analistas transformados em seus pares?²⁸³

A passagem de analisando para analista, implicando uma vivência de luto, aponta para a necessidade de uma *des*-idealização do lugar ocupado pelo seu analista e do próprio *lugar de analista*, num sentido genérico, o qual deseja ocupar. O que se *des*-cobre ao longo de uma análise, e que uma formação analítica permitirá elaborar, é a precariedade dos ideais, dos saberes e dos lugares conquistados, e o que se abre é a possibilidade de uma aposta permanente numa perspectiva de invenção.

Uma instituição psicanalítica deverá favorecer este aprendizado, possibilitando sua retomada no processo de formação, assim tornada permanente, pois, para que o analista permaneça aberto à criação, disponível ao imprevisto, é preciso um retorno contínuo a uma posição de analisando.

Desse modo, o lugar de analista só pode ser pensado de um modo mítico e sempre dependente de um outro (paciente, pares, etc) que assim o reconheça, a partir dos efeitos de uma *práxis*. Uma instituição de psicanálise tem menos a função de garantir um lugar, um saber, e mais, a perspectiva de referência simbólica, onde o analista, junto a seus pares, poderá testemunhar uma descoberta renovável a cada encontro com cada paciente. E é esta experiência institucional que o analista deve carregar consigo, renovando-a em cada situação em que os impasses para a realização de sua prática se apresentem. Nesse sentido, podemos hipotetizar que as vicissitudes de um analista na efetivação da experiência psicanalítica na instituição médico-psiquiátrica, por exemplo, articula-se às suas relações com a instituição psicanalítica, ou seja, com a formação analítica.

²⁸³ MANNONI, M. (1989) op cit, p.10.

Por outra via, o trabalho psicanalítico com a psicose tem valor de formação,²⁸⁴ no sentido de que a problemática psicótica nos interpela no que há de mais vivo no nosso ser, ou naquilo que é paixão do ser, sem possibilidades de subterfúgios. Desse modo, as conclusões precipitadas de uma “falta de transferência na psicose”, parecem ser indicativas de uma forma de recusa dos analistas (ou psiquiatras) de compartilharem, de algum modo, o mundo desses sujeitos.

O psicótico, mais do que qualquer outro sujeito, nos confronta com o não-saber (ou com um “saber louco”), provocando a necessidade de aplicação de um saber prévio, de mestria, capaz de proteger o analista (ou qualquer outro) do encontro com o *non-sense*, matéria prima do Real, que o psicótico nos apresenta. É a partir daí, que um lugar de “especialista” pode vir a ocupar nossa *práxis*, encontrando no próprio saber psicanalítico uma forma de defesa impeditiva da construção de uma verdadeira experiência com o sujeito psicótico.

A seguir, com o intuito de nos aproximarmos do propósito principal de nossa tese, isto é, do delineamento das condições institucionais necessárias para a realização da experiência psicanalítica com a psicose, procuraremos circunscrever, a partir dos artigos freudianos sobre psicose, o que poderíamos circunscrever como o *desejo de Freud* neste campo, tendo como fio condutor da discussão, o delírio, alguns aspectos da transferência na psicose e os riscos aí presentes da medicalização da psicanálise.

4.2. A psicose no campo psicanalítico: o desejo freudiano em questão

(...) Após o caso Fliess, que recentemente me ocupei em liquidar, como você sabe, a necessidade em questão não existe mais para mim. Uma parte da catexia homossexual desapareceu, e me servi disso para ampliar meu próprio eu. **Tive sucesso onde o paranóico fracassa.** (Carta de Freud para Ferenczi, 6/10/1910)

Sabemos que o trabalho clínico freudiano centrou-se, fundamentalmente, nas neuroses, enquanto que a investigação a respeito das psicoses — salvo alguns

²⁸⁴ MANNONI, M.(1979) *La théorie comme fiction*, p.13.

seletos textos²⁸⁵ que versam, diretamente, sobre o assunto — foi transferida, até certo ponto, para seus discípulos. Muito já se comentou, por conta disso, sobre a presença de uma dificuldade empática²⁸⁶ de Freud, com relação aos sujeitos psicóticos, o que, no entanto, nunca impediu a existência de um verdadeiro interesse pela questão expressa, nos textos acima citados, além de uma expectativa de avanços futuros na psicanálise que apontassem possibilidades mais promissoras para estes sujeitos.

Sustentamos, porém, a hipótese de que seu relativo afastamento clínico, com relação à questão, pôde ser atribuído ao fato de que este encontro geraria a necessidade de uma reaproximação com a clínica médico-psiquiátrica, da qual Freud se distanciara, lentamente, ao centrar-se no tratamento das neuroses. Dessa forma, seu relativo afastamento clínico, poderia ser pensado, antes de qualquer coisa, como sendo de ordem política e estratégica, o que não significaria, entretanto, desinteresse clínico-investigativo.

Numa certa medida, a questão da psicose acompanhou e circunscreveu alguns momentos históricos cruciais do movimento psicanalítico até sua institucionalização definitiva.

São principalmente as cartas entre Freud e Jung²⁸⁷ que, para além da clínica, nos dão um testemunho da importância que o tema da psicose assumiu no campo psicanalítico. Isto porque se a *práxis* psicanalítica no campo das neuroses pôde estabelecer, paulatinamente, uma determinada independência relativamente ao campo da medicina oficial, o mesmo não se poderia dizer em relação ao tratamento das psicoses. Trabalhar com as psicoses significaria estar em contato direto com o campo médico, do qual Freud guardava alguns ressentimentos desde a época em que lutava, solitariamente, para que suas primeiras investigações fossem reconhecidas.

Gradativamente, tornava-se uma necessidade política circunscrever, também, as psicoses no campo psicanalítico e a aproximação de Jung foi o estopim para este processo. Talvez, por este motivo, Freud tenha depositado tantas esperanças neste encontro, e vivido o seu afastamento de uma forma tão dolorosa.

²⁸⁵ FREUD, S. (1895) *Manuscrito H*; FREUD, S. (1896) *Novos comentários sobre as psicose neuroses de defesa*; FREUD, S. (1911) *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*; FREUD, S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*; FREUD, S. (1924[1923]) *Neurose e psicose*; FREUD, S. (1924) *A perda da realidade na neurose e na psicose*.

²⁸⁶ ROAZEN, P. (1978) *Freud e seus discípulos*.

Apesar disso, em 1912, numa carta enviada a Biswanger, Freud afirmará estar preparado para o afastamento de Jung, devido às experiências passadas (Fliess), porém isto não impediu, evidentemente, que esta nova decepção reativassem os seus velhos conflitos.²⁸⁸

Na carta datada de 13/08/1908, transparece com toda nitidez, estas expectativas dirigidas a Jung: *Meu propósito egoísta, que confesso francamente, é persuadi-lo a continuar e completar meu trabalho, aplicando às psicoses o que eu, inicialmente, desenvolvi com as neuroses.*²⁸⁹

Talvez, este *propósito egoísta* tenha sido o motivo de Freud haver tentado, de todas as maneiras, transformar aquele “estranho” num “idêntico”, não tendo podido “ver”, de fato, quem era Jung, que ocupou para ele um lugar de cunho imaginário. Isto, porque Jung, o *príncipe coroado*,²⁹⁰ seria aquele que possibilitaria uma expansão da psicanálise para o campo psiquiátrico, não apenas numa perspectiva científica, mas, também, desfazendo a idéia de que a psicanálise seria uma “ciência judaica,” pois uma vez que composta, basicamente, por judeus.

A amizade entre estes dois homens estendeu-se de 1907 a 1913, período de intensa correspondência entre eles, tendo início com uma carta de Jung a Freud, no ano de 1906, quando lhe fala de seus estudos sobre a associação de palavras (*Diagnostisch Assoziationsstudien*). A partir daí, começou um longo período de correspondência, num total de 359 cartas,²⁹¹ abrindo-se um novo continente relacionado ao estudo das psicoses.

Antes de encontrar Freud, no entanto, Jung já tinha suas próprias convicções sobre o inconsciente e o psiquismo, não compartilhando com muitas idéias freudianas. É o que verificamos no prefácio de seu trabalho de 1906, que apesar de longo aqui reproduzimos, visto podermos aí reconhecer a importância atribuída ao mestre vienense e das diferenças teóricas assinaladas por Jung:

Um exame superficial das páginas de meu trabalho mostra o quanto devo às geniais concepções de Freud(...). Posso assegurar que desde o princípio, fiz, naturalmente, as objeções aduzidas geralmente contra Freud, na literatura. Contudo,

²⁸⁷ MACGUIRRE W. (1976) *Freud/Jung Correspondência completa*.

²⁸⁸ SCHUR, M.(1973) *Freud: vida e agonia*, p.325-6.

²⁸⁹ MASSON, J.M.(1986) *A correspondência completa de S. Freud para W. Fliess 1887-1904*, p.215

²⁹⁰ ROAZEN, P. (1978) op cit

²⁹¹ ROUDINESCO e PLON, M. (1998) *Dicionário de Psicanálise*, p. 421.

achava que Freud, apenas, poderia ser refutado por alguém que tivesse utilizado amplamente o método psicanalítico e realmente houvesse investigado como Freud investiga, isto é, empreendendo uma longa e minuciosa análise da vida diária, da histeria e do sonho a partir de **seu** ponto de vista. Quem não procede assim ou não pode proceder assim, também, não pode julgar Freud, pois se comporta como os famosos cientistas que, por desprezo, recusaram-se a olhar pelo telescópio de Galileu. Fazer justiça a Freud não significa, como muitos temem, sujeitar-se, incondicionalmente, a um dogma; é bastante possível manter um julgamento independente. Se admito, por exemplo, os mecanismos complexos dos sonhos e da histeria, não significa, de forma alguma, que atribuo ao trauma sexual da juventude uma significação exclusiva, como Freud parece fazer...Mas, estas questões são secundárias, desaparecendo, por completo, ante a descoberta dos princípios psicológicos que é o maior mérito de Freud e aos quais a crítica dá pouca atenção. Quem pretende ser justo com Freud, deve comportar-se segundo as palavras de Erasmo: **Remove toda pedra, experimenta de tudo, não abandones o que começaste.**²⁹²

Na verdade, o que o aproximava de Freud era a possibilidade de confirmação de suas próprias hipóteses sobre as idéias fixas inconscientes, as associações verbais e os complexos, além de uma atração por alguém que considerava excepcional e com o qual podia medir a si próprio.

Jung tinha uma antiga amizade com Bleuler, que, naquela época, na escola de Zurique, era um dos mais proeminentes especialistas em esquizofrenia (neste período, ainda, denominada de *dementia praecox*²⁹³) e, dessa forma, os dois juntos representavam a melhor psiquiatria acadêmica, cuja perspectiva dinâmica a aproximava da psicanálise.

Bleuler foi considerado um pioneiro da nova psiquiatria do século XX, um reformador do tratamento da loucura, comparável a Pinel, um século antes. Tornou-se interno e depois diretor da importante clínica do Hospital do Burghölzli, Zurique, em 1898, ficando nesse posto por 30 anos. No momento em que chegou a esta clínica, a psiquiatria de língua alemã estava dominada pela nosografia de Emil Kraepelin. Em torno de 1900, este “sistema” já estava em vias de decadência e os descendentes diretos da tradição francesa (Charcot, Benheim) já elaboravam uma nova clínica.

Bleuler pode ser considerado o primeiro psiquiatra a propor que se integrasse o pensamento freudiano ao saber psiquiátrico.

²⁹² JUNG, C.G (1906) *A psicologia da demência praecox: um ensaio*, p.XIII-XIV.

(...) do mesmo modo que Freud transformara a histeria em um paradigma moderno da doença nervosa, Bleuler inventava a esquizofrenia para fazer dela o modelo estrutural da loucura do século XX.²⁹⁴

Foi neste sentido que Bleuler renovou o gesto de Pinel, apontando a possibilidade de curabilidade da loucura, visto que, no período em questão, as diversas teorias da hereditariedade-degenerescência, tinham abolido esta possibilidade de cura em proveito da idéia de constitucionalidade da doença mental.

Em fins do século XIX, encontravam-se, em luta, duas grandes correntes dentro do campo psiquiátrico alemão²⁹⁵: a primeira, cuja visão biológica, neuroanatômica, tinha como proeminente representante, Flechsig (1847-1929), futuro psiquiatra de Schreber²⁹⁶; e uma segunda, mais antiga, oriunda de uma perspectiva moral que teve como representante principal, em seus primórdios, Heinroth(1773-1843), psiquiatra kantiano, introdutor do termo *paranóia* na nosografia alemã que influenciou, profundamente, as idéias de outro destacado médico, Moritz Schreber(1808-1861), pai de Paul Schreber.

Entre 1900 e 1913, através dos tratamentos elaborados na Clínica de Burghölzli, ocorrerá à implantação das teses freudianas no centro do saber psiquiátrico, iniciando-se um diálogo conflituoso entre Freud, Bleuler e Jung.

Na realidade, Bleuler era hostil à tese da primazia da sexualidade, considerando que o fundamental para a cura da esquizofrenia era a possibilidade de compreensão da mesma. O que ele pretendia era adaptar a psicanálise ao asilo e possibilitar sua absorção pelo campo psiquiátrico, enquanto Freud sonhava conquistar, desde Viena, via Zurique, a terra prometida da psiquiatria de língua alemã que, na época, dominava o mundo, mantendo inalterável o essencial de suas descobertas.

Vemos, assim, retratadas as principais dificuldades, que irão se repetir ao longo da história, quando da apropriação da psicanálise pela psiquiatria, ou seja, o

²⁹³ Seguindo uma tradição *kraepeliana*..

²⁹⁴ ROUDINESCO(1998) op cit, p.79.

²⁹⁵ Restringiremo-nos a descrever aspectos da tendência psiquiátrica alemã, devido à articulação direta da mesma com o caso Schreber.

²⁹⁶ Kraepelin (1856-1926) se destacará, na psiquiatria alemã, dando “clareza e ordem” à compreensão da loucura, ao construir uma classificação racional da doença mental. Freud será influenciado por ele, ao estudar o caso Schreber (ROUDINESCO,1998, p.440).

risco da perda da especificidade da psicanálise em função de uma diluição da radicalidade de seus conceitos fundamentais.

Freud preferiu pensar o domínio da psicose, sob a categoria da *paranóia*, ao invés da *esquizofrenia*, optando pelo sistema de Kraepelin, não sem transformá-lo, estabelecendo uma distinção entre neurose-psicose.

A referência a uma carta de Freud a Jung, datada de 17/02/1908²⁹⁷, revela seu posicionamento quanto a isso:

(...) estou em contato com alguns casos de paranóia em minha prática e posso lhe contar um segredo. (Escrevo paranóia, em vez de demência precoce, porque encaro a primeira, como um bom tipo clínico e a segunda, como um pobre termo nosográfico)(...) ²⁹⁸

Como afirma Lothane,²⁹⁹ para Freud, “tipo clínico” implicava em uma síndrome com a presença de um mecanismo defensivo (projeção), pivô do mecanismo de defesa paranóico, paradigma dinâmico que ele descreveu em 1896.

Assim, podemos considerar que a incursão freudiana na nosologia teria sido mais ritualística do que real, sendo seu principal interesse dinâmico e não diagnóstico. Conseqüentemente, pelo que tudo indica, Freud não tinha uma preocupação em distinguir, propriamente, estruturas clínicas. Sua perspectiva para a compreensão dos diferentes quadros clínicos era considerar um mesmo fio condutor que seria o atributo de defesa (*Abwher*), o que caracterizaria cada caso clínico pela presença de um modo peculiar de defesa. Este fato justificaria, inclusive, a denominação inicial para as patologias de *neuropsicoses de defesa*.

Nos seus primeiros trabalhos, Freud denomina de *neuropsicoses*, a histeria, as obsessões, as fobias, as confusões alucinatórias, as psicoses históricas e a paranóia, não separando neurose de psicose. Mais adiante, em 1915, denominará de *psiconeuroses* aquelas patologias, cujos distúrbios são, eminentemente, de origem psicológica, onde o conflito psíquico é determinante (*psiconeuroses de transferência*, isto é, histeria e neurose obsessiva, e *psiconeuroses narcísicas*, isto é, psicoses), diferenciando-as das *neuroses atuais*, onde a etiologia é procurada num disfuncionamento somático da sexualidade.³⁰⁰

²⁹⁷MACGUIRRE, W. (1976) op cit, p.164-5.

²⁹⁸Idem.

²⁹⁹LOTHANE, Z.(1992) *In defense of Schreber*..

³⁰⁰LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.P.(1967) *Vocabulário de psicanálise*.

Foi a influência da amizade com Jung que levou Freud a escrever *Schreber*,³⁰¹ onde discutiu as questões teóricas da paranóia, articulando-a ao recalque das pulsões homossexuais.

Segundo Oliveira³⁰²:

Desde 1906, Jung conhecia a autobiografia de Schreber. Ele fala desse livro, nos seus escritos, para sublinhar a persistência dos afetos na demência precoce e, mais freqüentemente, para indicar a maneira psicótica de trabalhar a palavra.

É, exatamente, em torno da temática da demência precoce e da paranóia que girou um dos principais eixos da correspondência e da discordância entre Freud e Jung.

Com relação a Jung, importava para Freud, afastá-lo da crença nas psicotoxinas, totalmente incompatível com a psicanálise. Diferentemente de Jung e Bleuler, Freud não considerava a psicose de Schreber como uma desordem orgânica, isto é, cerebral, mas como uma desordem psíquica. Já, para Jung, tratava-se de diferenciar-se de Freud e guardar o apoio que lhe era oferecido pelo mundo psiquiátrico.

Além disso, era importante para Freud terminar com as distinções que ele considerava desnecessárias no interior do campo das psicoses (ele, jamais aceitaria, completamente, a distinção entre demência precoce e paranóia). Enquanto que, para Jung, importava tentar conciliar a nosografia psiquiátrica com a psicanálise.³⁰³

Oliveira,³⁰⁴ no já referido trabalho, cita algumas observações posteriores de Freud sobre o tema, onde evidenciamos uma relutância em aceitar as tentativas de classificação nosográfica da psiquiatria, como por exemplo, nas afirmações: (...) *a demência precoce não é senão um nome moderno (Kraepelin)*. Ou ainda:

(...)Os sintomas da demência precoce não traduzem a demência e não são “preoces”. O termo engloba aquilo que se designava de outro modo, sob o nome de hebefrenia (a qual é caracterizada por uma imbecilidade precoce); se tem aí unido um grupo à parte da paranóia. **Seria melhor falar de paranóia em todos os casos onde ela se manifeste, mesmo somente um pouco.**³⁰⁵

³⁰¹ FREUD, S. (1911) op cit..

³⁰² OLIVEIRA, L.E.P. (1979) *Le cas Schreber*, p.24.

³⁰³ MAcGUIRRE, W. (1976) op cit.

³⁰⁴ OLIVEIRA, L.E.P.(1979) op cit.

³⁰⁵ Idem, p.26.(grifos meus)

Em suma, para Freud, toda combinação do delírio com a alucinação constituía uma paranóia.

A partir da leitura dos textos freudianos sobre questões clínicas, podemos pensar que aquilo que norteia sua escrita, como já afirmamos, não é uma preocupação com a caracterização diagnóstica, no sentido médico do termo, isto é, um procedimento que identificaria o sujeito a uma doença, viabilizando algo da ordem de um tratamento. O que Freud procura definir nos seus estudos, repetimos, é um mesmo fio condutor — o atributo de defesa (*Abwer*) — para diferentes situações clínicas que, por sua vez, se diferenciariam em função de um modo defensivo peculiar, diante de um estado de coisas conflitivo para o sujeito. Trata-se, portanto, de caracterizar a subjetividade como algo dinâmico que tem, na idéia de conflito, sua peculiaridade essencial. Daí, a nomenclatura inicial, *neuropsicoses de defesa* que, mais adiante, será substituída por *psiconeuroses de defesa*, para descrever estes estados.

Elia³⁰⁶ pondera que esta mudança de nomenclatura não está destituída de sentido conceitual mais profundo. Na primeira denominação, Freud aplicava o atributo *defesa* a um processo dinâmico que abrigava, indistintamente, os processos neuróticos e psicóticos e, na segunda, quando ocorre a substituição da expressão *neuropsicose* por *psiconeurose*, tratar-se-ia de um procedimento que visava especificar o campo dos distúrbios neuróticos, propriamente dito, designando-se, aí, uma etiologia psíquica em oposição às neuroses atuais. Aparentemente, no momento, Freud adia uma discussão sobre a etiologia específica das psicoses, optando por debruçar-se sobre o campo das neuroses, demarcando, aí, o nascimento do campo psicanalítico.

Conforme afirmamos, o retorno do interesse freudiano pela questão das psicoses efetivou-se, mais claramente, a partir das relações transferenciais de Freud, em direção a Jung nomeado como seu “herdeiro”. Encontramos aí expresso o desejo de Freud, caracterizado por uma expectativa de prosseguimento das pesquisas no campo das psicoses, por aqueles, cuja filiação fosse, efetivamente, freudiana. Empreendimento, este, assumido por Lacan³⁰⁷ que, com sua tese, dá os primeiros passos na direção de seu *retorno* a Freud.

³⁰⁶ ELIA, L.(1992) *Para além da sexualidade a psicose na psicanálise*, .p.215, v.II

³⁰⁷LACAN, J. (1932) *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*.

De qualquer modo, a discussão, na obra de Freud, sobre o tema das psicoses sempre esteve presente, em maior ou menor intensidade, reportando-se, os primeiros estudos, à temática da projeção na paranóia. Nestes primeiros escritos, identificamos uma preocupação freudiana em demarcar um campo específico, com um modo próprio de descrever os processos implicados, que ele circunscreveu a partir do estabelecimento de algumas diferenças relativas ao modo de abordagem do problema pelo campo psiquiátrico.

Os mais antigos destes trabalhos são *Manuscrito H*³⁰⁸ e os *Novos comentários sobre as psiconeuroses de defesa*³⁰⁹. No primeiro deles, Freud considerou que, ao contrário do que pensava a psiquiatria, as idéias delirantes (e as idéias obsessivas) não são distúrbios, apenas, intelectuais. Vai, então, afirmar que os delírios devem sua presença à existência de conflitos, ou seja, a distúrbios da afetividade ligados a uma problemática psicológica. Nesse sentido: (...) *o propósito da paranóia é rechaçar uma idéia que é incompatível com o eu, projetando seu conteúdo no mundo externo.*³¹⁰

Freud chama a atenção para a energia com a qual a idéia delirante é sustentada, afirmando a célebre frase: (...) *essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmas.*³¹¹

No segundo trabalho, por sua vez, afirmou que a paranóia seria uma psicose de defesa, isto é, um método especial que ele denominou repressão.³¹² Esta forma defensiva é pensada em sua articulação com a projeção: *Na paranóia a auto-acusação é reprimida por um processo descrito como projeção. É reprimida pelo estabelecimento do sintoma defensivo de desconfiar das outras pessoas.*³¹³

O sujeito, por sua vez, não reconhecendo a auto-acusação, possibilita seu retorno sob a forma de pensamentos ditos em voz alta.

Freud considerou, aqui, a projeção como o envio de conteúdos de representação de um fantasma de desejo à extremidade perceptiva (*P*) do aparelho psíquico, para uma extremidade onde não se tem nada senão a realidade.

³⁰⁸ FREUD, S. (1895) op cit.

³⁰⁹ FREUD, S (1896) op cit.

³¹⁰ FREUD, S. (1895)idem, p.286

³¹¹ Idem, ibidem, p.189.

³¹² Termo retirado da tradução brasileira (Obras Completas), relativo a um momento da obra de Freud em que não se estabelecera uma distinção entre defesa e repressão.

³¹³ FREUD, S (1896) op cit, p.210.

Nestes primeiros escritos de Freud, assim como nas correspondências iniciais entre ele e Jung, o que se destaca é a relação da paranóia com um distúrbio perceptivo que tem como eixo uma espécie de excesso ou abuso do fenômeno da projeção. Assim, por exemplo, na carta 22, escreve: *Mas a idéia que se originou no íntimo foi projetada para fora e reaparece como realidade percebida contra a qual a repressão pode manifestar-se agora como oposição.*³¹⁴

A explicação que Freud ofereceu diz respeito ao fato de que ao ser projetada sobre a extremidade perceptiva (*P*), a catexia libidinal é removida do objeto, assumindo o caráter de uma percepção.

Mais adiante, afirmou:

A projeção (como a conversão) é uma variedade de repressão na qual uma imagem se torna consciente como percepção; o afeto a ela concernente é destacado e retirado para dentro do ego com uma inversão para o desprazer. Partindo do extremo perceptual, esse afeto (a catexia libidinal) tenta, então, impor-se, uma vez mais, ao ego.³¹⁵

É importante lembrarmos que a preocupação freudiana em discriminar diferentes mecanismos de defesa relacionava-se com uma preocupação de estabelecer diferentes configurações clínicas. É, portanto, dentro deste espírito, que ele vai atribuir à paranóia o mecanismo da projeção.

O tema da paranóia esteve ausente das discussões freudianas durante quinze anos (1896-1911), exatamente o período crítico em que ocorreu a constituição da psicanálise como saber autônomo, distinto da medicina.

Voltamos a considerar a hipótese levantada, anteriormente, de que o relativo distanciamento de Freud do tema, teria sido estratégico e político, pois, ao final do século XIX, a perspectiva organicista, representada por Fleschig, neuroanatomista e futuro médico de Schreber, dominava a psiquiatria alemã, parecendo, portanto, ter sido mais prudente, naquele momento histórico, restringir-se a uma discussão em torno das *psiconeuroses*, cujo prefixo *psico* indicava o fator psicogênico dos fenômenos neuróticos, enquanto a etiologia das psicoses era deixada em suspenso.

Como assinalamos anteriormente, o encontro com Jung representou, para Freud, uma promessa no sentido de uma retomada da questão da psicose, daí todas as expectativas em torno desta amizade. Bleuler e Jung representavam a chamada

³¹⁴FREUD (1907) *Algumas observações teóricas sobre a paranóia*. In MACGUIRRE (1976), p.79.

psiquiatria dinâmica e, visto serem respeitados no meio psiquiátrico, sua aproximação com relação à psicanálise apontava a possibilidade de novos horizontes para Freud.

A análise das *Memórias* de Schreber, livro sugerido por Jung, representou uma tentativa freudiana de afirmação da primazia da teoria da sexualidade - esta já constituída no campo da neurose — também para o âmbito das psicoses, além da definição de um modo próprio de estruturação clínica que ampliava a discussão realizada em torno do mecanismo da projeção, já inscrita em trabalhos anteriores.

Apesar de até 1911, Freud não aprofundar reflexões sobre a psicose, o que podemos verificar é a presença de uma discussão em torno do tema do delírio, presente ao longo de vários trabalhos anteriores a *Schreber* e que culminou com sua abordagem da questão no texto *Construções em análise*.³¹⁶

A questão do delírio, nos trabalhos freudianos sobre a psicose, é central como marca básica de uma diferença quanto ao modo de abordagem deste sintoma pela psiquiatria. A partir de Freud, aprendemos como se processa a constituição desta forma de *saber*, que é efeito da recusa de uma realidade insuportável, tornando-se o discurso delirante uma forma de saber inquestionável, lugar da verdade absoluta para o sujeito.

A importância da célebre frase freudiana: *fui bem sucedido aonde o paranóico fracassa*,³¹⁷ nos traz uma indicação de que a perda da dimensão ficcional do saber, ou ainda, o não reconhecimento da dimensão inconsciente (do *não-saber*), colocaria os próprios psicanalistas, sob o jugo de uma tentação, situando seus discursos no limiar do discurso paranóico.

Tomando esta questão como paradigmática, procuramos situar o desejo de Freud que atravessa os estudos sobre a psicose, nas aproximações e afastamentos estabelecidos entre o saber psicanalítico e o saber paranóico.

O texto *Psicopatologia da vida cotidiana*,³¹⁸ onde as descobertas da psicanálise são estendidas para o cotidiano dos sujeitos, representa mais um passo na afirmação da psicose dentro do campo psicanalítico. No capítulo denominado: *Determinismo, crença no acaso e superstição — alguns pontos de vista*, Freud

³¹⁵ FREUD, S. (1907) op cit, p. 81

³¹⁶ FREUD, S. (1937) *Construções em análise*.

³¹⁷ FALZEDER, E. (1994) *Correspondência Sigmund Freud Sándor Ferenczi 1908-1911*, p.280.

³¹⁸ FREUD, S. (1901) *A psicopatologia da vida cotidiana*.

resgatou, através do exemplo clínico da paranóia, a possibilidade de demonstrar a existência de um conhecimento inconsciente.

Caracterizando o paranóico como aquele que confere uma grande importância aos pequenos detalhes do comportamento de outras pessoas, quando tudo tem significação, tornando-se “tudo”, portanto, interpretável, afirmou, aí, uma razão para a existência deste fenômeno, no fato de o paranóico projetar na vida mental de outras pessoas, aquilo que está, inconscientemente, presente na sua. Considerou, assim, que:

Em certo sentido, portanto, o paranóico tem razão, pois ele reconhece algo que escapa à pessoa normal: vê com clareza maior do que alguém de capacidade intelectual normal, mas o deslocamento para outras pessoas do estado de coisas que ele reconhece, faz com que **seu conhecimento não tenha valor**.³¹⁹

Freud concluiu que o sentimento de convicção do paranóico é, portanto, justificado, pois, realmente, há algo verdadeiro nele. Porém, este *saber* perde o valor, pois não é assumido como pertencente ao próprio sujeito, mas como se fosse de um outro, o que acaba por retornar sob a forma de um excesso que transborda a realidade.

Dessa forma, “interpretar” excessivamente, identificando um sentido em tudo, diz respeito a uma forma de deslocamento, de projeção (expulsão) para o mundo externo, daquilo que é parte do próprio sujeito e que retorna insistentemente.

Lembremos, ainda, que o texto em questão pretende discutir os temas da crença e da superstição, atrelando-os ao determinismo inconsciente, tratando-se, portanto, de pensar o delírio como mais uma forma de crença, porém não mais infundada, como a concebe a medicina e sim, algo portador de um fundamento de verdade. Trata-se de trazer para o campo psicanalítico, as mais variadas formas do “pensar”, atreladas à loucura, ao misticismo, à magia, etc, fato que se expressa, claramente, numa citação do Fausto, epígrafe do artigo em questão: [*O feitiço que agora, tanto, está no ar*] [*Não há quem saiba como evitar*]³²⁰.

³¹⁹ FREUD, S (1901) op cit, p.306.O grifo é nosso.

³²⁰ Idem, p.12

Esta perspectiva foi retomada no texto *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*,³²¹ onde Freud confronta, constantemente, a perspectiva médica com a do escritor imaginativo, não deixando dúvidas quanto ao lado com o qual se identifica:

(...) os escritores criativos são aliados muito valiosos, cujo testemunho deve ser levado em alta conta, pois costumam conhecer toda uma vasta gama de coisas entre o céu e a terra com as quais a nossa filosofia ainda não nos deixou sonhar. Estão bem adiante de nós, gente comum, no conhecimento da mente, já que se nutrem em fontes que ainda não tornamos acessíveis à ciência.³²²

Reconhecendo, portanto, a possibilidade de uma inteligibilidade para determinados fenômenos excluídos do campo científico, Freud, como já havia procedido no texto anteriormente referido, propõe trazer para o campo da análise, isto é, da produção de sentido, aquilo que, até então, tinha sido relegado para fora do campo da compreensão científica. *O autor de A interpretação dos sonhos ousou, apesar das reprovações da ciência estrita, colocar-se ao lado da superstição e da Antiguidade.*³²³

Isto o conduziu, por exemplo, a criticar a explicação tradicional que considerava os sonhos como processos puramente fisiológicos, descartando a necessidade de procurar um sentido ou propósito para tais eventos. Afirmou que um psiquiatra rigoroso qualificaria o herói descrito no *Gradiva*, sem hesitar, de *dégénééré*, procurando, na hereditariedade, o que o teria conduzido a seu destino:

(...)Mas, nesse ponto, e com razão, o autor não segue o psiquiatra, pois deseja aproximar-nos do seu herói para facilitar a empatia; o diagnóstico de *dégénééré*, certo ou errado, colocaria uma barreira entre o arqueólogo e nós(...)³²⁴

Neste texto, Freud aproximou a análise do delírio à presença de uma fé inabalável, isto é, à existência de uma crença profunda que o sujeito apresenta e que não provém de seus elementos falsos e nem é fruto de uma incapacidade da faculdade de julgamento. Ao contrário: *Acontece que existe uma parcela de*

³²¹ FREUD, S (1907[1906]) *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*.

³²² Idem, p. 18.

³²³ FREUD, S (1907[1906]) op cit, p. 17.

³²⁴ Idem, p.52.

*verdade oculta em todo delírio, um elemento digno de fé que é a origem da convicção do paciente, a qual, portanto, até certo ponto, é justificada.*³²⁵

Trata-se da presença de um conhecimento inconsciente, porém, projetado no mundo externo, ou seja, este conhecimento não é assumido pelo sujeito devido ao conflito inerente a este saber, por isso só é possível admiti-lo como vindo de fora. A certeza que vem atrelada a esta forma de saber, constitui uma armadura protetora contra algo que é da ordem do insuportável para o sujeito.

Será este processo que Roustang³²⁶ considerará como uma das dificuldades principais na análise do sujeito psicótico, que ele qualifica como uma impossibilidade de “teorizar”, ou seja, podemos dizer, de uma dificuldade de fazer uso da teoria como “ficção”, tal como expressamos no capítulo 3 desta tese. Isto se justifica porque o discurso paranóico se apresenta como discurso totalitário, fechado, que tomando o sujeito, impossibilita o ato de ser tomado, utilizado pelo próprio paciente.

Lacan³²⁷ vai se referir, ao dizer do psicótico como aquele onde se verifica uma ausência de toda dialética presente na fala e em contraposição à presença de uma insistência estereotipada que ele denomina de *ritornelo*.

Como discutimos, no referido capítulo 3, a experiência psicanalítica propriamente dita, constrói-se à medida que o analista vai sendo capaz de se “esquecer” da metapsicologia, possibilitando ao analisando construir um “teorizar” que lhe seja próprio. Se o paciente psicótico é aquele que, via delírio, se apresenta diante do analista com um saber fechado, isto é, aquele da certeza, como o analista poderá aí intervir?

O que temos observado, é que, muitas vezes, o que se denomina “cura” destes pacientes, relaciona-se, na realidade, a uma transferência³²⁸ de um discurso totalitário a outro, quando a certeza delirante é transferida para um sistema religioso ou para uma submissão a um diagnóstico médico. Este fenômeno acaba por possibilitar, então, uma maior “estabilidade” nas relações sociais do sujeito, devido a um maior controle do sintoma primário.

³²⁵ Idem, p.83.

³²⁶ ROUSTANG, F.(1987) op cit, p.119.

³²⁷ LACAN (1955-56) *A s psicoses*, p. 44.

³²⁸ Transferência do tipo “adesiva”, o que reporta à idéia de “ser aderente”, “grudado”, “colado”. O sujeito “aderente” é alguém que é também o *seguidor, sequaz, partidário*. CF. FERREIRA. *Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (1989) p45.

A transferência na psicose pode ser compreendida como relacionada a uma espécie de “antropofagia”, isto é, a um processo de incorporação do outro, ficando o analista entre duas difíceis situações: a) ou ser absorvido no delírio, ficando fechado no circuito delirante, o que acabará por impedir a análise; ou ser colocado na posição de mero espectador dos fantasmas delirantes do sujeito, sem saber como intervir.

Parece-nos, então, que a experiência psicanalítica com a psicose nos coloca, mais do que qualquer outra, em contato direto com a importância da questão ética fundamental que deve balizar esta experiência. Quando Lacan afirma que não devemos recuar diante da psicose,³²⁹ entendemos aqui que, diante dos impasses suscitados neste encontro clínico, não devemos buscar a solução a partir de uma mudança de lugar, o que implicaria numa instrumentalização do saber numa perspectiva alheia à proposta freudiana.

Elia³³⁰ vai referir-se a este fato como a origem da utilização, por parte de alguns analistas, de propostas “psicoterápicas alternativas” no campo da reforma psiquiátrica. Assim, recuando ou avançando, o que daria no mesmo, o que se perde é a especificidade da experiência psicanalítica e o que se apresenta é o risco de sua institucionalização.

A questão da certeza delirante, que temos sublinhado nos escritos freudianos, recorda-nos um episódio vivido num ambulatório de psiquiatria.

Fomos procurados por uma médica psiquiatra que acompanhava há anos, uma paciente psicótica que, recentemente, havia encaminhado, para atendimento psicanalítico. Diante da consistência inabalável do delírio religioso da paciente que não “cedia” (como expressou-se a psiquiatra), às intervenções medicamentosas, ela nos confidenciou que estava sendo levada a considerar a possibilidade de tratar-se, realmente, de uma causalidade de ordem espiritual, conforme afirmava a paciente e, não, de ordem médica, como supunha ela mesma desde o início do tratamento.

Deixando-se de lado o aspecto delicado da situação, o que se revela, aqui, é que o encontro do psicótico com o saber-poder médico pode acabar por se constituir num verdadeiro confronto entre certezas intransponíveis, “vencendo o mais convincente”, isto é, aquele que não “cede”. Neste caso, a psiquiatra, ao

³²⁹ LACAN, J. (1955-56) *As psicoses*.

³³⁰ ELIA (1992) op cit.

invés de ceder, o que significaria trocar uma convicção por outra, resolveu arriscar, via psicanálise, uma outra possibilidade de abordagem do problema.

Apesar de Freud não ter elaborado, diretamente, a questão de uma clínica das psicoses e de os artigos sobre técnica,³³¹ discutidos anteriormente, reportarem-se à clínica das neuroses, o que importa extrair dos textos freudianos, é o fato de que se trata sempre de pensar a questão clínica, como a tentativa de manutenção do lugar ético do analista, a partir da retomada simbólica da experiência freudiana originária.

Apesar de nossa proposta nesta tese, não visar, diretamente, uma discussão sobre a experiência psicanalítica com as psicoses, mas das condições para a realização de tal experiência, consideramos pertinente, como ponto para futuros desdobramentos, a proposta de Roustang,³³² quando ele afirma que se trataria de introduzir, no encontro analítico com o psicótico, o “teorizar” aí ausente, isto é, diante da certeza do saber delirante, introduzir as incertezas próprias a um saber atravessado pela “falta” e, portanto, passível de ser *reconstruído* neste encontro.

No principal trabalho freudiano sobre a psicose *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*,³³³ baseado num relato autobiográfico,³³⁴ a problemática da paranóia foi tratada pelo viés da teoria vigente da sexualidade, como vinculada à questão da libido homossexual, enquanto escolha de objeto homossexual. O desencadeamento desta problemática foi concebido a partir de uma rejeição do sujeito em torno de um desejo de ordem homossexual, isto é, da idéia de uma escolha de objeto homossexual.

O que ainda está ausente desse texto freudiano é uma discussão, mais elaborada, em torno do narcisismo como estrutura, apesar de já encontrarmos aí uma referência ao tema.³³⁵ Freud, por exemplo, recorreu à explicação de que as pessoas que não se libertam completamente do estágio de narcisismo, ou seja, que se encontravam aí fixadas, achavam-se expostas ao perigo de que a força intensa desta libido, ativada por algum motivo e, não encontrando um escoadouro, viesse a produzir uma sexualização das relações sociais e desfizesse sublimações que haviam sido alcançadas no curso do desenvolvimento.

³³¹ Estes artigos foram escritos logo após o término do *caso Schreber*(1911).

³³² ROUSTANG, F.(1987) op cit.

³³³ FREUD, S (1911) op cit.

³³⁴ SCHREBER, D. P. (1903) *Memórias de um doente dos nervos*.

³³⁵ FREUD, S.(1911) op cit, p. 82.

(...)Visto nossas análises demonstrarem que os paranóicos se esforçam por proteger-se contra esse tipo de sexualização de suas catexias sociais instintuais, somos levados a supor que o ponto fraco em seu desenvolvimento deve ser procurado em algum lugar entre os estádios de auto-erotismo, narcisismo e homossexualismo, e que sua disposição à enfermidade(que talvez seja suscetível de definição mais precisa) deve estar localizada nessa região.³³⁶

Somente, mais tarde,³³⁷ a questão foi pensada a partir da idéia de uma libido narcisista, isto é, tratando-se de uma problemática que envolvia, propriamente, a constituição do eu e seus processos identificatórios no encontro com o outro.

Schreber pode ser tomado como um caso exemplar, o que discutiremos no capítulo 5 desta tese, visto que, através de suas *Memórias*³³⁸ explicita-nos não, apenas, a estrutura do saber delirante como, também, as conseqüências da presença do saber-poder médico disciplinar que promove a repetição de uma modalidade transferencial que reforça e mantém a questão nodal da problemática psicótica.

Freud, um pouco antes de dar início à discussão da questão do mecanismo da paranóia, num longo parágrafo, forneceu os indicativos para pensarmos a transferência na psicose e, conseqüentemente, as possibilidades clínicas aí presentes:

O estudo de vários casos de delírios de perseguição levou-me, bem como a outros pesquisadores, à opinião de que a relação entre o paciente e seu perseguidor pode ser reduzida à fórmula simples. Parece que a pessoa a quem o delírio atribui tanto poder e influência, a cujas mãos todos os fios da conspiração convergem, é, se claramente nomeada, idêntica a alguém que desempenhou papel igualmente importante na vida emocional do paciente antes de sua enfermidade, ou facilmente reconhecível como substituto dela. A intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo, enquanto sua qualidade é transformada no oposto. A pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada. O principal propósito da perseguição asseverada pelo delírio do paciente é justificar a modificação em sua atitude emocional.³³⁹

³³⁶ Idem, p.85.

³³⁷ FREUD (1914) op cit.

³³⁸ SCHREBER, D.P.(1903) op cit.

³³⁹ FREUD,S. (1911) op cit, p.60.

Como contraponto, no seu livro de memórias *Schreber* nos legou um rico material de cunho transferencial, através da *Carta aberta ao sr. conselheiro prof. Dr. Fleschig*, onde encontramos os indicativos do papel desempenhado por este médico no seu delírio de perseguição. Nesta carta, o médico foi apontado como o primeiro autor dos danos sofridos, visto, portanto, como seu principal perseguidor, aquele que cometeu o que denomina de *assassinato da alma*,³⁴⁰ sendo considerado, durante o primeiro período da doença, seu único inimigo verdadeiro, lugar depois ocupado por Deus, no seu sistema delirante.

Este *assassinato de alma* consistiria na apropriação da alma de alguém vivo, com o intuito de abuso sexual com o corpo desta pessoa, cuja alma é “entregue”, para depois, ser deixada “largada”.

Consideramos que a idéia, aqui presente, de um “abuso”, pode ser reportada a um ponto de vista de um “abuso de poder”. No fenômeno do *assassinato da alma* é o corpo que, também, fica exposto, desprotegido e à mercê de quem dele se ocupe, isto é, o corpo torna-se objeto do gozo do outro. Dizendo, de outro modo, ocorre um processo de desumanização com uma perda daquilo que de mais íntimo habita o sujeito, a “alma” que melhor define este lugar secreto que nos torna humanos. Quando se perde a “alma”, tornamo-nos objetos, inumanos. Em outras palavras, “mortos-vivos”.

A idéia de um *assassinato de alma* integrava o delírio de emasculação (ser transformado em mulher), sendo visto, inicialmente, com indignação pelo próprio Schreber, pois seria contrário ao que pensava ser a *Ordem do Mundo*.³⁴¹ Aos poucos, esta determinação vai sendo admitida como uma possível solução, por restabelecer sobre novas bases, a *Ordem do Mundo*, sendo uma maneira de reordenar a humanidade e *recriá-la através da gestação, em seu ventre, de uma nova raça*.³⁴²

Schreber, porém, fez questão de estabelecer uma distinção entre o *Fleschig vivo* e a *alma de Fleschig*, sendo esta última, aquela que produz as mais diversas influências sobre o paciente. Afirmou, ainda, o fato de que *Fleschig vivo* estaria inconsciente do fato, ou seja, dos efeitos que sua alma provocaria nele.

³⁴⁰ SCHREBER, D.P.(1903) op cit, p.26.

³⁴¹ Idem.

³⁴² Ibidem.

Parece que encontramos, aqui, explicitado o fato de que o “uso de um saber-poder disciplinar” seria da ordem do inconsciente do sujeito, em questão, ou seja, do médico, enquanto, “vivo-consciente”, desconhecendo os efeitos de sua “alma” sobre a “alma” de outrem.

Schreber acabou por contestar o saber da medicina-psiquiátrica que atribuía o nome de *alucinações* às suas experiências e que, segundo ele, diziam respeito a uma relação de forças sobrenaturais, que se traduzia como (...) *uma influência emanada do seu sistema nervoso (de Fleschig) sobre o meu sistema nervoso.*³⁴³ Schreber destacou, assim, a presença de uma relação transferencial sem mediação simbólica, com efeitos significativos, independentemente da presença física do médico, afirmando: (...) *o senhor manteve com meus nervos, mesmo a distância uma relação hipnótica, sugestiva, ou como quiser denominá-la*³⁴⁴.

Prosseguindo, numa espécie de dúvida sobre o quanto de responsabilidade poderia ser atribuída a *Fleschig vivo* ou à sua *alma*, continua:

(...)no máximo restaria, talvez, a leve recriminação de que o senhor, como muitos médicos, não pôde resistir à tentação de usar, ao mesmo tempo, como objeto de experimentos científicos um paciente cujo tratamento lhe foi confiado e que casualmente oferecia, ao lado dos fins terapêuticos, propriamente ditos, uma oportunidade do maior interesse científico³⁴⁵

Podemos dizer, então, seguindo Freud, que *Fleschig* veio preencher, no delírio de *Schreber*, aquele lugar de poder e influência de seu próprio pai. O texto freudiano vai discutir, especialmente, a questão do complexo paterno na problemática da paranóia. Estas questões ganharam um relevo especial a partir, principalmente, dos trabalhos de Lacan, com a introdução do significante *Nome-do-pai* e sua *forclusão*, além de outras contribuições.³⁴⁶

Moritz Schreber, pai de Schreber, ocupava o “lugar daquele que sabia demais” e seu papel na vida pública, como famoso médico higienista, concedeu-lhe, ainda, mais poder e ascensão sobre todos aqueles que, com ele, conviviam, principalmente, seus filhos que receberam, diretamente, os efeitos de uma educação médica totalitária.

³⁴³ Ibidem, p26.

³⁴⁴ SCHREBER, D.P. (1903) op cit.

³⁴⁵ Idem

³⁴⁶ LACAN (1956-57) *As psicoses*.

Podemos, então, considerar que Fleschig ocupou, perfeitamente, este lugar, vindo a reproduzir o lugar de saber totalitário do pai de Schreber. Desse modo, diferentemente de Weber, o segundo médico de Schreber, Fleschig é capturado no discurso delirante, pelo fato de repetir este lugar superegóico, isto é, sem mediação, representado pelo pai de Schreber.

Freud destacou neste trabalho,³⁴⁷ que é a vivência de uma catástrofe interna (fantasia de fim-de-mundo), aquilo que ao ser projetado é seguido por uma tentativa de reconstrução do mundo, o que permite ao sujeito poder viver nele, mais uma vez.

A importância da discussão freudiana sobre a paranóia e que irá diferenciá-la, profundamente, das perspectivas médico-psiquiátricas vigentes encontra-se especialmente colocada, no seguinte parágrafo: *A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.*³⁴⁸

Ou seja, o sintoma que, historicamente, tem sido tomado pela psiquiatria, como algo a ser curado, no sentido de ser extirpado já é, ele próprio, uma forma de cura.

Tal reconstrução delirante nunca é, totalmente, bem sucedida, porém, este é o processo mais “ruidoso” da paranóia; enquanto o anterior, a fantasia de fim-de-mundo não o é. E, no que diz respeito a este processo, Freud termina o texto indicando a verdade e a lucidez presentes no discurso paranóico, o que o faz, inclusive, refletir a respeito da estrutura da sua teoria construída:

(...) estes e muitos outros pormenores da estrutura delirante de Schreber soam quase como percepções endopsíquicas dos processos cuja existência presumi nestas páginas, como base de nossa explicação da paranóia. Posso, não obstante, invocar um amigo e colega especialista para testemunhar que desenvolvi minha teoria da paranóia antes de me familiarizar com o conteúdo do livro de Schreber. **Compete ao futuro decidir se existe mais delírio em minha teoria do que eu gostaria de admitir, ou se há mais verdade no delírio de Schreber do que outras pessoas estão, por enquanto, preparadas para acreditar.**³⁴⁹

³⁴⁷ FREUD, S (1911) op cit.

³⁴⁸ Idem, p.95.

³⁴⁹ Idem, p.104.

Com relação à dúvida que Freud expressou ao final deste trabalho, isto é, se sua teorização seria também uma forma de delírio, nos parece, atrelada ao fato de que, sendo Schreber um livro e, não, um paciente, a construção teórica realizada, seria “mais freudiana” do que “schreberiana”. Ou seja, a “construção teórica” não estaria alicerçada na experiência psicanalítica, propriamente dita, tal como descrevemos no capítulo 3 desta tese. Dessa forma, essa elaboração teórica correria o risco de tornar-se puramente especulativa, aproximando-se, ela própria, de uma forma delirante.

O fato é que as questões principais do referido trabalho não se esgotaram aí, sendo retomadas, três anos depois, no artigo sobre o narcisismo.³⁵⁰

Trata-se de um dos mais importantes trabalhos de Freud, onde novos conceitos se introduzem, estabelecendo-se uma verdadeira reviravolta teórica, quando o narcisismo recebe um estatuto estrutural na subjetividade, dando um passo decisivo para o que será, mais adiante, constitutivo da chamada segunda tópica (isso, eu, supereu). O texto é, também, uma resposta definitiva aos dissidentes, Jung e sua *libido não-sexual* e, Adler e seu *protesto masculino*, do campo psicanalítico.

A elaboração desse trabalho freudiano apontou para a execução de um projeto que visava a inclusão definitiva da questão da psicose no campo da psicanálise e, isto se processou a partir de duas direções específicas: a primeira constituindo-se numa resposta aos dissidentes e, a segunda, numa resposta ao campo médico-psiquiátrico tradicional, cuja proposta de tratamento desconsiderava o fator de inteligibilidade presente no campo da psicose.

Neste artigo altamente condensado, o tema da psicose foi resgatado, definitivamente, diferenciando-se dos processos neuróticos. Descrevendo seus mecanismos, a partir da idéia da libido do eu (libido narcísica), Freud distinguiu a introjeção para o campo fantasmático, típico do processo neurótico da retração da libido ao eu, característico da psicose, afirmando que o *parafrênico*:

(...) parece realmente ter retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo sem substituí-los por outras na fantasia. Quando realmente as substitui, o processo parece ser secundário e constituir parte de uma tentativa de cura destinada a conduzir a libido de volta aos objetos.³⁵¹

³⁵⁰ FREUD, S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*

³⁵¹ FREUD, S. (1914) op cit, p. 82

A libido é, assim, inicialmente, afastada dos objetos externos e dirigida para o eu, fenômeno denominado de megalomania, tratando-se, fundamentalmente, da ampliação e manifestação de algo já existente. Este “algo já existente” foi denominado de narcisismo primário, ao qual se sobrepõe um narcisismo secundário.

O ponto importante da teoria do narcisismo é que esta tornará claro que a questão homossexual da paranóia diz respeito, antes de mais nada, a uma problemática da constituição do eu.

Em outras palavras, o desencadeamento da psicose diz respeito a uma precariedade na sustentação psíquica do sujeito que depende do outro, enquanto “duplo” para a manutenção de sua integridade e, portanto, a invocação de uma instância terceira (no caso de Schreber, a assunção a um importante cargo) desencadeia a desagregação psicótica (fantasia de fim-de-mundo), visto apontar para a presença de uma alteridade não “digerível” pelo eu.

Neste trabalho, Freud deparou-se com a difícil tarefa de elaborar questões teóricas novas num campo conceitual antigo (*pulsões sexuais x pulsões do eu ou de autoconservação*). Afirmou, então, a importância de manter, em suspenso, questões teóricas que ainda não podiam ser respondidas, diferenciando uma teoria especulativa de uma *ciência construída sobre a interpretação da experiência*³⁵².

É esta característica que impede que o saber psicanalítico se transforme numa *Weltanschauung*,³⁵³ ou seja, uma forma de construção intelectual que solucione todos os problemas da existência, não deixando nenhuma pergunta sem resposta. Freud considerou, neste artigo, que esta última perspectiva enquadrava-se nos ideais dos seres humanos, por produzir uma sensação de segurança e de eliminação do desamparo, porém, a psicanálise seria incapaz de construir, por si mesma, uma visão de mundo totalizadora. Este efeito ideológico pode, entretanto, ocorrer dependendo do modo como o psicanalista se instrumentalize deste saber, em função de um determinado modo de investimento libidinal aí efetivado.

Freud no texto sobre o narcisismo discutiu, como através da análise do delírio, foi possível identificar a gênese do processo de constituição do *agente censor* (ainda não nomeado de *supereu*), cuja função assegurava a satisfação

³⁵² Idem, p. 85.

³⁵³ FREUD (1933) *D'une vision du monde*.

narcisista proveniente do *ideal do eu*. Para tal empreendimento, o *eu real* era constantemente observado, medido, avaliado, em função deste *ideal*:

(...) pois o que induziu o indivíduo a formar um ideal do eu, em nome do qual sua consciência atua como vigia, foi justamente a influência crítica de seus pais transmitida a ele por intermédio da voz; à medida que o tempo passou, aí se acresceram os educadores, os professores e todo um conjunto inumerável e indefinido de pessoas do ambiente social (seus semelhantes, a opinião pública)³⁵⁴

Aqui, podemos considerar a presença de uma “voz que vê” ou de “um olhar que advém da voz”, cujo investimento libidinal é de origem narcísica, libido homossexual, ou seja, a interiorização da voz na subjetividade ocorre a partir da adjunção de grandes quantidades de libido homossexual à voz ouvida, inicialmente, de fora. É a retirada da libido da “voz internalizada” que faz com que ela retorne ao seu lugar exterior de origem, confrontando o sujeito com esta exterioridade vivida como hostil.

Temos claramente definido, no referido texto, que a chamada libido homossexual diz respeito ao plano da identificação narcísica, momento mítico de constituição do eu. Há, portanto, investimento sexual no eu, enquanto ideal, não se tratando de escolha de objeto homossexual. A estrutura narcísica diz respeito à presença da necessidade de um reconhecimento, onde se sustenta o próprio limite da vida, aquilo que permite ao sujeito circunscrever sua sexualidade em face do inefável, real, mortífero. Assim, quando há retirada da libido homossexual há, simultaneamente, desmantelamento do eu, fenômeno presente na já denominada fantasia do fim-do-mundo do paranóico.

Lacan vai denominar de estágio do espelho³⁵⁵ um momento da constituição da subjetividade que está situada entre o autoerotismo e o narcisismo, propriamente dito. Encontramos aí, a descrição do que Freud denominou de uma nova ação psíquica que possibilita a constituição do *eu*, onde surgirá uma identificação de ordem imaginária cuja função será o recobrimento de uma situação mortífera, porque caótica, abismal, representada pelo chamado *corpo despedaçado* e que, por um movimento regressivo, o sujeito reencontraria no processo psicótico. A megalomania (delírio de grandeza) seguida do delírio de

³⁵⁴ FREUD, S (1914) op cit, p.100

³⁵⁵ LACAN, J (1949) *O estágio do espelho como formador da função do eu*.

perseguição corresponderia aos dois momentos da psicose, sendo o primeiro, uma forma compensatória do dismantelamento do eu, seguido da reconstrução do mundo, provavelmente, como afirma Freud, devido à impossibilidade de a megalomania sustentar-se.

Os dois textos seguintes *Neurose e psicose*³⁵⁶ e *A perda da realidade na neurose e na psicose*³⁵⁷ são fundamentais no avanço da discussão sobre os diferentes quadros clínicos e, principalmente, no projeto de construção de uma inteligibilidade para os processos psíquicos implicados no desencadeamento da psicose. Isto tornar-se-á viável pelo fato de a chamada segunda tópica já estar plenamente estabelecida, favorecendo, assim, o estabelecimento de uma maior compreensão, a respeito dos processos envolvidos, fato que não era possível à época do texto sobre o narcisismo, como o próprio Freud havia declarado.

No primeiro texto, Freud apontou que a problemática neurótica é o resultado de um conflito entre o *eu* e o *isso*, ao passo que, na psicose, o desfecho diz respeito a uma problemática entre o *eu* e o *mundo externo*. Esta idéia — mundo externo — coaduna-se melhor do que a idéia de “realidade” visto que a primeira expressão traz, à tona, a idéia de algo que é exterior ao *eu*, apontando, com isso, a idéia de alteridade fundamental para compreendermos a problemática da psicose.

Na neurose, o *eu* toma o partido do *supereu*, agente censor descrito anteriormente, identificando-se com a censura. Dessa forma: *O eu entrou em conflito com o isso, a serviço do supereu e da realidade e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência.*³⁵⁸

Já na psicose, o *eu* cria autocraticamente um novo mundo interno e externo, devido ao que Freud denomina de frustração intolerável. O delírio é assim: (...) *remendo no lugar em que originariamente uma fenda apareceu na relação do eu com o mundo externo.*³⁵⁹

Freud destacou que a forma assumida pela enfermidade depende do que denominou de uma situação “econômica” que envolve a magnitude das tendências que lutam entre si, além dos modos possíveis de defesa encontrados pelo *eu*. Vai estabelecer, assim, a importância do que denomina de atitude do *supereu* na forma final, assumida pelo problema (neurose ou psicose). O que fica claramente

³⁵⁶ FREUD(1924[1923]) *Neurose e psicose*

³⁵⁷ FREUD (1924) *A perda da realidade na neurose e na psicose.*

³⁵⁸ FREUD, S (1924[1923]) op cit, p.190

³⁵⁹ idem, p.191

delineado nesse texto é a posição de fragilidade ocupada pelo *eu* entre vários “senhores”. Freud aponta a necessidade de caracterizar um mecanismo análogo ao recalque relativo à psicose.

Escrito apenas alguns meses após *Neurose e psicose*, o artigo denominado *A perda da realidade na neurose e na psicose* objetivou ampliar e corrigir alguns pontos do trabalho anterior. Um dos pontos fundamentais retificados foi aquele que supunha que a perda da realidade era uma característica exclusiva da psicose. Então, surge a presença de duas etapas na constituição das duas formas clínicas, considerando que a diferença, entre uma e outra, encontra-se muito mais em sua primeira reação introdutória, do que na tentativa de reparação que se segue para ambas.

No caso da etapa inicial da neurose, o *eu*, estando a serviço do supereu, dispõe-se ao recalque de um desejo; a neurose propriamente dita, compõe-se dos processos que fornecem uma compensação àquela parte do *isso* danificada, isto é, reação contra o recalque e fracasso do recalque e é, neste ponto, que ocorre um afrouxamento da relação do *eu* com o mundo externo.

Já na psicose, na primeira etapa, o *eu* é arrastado para longe do mundo externo, isto é, aquilo que se presentifica como a castração; enquanto na segunda, haveria uma tentativa de reparar o dano causado, restabelecendo-se as relações do indivíduo com o mundo externo. Ou seja, o segundo passo da psicose, destina-se a reparar a perda da realidade, construindo uma nova realidade e, não, às expensas do *isso*. Freud conclui que na neurose, um fragmento de realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que, na psicose, ele é remodelado.

(...)na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial (à lei superegóica) é sucedida por uma tentativa adiada de fuga(retorno do recalcado).³⁶⁰

Neste texto, Freud discute a questão da normalidade, apontando o fato de que longe de se apresentar como uma oposição à patologia é, na realidade, uma combinatória de aspectos apresentados pelas estruturas neuróticas e psicóticas. Dessa forma, existe normalidade quando se repudia a realidade tão pouco, quanto

³⁶⁰ FREUD, S. (1924) op cit, p.231

uma neurose, mas depois, esforça-se, como faz uma psicose efetuar uma alteração dessa realidade.

Ao discutir a problemática neurótica, Freud considerou que a fantasia é uma forma de “suplência” para aquilo que foi perdido, isto é, o sujeito liga-se a outro fragmento da realidade, diferente daquele do qual se defende, atribuindo-lhe um sentido simbólico (como afirma Freud), enquanto que, na psicose, um mundo novo é recriado e colocado no lugar da realidade perdida. Esta idéia de uma ausência de “suplência”, na psicose, é o que parece ter servido para Lacan,³⁶¹ ao final de sua obra, poder pensar uma possível saída para a psicose, a partir da construção de formas de suplência, via escrita, criação artística, etc., que poderiam representar uma direção de cura para esta problemática.

O último texto escolhido para nosso estudo *Construções em análise*³⁶² abre mais uma possibilidade de reflexão a respeito do trajeto freudiano, em torno da questão da psicose, discutindo a idéia de uma aproximação estrutural das construções, ou seja, da teoria como ficção relativamente ao delírio.

Pretendemos, porém, desfazer alguns equívocos que o referido texto parece ter suscitado, quando se ausenta uma análise um pouco mais profunda da questão abordada.

Desde 1920, a partir do texto *Mais além do princípio do prazer*, Freud iniciou o que se denomina de segundo tempo da técnica analítica, onde fez prevalecer a construção sobre a interpretação.

Esta perspectiva atrelou-se à introdução da pulsão de morte, como modo conceitual explicativo para determinadas situações clínicas, onde o sexual, fundamentado no princípio de prazer, não respondia aos impasses apresentados.

A ênfase no trabalho de construção deveu-se ao fato de que nem sempre se tratava de encontrar um material que sofria recalque e que, portanto, tornar-se-ia passível de ser recordado, tratando-se de algo de ordem pulsional, uma intensidade que retornava, via compulsão à repetição, com a função de ser incluída, a posteriori, numa área de representação para o sujeito.

Este esforço, diferentemente da interpretação que se aplica a algum elemento isolado do material apresentado pelo paciente, como uma associação livre ou um lapso, significa que:

³⁶¹ LACAN(1975-76) *Le sinthome*.

³⁶² FREUD (1937) *Construções em análise*.

O analista completa um fragmento da construção e o comunica ao sujeito da análise, de maneira a que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo alternado, até o fim.³⁶³

Neste sentido, mais do que compreender aquilo que o analisando traz, a idéia é fazer o inconsciente trabalhar, buscando o fragmento perdido da realidade.

Neste processo não haveria o risco de um desencaminhamento via sugestão? Eis a indagação que o próprio Freud formulou. Vai responder a esta questão, considerando que o analista teria que proceder muito incorretamente, praticamente impedindo o analisando de falar, para que tal descaminho se estabelecesse.

O fato a ser destacado é que o valor de uma construção oferecida depende do analisando vir a completá-la, isto é, vir a fazer um uso dela, para reconstruir seu mito individual,³⁶⁴ sendo apenas este processo o que poderá trazer o sentimento de convicção necessário para que uma construção tenha o mesmo valor de uma recordação. Ou seja, o valor de uma construção depende de que ela mobilize o trabalho analítico do sujeito, o que se diferencia de ser tomada como a verdade para o analisando.

Mais adiante, Freud explorou a relação entre construção e delírio, referindo-se à questão de um fragmento de verdade histórica, presente nos dois processos, sendo esta presença aquilo que é responsável pelo sentimento de convicção aí presente.

No caso do delírio, é o afastamento do mundo externo o que possibilita a ascensão do impulso propiciador da realização de desejo, que é passível de ser revelado pela análise do conteúdo do delírio. Esta perspectiva aponta que:

(...) há não apenas **método** na loucura, como o poeta já percebera, mas também um fragmento de **verdade histórica**, sendo plausível supor que a crença compulsiva que se liga aos delírios derive sua força exatamente de fontes infantis desse tipo.³⁶⁵

É, também, o reconhecimento da existência de um “núcleo de verdade” no discurso delirante que aponta para uma possibilidade do trabalho analítico,

³⁶³ FREUD, S (1937) op cit, p.295

³⁶⁴ LACAN, J.(1966) *O mito individual do neurótico*.

³⁶⁵ FREUD, S (1937) op cit, p.302.

libertando-se o fragmento de verdade histórica de suas deformações e conduzindo-o de volta para o ponto da história do sujeito a que pertence.

Compreende-se, assim que o delírio tem uma função estruturante na psicose, pois viabiliza um retorno ao mundo externo e a um reinvestimento dos objetos, assim como, as construções no trabalho analítico.

É neste ponto que Freud conclui:

Os delírios dos pacientes parecem-me ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico — tentativas de explicação e de cura, embora seja verdade que estas, sob as condições de uma psicose, não podem fazer mais do que substituir o fragmento de realidade que já foi rejeitado no passado remoto.³⁶⁶

Cabe, então, indagar o que diferenciaria o trabalho psicanalítico de um discurso delirante? Podemos considerar que é, principalmente, o fato de a psicanálise não se tornar uma “visão de mundo” que a afasta, definitivamente, de um discurso de cunho delirante e Freud vai afirmar ter sido bem sucedido, escapando “desta vicissitude” da libido homossexual, possibilitando-nos concluir que a psicanálise poderia ser considerada, dessa forma, “uma paranóia bem sucedida”.³⁶⁷

Retomando, a partir daí, a discussão que realizamos nos capítulos anteriores desta tese, podemos estabelecer uma distinção entre a maneira como o saber se apresenta em uma e outra perspectivas.

Assim, o caso “bem sucedido” a que Freud se referiu, seria aquele em que a pulsão sexual sofre o destino da sublimação, o que significaria dizer que a experiência do luto, em relação ao saber psicanalítico, é realizada a contento. Este deixa de ser tomado como um “ideal” pelo psicanalista, sendo o mal-estar reconhecido e elaborado. O aspecto “delirante” predominaria, sempre que este processo se impossibilitasse e, neste caso, a instrumentalização do saber se confundiria com uma forma de institucionalização cuja função seria a de evitar a presença do mal-estar.

Para finalizarmos nosso estudo, no próximo e último capítulo desta tese, com o intuito de apresentarmos as condições de possibilidade do trabalho analítico

³⁶⁶ Idem, p.303

na instituição médico-psiquiátrica, apresentaremos uma proposta para pensarmos a instituição em três tempos, localizando, aí, modos diferenciados de abordagem da experiência do inconsciente, isto é, da *Outra cena*.³⁶⁸

³⁶⁷ LACAN, J (1948) vai propor a idéia de que a experiência psicanálise deve se constituir numa “paranóia dirigida”.

³⁶⁸ FREUD, S (1900) op cit, p. 572

CAPÍTULO 5

A presença da instituição médico-psiquiátrica: das condições de possibilidade da experiência psicanalítica

Uma questão colocou-se, no início deste estudo, funcionando como diretriz para nossas reflexões: “Como tornar possível a experiência psicanalítica numa instituição médico-psiquiátrica cuja peculiaridade parece ser pautada numa negação da psicanálise, ou seja, do advento da *Outra cena?*”

Numa tentativa de respondermos esta questão, duas perspectivas colocaram-se: a primeira, tomando o desejo freudiano como paradigmático, considerou a necessidade de um retorno simbólico ao percurso de Freud em suas relações com o campo médico-psiquiátrico e com a questão da psicose. A segunda, concebendo a instituição de um ponto de vista psicanalítico, partiu da premissa de um mal-estar do psicanalista na instituição, impondo-se, aí, a necessidade de realização de um luto em relação aos ideais sociais, a todo aquele que pretendesse ocupar esta função específica.

Neste último capítulo, com o intuito de finalizarmos nosso estudo, pretendemos avançar um pouco mais no âmbito de uma leitura psicanalítica da instituição, partindo da idéia de Lei, em suas articulações com os mitos freudianos, caracterizando a instituição médica como uma presença em três tempos.

Nosso objetivo será delinear algumas condições de possibilidade para a efetivação da psicanálise, tendo-se, em vista, nossa experiência num ambulatório de psiquiatria.

5.1. A instituição, a Lei e os mitos freudianos

O Pai é um Nome. Seu Nome aqui nomeado é Instituição.

A questão da relação natureza-cultura, que é a questão da própria origem do homem, foi formulada em torno do século XVIII, no campo da filosofia, a partir de uma perspectiva dualista, isto é, de oposição entre a ordem inata e a ordem social. Dentro desta ótica de dissociação da natureza em relação à cultura, esta última, foi pensada como progressão ordenada, evolutiva de um estado primitivo.

Foram estas premissas que conduziram um filósofo, como Rousseau,³⁶⁹ a concluir que a natureza do homem teria sido pervertida, isto é, fora corrompida pela sociedade. Isto o levou a construir uma ficção do homem em estado de natureza, estabelecendo, a partir daí, sua idéia de contrato social com fins de regulação das relações sociais, visando reconciliar a sociedade (a cultura) com as exigências da “felicidade” por ele relacionada à moralidade natural. O homem foi identificado ao estado de natureza pelo próprio corpo, priorizando-se o biológico, sendo o acesso ao cultural, obtido pelo advento progressivo da razão e da liberdade.

Esta premissa originou, em alguns casos, uma visão ideológica, e reducionista, a respeito das chamadas sociedades “primitivas” que foram, então, abordadas a partir de preconceitos oriundos das chamadas sociedades “civilizadas”. Por outro lado, pela crítica que suscitou essa mesma visão, foi também um ponto de partida para novas abordagens antropológicas, como aquela representada por Lévi-Strauss,³⁷⁰ cuja proposta foi considerar que aquilo que era natural deveria obedecer às leis universais, enquanto que o cultural, só poderia ser estabelecido por regras particulares de funcionamento.

Uma das conseqüências imediatas deste pensamento foi ter possibilitado uma outra abordagem para as chamadas sociedades primitivas, a partir daí, reconhecidas como grupos em “estado em cultura”, visto que Lévi-Strauss identificou, nestas organizações sociais, normas e regulamentos norteando seu

³⁶⁹ ROSSEAU, J.J. (1996) *O contrato social*.

³⁷⁰ LÉVI-STRAUSS, C (1996) *Antropologia estrutural*.

funcionamento. Estabeleceu, então, a premissa de que a única natureza do homem seria a cultura, pelo fato de que todo homem sempre participaria de alguma forma cultural, sendo esta, portanto, a marca da sua humanidade.

Dessa forma, rompendo com uma perspectiva de cunho reducionista, considerou que o homem não seria, apenas natureza, nem apenas cultura; delineou a existência de um substrato comum, presente em toda formação social que, sendo universal, definiria tanto uma cultura, quanto uma natureza. Este substrato seria a lei universal de proibição do incesto, operador simbólico, regulador das relações sociais. A presença desta lei congregando, tanto os aspectos da natureza, quanto os da cultura, possibilitaria as condições necessárias para descrever a mítica trajetória humana traçada da natureza à cultura.

Foi a partir da concepção de uma ordem edípica que a psicanálise pôde, por sua vez, reintegrar o conceito de natureza no homem, de certa maneira, em conformidade com a perspectiva antropológica.³⁷¹

A problemática natureza-cultura, no campo psicanalítico, ao se tornar coextensivo à ordem edípica, deslocou uma perspectiva de oposição existente entre esses elementos em direção à idéia de um conflito passível de encontrar uma saída pelo acesso ao registro da linguagem.

É no nível do mal-estar-cultural, tomado aqui a partir de uma premissa de um mal-estar institucional, que poderá se reencenar o encontro natureza-cultura, ponto de origem do nascimento do sujeito, expresso por Freud, através da descrição mítica.

Nesse contexto, a idéia de instituição enquanto uma forma instituída, é aquilo que igualmente, possibilitará um (re)começo, um (re)nascimento do sujeito, porque estabelece uma organização a partir de algo, inicialmente, caótico. Ou seja, a instituição, enquanto Lei instituidora de uma forma, realiza uma gênese, no sentido judaico do termo, possibilitando o nascimento de algo, sem, entretanto, desconhecer o não-acabamento desta criação e a persistência de algo, para além do Verbo, no âmago de toda forma organizada.

No fundamento de toda instituição e sua permanência, encontramos a questão das origens do sujeito, onde se reinstaura, miticamente, o nascimento do desejo em suas articulações com a Lei, ou seja, a assunção da castração,

³⁷¹ Especialmente, LACAN, J (1966) utilizou-se dos estudos de LÉVI-STRAUSS (1957) para reler o *Édipo* freudiano.

assinando-se, com isso, que a entrada no campo simbólico é um processo nunca, definitivamente, acabado, sendo toda instituição, do ponto de vista do sujeito, uma repetição de uma instituição originária.³⁷²

As instituições revelam a questão do Pai e sua função³⁷³ na vida psíquica do homem, reenviando-nos à concepção de um *fallus originário*, sendo a denominada função paterna, aquilo que permite uma inscrição da identidade sexual de cada um, por vezes, em detrimento da predeterminação biológica, ordenando as relações humanas a partir de uma operação simbólica.

É, portanto, o Pai, enquanto função simbólica, ou seja, enquanto referido à lei de proibição do incesto, que tendo como centro de gravidade o *falo*, permitirá o ordenamento das relações humanas, possibilitando, inclusive, que um pai real possa chegar a assumir sua representação realizando uma transmissão geracional.

A raiz etimológica da palavra instituição apresenta duas vertentes específicas: “instruir” e “instituir”, o que nos permite articular “saber” e “permanência”, indicando-nos a presença de um significante que é transmitido, ao mesmo tempo em que institui aqueles que o recebem:

E aí encontramos a conexão entre paternidade e saber. O pai é aquele que tem o saber e o profere. E os filhos são aqueles que se identificam ao pai, que o tomam como ideal, que fusionam com ele para serem como ele e serem, assim, um dia, o pai.³⁷⁴

Ou seja, para que algo se institua, é necessário que ocorra um processo de identificação que possibilite, simultaneamente, o nascimento do eu (*moi*) e do sujeito (*Je*).

Dessa forma, afirma Mannoni que o saber tem:

(...) uma função fundadora sobre o sujeito e, através de sua conservação, anular a finitude de cada um através da eternidade da instituição(...) pereniza-se[assim] a fantasia de uma geração não sexuada, de uma transmissão sem perda. Este é também o solo que encontramos na base de todas as instituições.³⁷⁵

O que a autora afirma aqui, é que no fundamento de toda instituição, cujo objetivo final é sua própria manutenção, encontramos a negação da diferença e,

³⁷² VARNIER, A; GUYOMARD, P. *As formações da instituição*, apud MANNONI, M. (1989).

³⁷³ DOR, J (1991) *O pai e sua função na psicanálise*.

³⁷⁴ ENRIQUEZ, E. (1971) *Le psychanalyste et son institutions*, p.2

³⁷⁵ MANNONI, M. (1989) op cit, p.153

conseqüentemente, da morte. Podemos, a partir disso, retomando uma discussão empreendida no capítulo 2 desta tese, considerar que a instituição, enquanto saber-poder instituído, só poderá transformar-se, a partir de uma espécie de subversão deste instituído, fazendo-se necessário proceder, repetidamente, um trabalho de luto, tal como destacamos nos textos freudianos sobre a relação do sujeito com a cultura.

A palavra instituição, indicando o atrelamento entre o saber e sua permanência, revela que toda instituição é fundadora de um sujeito normatizado e à medida que toda instituição visa sua própria continuidade, o aparecimento do sujeito desejante só pode ser pensado a partir de uma forma de transgressão ao instituído, causador de mal-estar.

Para explicarmos, teoricamente, este “encontro”, ou seja, a articulação inexorável entre o desejo inconsciente e o poder (Lei) que as instituições encenam, lançaremos mão dos mitos freudianos, (*Tótem e Tabu*, *Édipo*, *Moisés e o Monoteísmo*) que traduzem uma característica específica do saber em sua relação com a verdade.

Lacan,³⁷⁶ caracterizando a marca da psicanálise que a diferencia das outras ciências, localiza esta especificidade no que denominou de *uma relação fundamental com a medida do homem*, relação interna, inesgotável, cíclica que comporta, por excelência, o uso da palavra. É esta marca aquilo que impossibilita que a experiência psicanalítica seja, totalmente, objetivável, pois ela sempre implicará a emergência de *uma verdade que não pode ser dita, já que o que a constitui é a palavra e seria preciso[para isso] dizer a própria palavra*.³⁷⁷

Isto significa afirmar que a verdade tem uma estrutura de ficção. Os mitos, pelo seu caráter estrutural, sendo de modo algum maleáveis às modificações, passam a ser aqueles que melhor se adequam a dizê-la, revelando-se como uma espécie de esteio revelador da relação do homem com temas universais, pois se reportam à vida e a morte, à existência e a não-existência e, especialmente, ao nascimento, às origens ou à *aparição daquilo que ainda não existe*.³⁷⁸

³⁷⁶ LACAN, J. (1966) op cit, p.46.

³⁷⁷ Ibidem, p.47.

³⁷⁸ LACAN, J (1956-57) *A relação de objeto*, p.254.

Ou seja, não sendo de ordem material o encontro com a verdade inconsciente, porém, histórica, trata-se de encontrarmos no modo mítico, isto é, ficcional a possibilidade de tornar relatável este encontro.

É, por isso, que:

O mito é o que confere uma fórmula discursiva a qualquer coisa, que não pode ser transmitida na definição da verdade, porque a definição da verdade não pode se apoiar, senão, em si mesma e é enquanto a palavra progrida que ela a constitui.³⁷⁹

Os mitos freudianos, em última instância, giram em torno da temática do Pai, questão freudiana fundamental que percorre toda sua obra direta ou indiretamente, seja para colocá-los como a origem do nascimento do sujeito, seja para enfatizar a necessidade de repetição de um certo luto necessário ao sujeito para que se dê o acesso a uma identificação a este *Nome*, a partir de onde, uma dada reordenação se viabilize, cujo efeito seria a possibilidade de reinvenção da existência.

O primeiro mito freudiano foi abordado no texto *Totem e tabu*,³⁸⁰ quando Freud construiu uma explicação a respeito da origem do sujeito em suas relações com a Lei fundante do social.

Segundo Lacan,³⁸¹ este mito foi construído para explicar o que permanecia em hiância na doutrina freudiana e que se reportaria à questão: *Onde está o Pai?*

Ou seja, este trabalho foi: (...)feito para nos dizer que, para que os pais subsistam é preciso que o verdadeiro pai, o pai singular e único, esteja antes do surgimento da história e que seja o pai morto.³⁸²

Este texto marca, portanto, a presença de um tempo originário, tempo anterior ao *Édipo*, quando o gozo seria absoluto, isto é, não distinto da Lei.

Freud, partindo da idéia do totemismo como sistema (religioso e social) mais primitivo de que se tinha notícia, discutiu as condições determinantes do surgimento das duas instituições: organização totêmica e proibição do incesto.

Do ponto de vista religioso, o totemismo revelava a união mítica do selvagem com o tótem, o que correspondia à tendência do grupo defender o tótem como se fosse a si mesmo e cercá-lo de proibições.

³⁷⁹ LACAN (1966), op. cit. p.47.

³⁸⁰ FREUD, S.(1913b) op cit.

³⁸¹ LACAN, J (1956-57) op cit, p.215.

Enquanto uma forma primitiva de regulamentação social, o totemismo assegurava algumas proibições que funcionavam como referências para o grupo como um todo: não matar ou destruir o tótem, não casar com mulheres do mesmo tótem.

No texto em questão, Freud considerou que qualquer explicação satisfatória a respeito da origem das instituições, deveria ter simultaneamente cunhos histórico e psicológico e: (...) *Deverá dizer-nos sob que condições essa instituição peculiar se desenvolveu e a quais necessidades psíquicas do homem dá expressão,*³⁸³ ponderando a indissociabilidade entre a estrutura das instituições e a estrutura psíquica dos sujeitos.

Prosseguiu, então, na descrição do mito, partindo do conceito de horda primeva de Darwin, onde o patriarca tirânico tinha apenas um inimigo a quem temer, um grupo de jovens irmãos vivendo juntos em celibato forçado, visto que todas as mulheres pertenciam ao tirano. Ou seja, o pai da horda era aquele que gozava de todas as mulheres, obrigando, simultaneamente, todos os filhos à abstinência.

Freud levantou a hipótese de que, certo dia, os filhos expulsos pelo pai, retornaram juntos, mataram³⁸⁴ e devoraram-no, colocando assim, um fim à horda patriarcal. Após o devoramento do pai violento, tanto temido como invejado, processou-se uma identificação com ele:

A refeição totêmica que é, talvez, o mais antigo festival da humanidade, seria, assim, uma repetição e uma comemoração desse ato memorável e criminoso que foi o começo de tantas coisas: da organização social, das restrições morais e da religião.³⁸⁵

O que Freud retratou, ao se utilizar deste mito, foi o fato de que no fundamento de toda instituição o que se atualiza seria a relação do sujeito com o *pai morto* (Lei) tornado mais forte do que fora quando vivo.

Verificamos o aparecimento de uma “obediência retrospectiva”, ou seja, quando os filhos renegando seu ato, proíbem a destruição do tótem, substituto do pai, e recusam-se a manter relações sexuais com as mulheres, anteriormente,

³⁸² Idem.

³⁸³ FREUD, S.(1913b) op cit, p.133

³⁸⁴ LACAN (1956-57) chama a atenção que em francês e em outras linguas, p.ex., no alemão, *tuer*, (*matar*) do latim *tutare*, significa *conservar* (p. 215).

³⁸⁵ FREUD, S. (1913b) op cit, p. 170.

pertencentes ao tirano, revelava-se, aí, a presença do sentimento de culpa, isto é, do ódio primário transformado em remorso.

O que se anuncia no discurso freudiano é a ambivalência primária na relação do homem com a Lei. Ao matar e incorporar o pai, os filhos inauguram um tempo histórico — o tempo do *Édipo* — quando se reencena a repetição de um ato onde estão envolvidas as tendências disjuntivas da agressão e do erotismo.

Presentifica-se um dos componentes essenciais do *Édipo*, o sentimento de culpa que engendrará os dois interditos atuantes na situação edípica, através de dois desejos recalcados: a morte do pai e as exigências sexuais dirigidas à mãe.

O que se revela é que todos os filhos, a exemplo do pai, teriam desejado ter todas as mulheres para si, o que resultaria numa impossibilidade de viverem juntos em comunidade, tornando-se necessário, portanto, instituir-se a interdição do incesto, ou seja, a regulação do desejo e sua simultânea distinção, relativamente ao gozo.

O mito do *Édipo* percorrerá toda a obra freudiana desde sua origem, sendo que a primeira referência será feita numa carta dirigida a Fliess, em 15 de outubro de 1897, quando interpretou, pela primeira vez, a tragédia de Sófocles, fazendo dela o ponto nodal de um desejo incestuoso infantil:

Descobri, também, em meu próprio caso [o fenômeno de], apaixonar-me por mamãe e ter ciúme de papai e agora o considero um acontecimento universal do início da infância, mesmo que não ocorra tão cedo quanto nas crianças que se tornam histéricas. (Semelhante à inversão da filiação [romance familiar] na paranóia – heróis, criadores da religião) Se assim for, podemos entender o poder de atração do Oedipus Rex, a despeito de todas as objeções que a razão levanta contra a pressuposição do destino; e podemos entender porque o “teatro da fatalidade” estava destinado a fracassar tão lastimavelmente (...), mas a lenda grega capta uma compulsão que todos reconhecem, pois cada um pressente sua existência em si mesmo. Cada pessoa da platéia foi, um dia, um Édipo em potencial na fantasia, e cada uma recua, horrorizada, diante da realização de sonho ali transplantada para a realidade, com toda a carga de recalçamento que separa seu estado infantil do estado atual.³⁸⁶

³⁸⁶ MASSON (1986) *Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*, p.271.

Lacan³⁸⁷ considerou que nas cartas a Fliess, que ele denomina de biografia freudiana, expressaram-se, claramente, as preocupações de Freud em torno do complexo de *Édipo* traduzidas, segundo Lacan, pela pergunta: *O que é um Pai?* Porém, será somente mais tarde, no artigo de 1924³⁸⁸ que Freud tentará articular, plenamente, a fórmula do *complexo*, considerando a idéia de sua dissolução, a partir do encontro com a ameaça de castração.

Freud afirmou, neste trabalho, que a força desta ameaça que conduzirá o sujeito a abandonar a organização genital fálica, pautar-se-á em duas questões fundamentais: a primeira, relacionada à experiência passada do sujeito, às perdas anteriores e a seu modo específico de resolução, constituindo-se aí, uma cadeia simbólica (*seio-fezes-falo*), quando o sujeito, mais uma vez, (re)encontrar-se-á com a falta do objeto.

A segunda questão é definitiva, articulada à visão dos órgãos genitais femininos que tornam a perda do pênis, de fato, imaginável e, portanto, passível de efetivação.

O encontro com a castração será, em última instância, o encontro com a diferença sexual apontando para a existência da alteridade, limite da própria realidade narcísica do sujeito, possibilitando a dissolução do *complexo*.

O *Édipo* é, portanto, um mito que descreve o encontro com um limite, representado pela introdução de um significante da alteridade que se interpõe entre o sujeito e o real (*non-sense*), fundamentando a constituição do desejo numa separação daquilo que é da ordem do gozo.

Apesar do estabelecimento de uma distinção entre o prazer e o gozo, a busca deste último representará, permanentemente, uma tentativa de ultrapassamento dos limites do princípio do prazer, numa busca da coisa perdida, que apesar de causar sofrimento no homem, não será nunca, definitivamente, abandonada. Por outro lado, a possibilidade de uma submissão ao gozo será aquilo que levará o sujeito a abandonar sua capacidade desejanter, única capaz de sustentá-lo na existência.

Podemos considerar que o encontro com a instituição (o instituído) proporcionará o retorno desta questão, ou seja, das tentativas sempre renovadas de separação entre o desejo e o gozo, impondo ao sujeito uma retomada do percurso

³⁸⁷ LACAN (1956-57) op cit, p.220.

³⁸⁸ FREUD (1924) *A dissolução do complexo de Édipo*.

de elaboração de luto, capaz de indicar-lhe caminhos sublimatórios na sua relação com o desejo, o que não ocorrerá, sem efeitos, para os laços sociais aí presentes.

A resolução final deste *complexo*, Freud descreveu a partir de um afastamento libidinal em relação ao objeto primário que será, então, substituído por uma identificação simbólica ao pai, situando-se aí, o núcleo do que denominou de *supereu*.

O *Édipo*, reencenando em linhas gerais, a inconsciência, o crime e o restabelecimento da ordem, aponta a necessidade de uma retomada do mito, isto é, de uma repetição necessária e indispensável ao longo da vida, onde viabilizar-se-á o renascimento da Lei. Isto significa considerar que a Lei sendo simbólica, não incrustada numa realidade natural, precisará ser reinscrita a cada vez que o sujeito se reencontra com suas diferentes representações.

Podemos considerar que a tendência dos sujeitos à submissão, às formas instituídas, expressaria um modo defensivo relativamente ao ódio primário, sua negação, cujo resultado seria a manutenção da ilusão de que o “pai está vivo” e que portaria o saber-poder capaz de conduzi-los em direção à uma verdade. Por outro lado, a expressão da singularidade e do sujeito desejante, desarrumando as formas instituídas, incluiria, necessariamente, alguma forma de expressão desta hostilidade, ao invés de sua mera exclusão.

A importância central deste mito no campo da psicanálise será, mais tarde, retomada no texto *Esboço de psicanálise*,³⁸⁹ num dos últimos trabalhos de Freud, onde afirma categoricamente que a descoberta do *complexo de Édipo* teria direito a ser incluída como uma, dentre as mais preciosas aquisições da humanidade.

No terceiro e último mito freudiano, expresso no texto *Moisés e o monoteísmo*,³⁹⁰ onde Freud discutirá, ainda, a articulação entre desejo e Lei, encontramos delineada a idéia de uma verdade histórica em contraposição a de uma verdade material.

O que se destaca, claramente, neste trabalho é que a verdade seria uma forma de construção, sem um compromisso com a realidade concreta que permitiria ao sujeito uma produção de sentido, absolutamente, necessária a sua existência.

³⁸⁹ FREUD, S (1938) *Esboço de psicanálise*, p.221.

³⁹⁰ FREUD, S (1939[1934-1938]) *Moisés e o monoteísmo*.

O que Freud constrói ao longo de quatro anos, tempo de gestação do referido texto, é um trabalho que bem poderia ser entendido como um “romance familiar”, pois foi onde resgatou sua judeidade, ao mesmo tempo, que propôs demonstrar que Moisés era egípcio.

Este artigo tem sido interpretado como uma reviravolta freudiana, reveladora de uma ética de fidelidade, calcada num sentimento de pertencimento, e, também, de ambivalência relativa a sua própria judeidade. Freud parece refazer, aqui, um processo que se teria iniciado a partir de sua amizade com Jung, quando ele teria pretendido garantir a construção de uma psicanálise “desjudaizada”.

Trata-se, em última instância, de uma comovente retomada da própria história freudiana em suas raízes judaicas, realizada nos últimos anos sofridos de sua vida atravessada pelo avanço da doença por ele contraída: o câncer.

Neste trabalho, mais uma vez, Freud conta a história de sua descoberta do inconsciente, e de sua renúncia a qualquer apoio numa religião. Ao “desjudaizar” Moisés, revela sua própria identificação com ele, indicando que o fundador é sempre um “exilado”, seja pelo fato de sentir-se como um “estranho”, seja por estar em ruptura com sua época ou simplesmente, por sentir-se dividido em seu próprio íntimo. Porém, é somente a partir desta perspectiva de “exílio” que ele é capaz de inverter uma tradição, suplantando o Pai e tendo acesso a uma outra cultura, criando, originando algo novo. Dessa maneira, podemos considerar que a pergunta que traduz este mito é: *Como se tornar um Pai?*

Ao longo deste texto, respondendo a esta pergunta, Freud vai destacar a relação do homem Moisés com a Lei, mostrando-o como alguém que tem a coragem de rebelar-se contra o pai, sobrepujando-o, vitoriosamente.

Nosso mito faz essa luta remontar até a pré-história do indivíduo, já que o representa como nascendo contra a vontade do pai e salvo, apesar das más intenções paternas(...)Quando a imaginação de um povo liga o mito de nascimento, que estamos examinando, a uma figura fora do comum, está pretendendo, dessa maneira, reconhecê-la como herói e anunciar que ela correspondeu ao modelo regular de uma vida de herói. Na verdade, contudo, a fonte de toda ficção poética é aquilo que é conhecido como “romance familiar” de uma criança, no qual o filho reage a uma modificação em sua relação emocional com os genitores e, em especial, com o pai.³⁹¹

³⁹¹ FREUD, S. (1939[1934-1938]) op cit, p.24-5.

A questão da verdade histórica apontará para o fato de que aquilo que é creditado por nós, independe de uma verdade de cunho material, pois o que está em jogo é aquilo que vem ao encontro de nossas ilusões carregadas de desejo.

O texto *Moisés* deve ser, portanto, lido como uma reconstrução freudiana que, em última instância, expõe as raízes inconscientes do anti-semitismo a partir do próprio judaísmo e não mais, como um fenômeno externo a ele.

Ou seja, o povo judeu ao negar o assassinato do Pai, que Freud descreveu no mito referente a *Totem e tabu*, provoca a acusação e o ressentimento dos outros povos, apontando, também, a presença de um ciúme em relação ao povo judeu que se pretenderia representar como o filho primogênito, favorecido pelo Deus Pai.³⁹² Deste modo é retomada a problemática de *Totem e Tabu*, dando prosseguimento à discussão ali desenvolvida.

Freud deixou, claramente, destacado que os dois trabalhos (*Totem e tabu e Moisés e o monoteísmo*) dizem respeito a uma “reconstrução” cuja importância encontra-se, exatamente, na possibilidade de expressar uma verdade, independentemente do acontecimento ter ocorrido, de fato, na realidade material. Respondeu, assim, às críticas relativas ao fato de não ter alterado suas opiniões, apesar de etnólogos mais modernos terem, unanimemente, rejeitado as hipóteses de Roberto Smith, nas quais Freud se inspirou para escrever seu texto. Afirmou, porém, que se apropriou das hipóteses deste etnólogo, como psicanalista e, não, como etnólogo, recolhendo aí valiosos pontos de contato com o material psicológico da análise, não tendo, portanto, qualquer compromisso com a verdade da etnologia propriamente dita.

A descrição dos mitos freudianos, relativamente à instauração da Lei, indica-nos, assim, três momentos distintos relativos à presença do Pai na constituição do sujeito, expressos a partir das seguintes indagações: *Onde está o Pai? O que é um Pai? Como se tornar um Pai?*

A partir daí, podemos considerar a presença de diversas modalidades de expressão da Lei, correlativas a tempos diferentes da experiência de luto, isto é, à experiência do encontro com a falta de objeto e à instauração do sujeito do inconsciente.

Se pensarmos a instituição (Lei) como aquilo que dá origem ao sujeito do inconsciente, aquilo que possibilitará a transmissão de um saber, via linguagem,

cabará indagarmos quais as formas pelas quais a palavra poderá se apresentar “para” e “no” sujeito, de modo a possibilitar a sua inserção no campo simbólico, isto é, quais as possibilidades identificatórias aí presentes.

Encontramos, em Weill,³⁹³ um estudo referente a este ponto, através da descrição de momentos míticos da expressão da Lei, diferenciados pela forma como o supereu se presentifica no sujeito e que, aqui, resgataremos por nos possibilitar, mais adiante, uma articulação entre o trabalho freudiano e o nosso estudo sobre a instituição.

O primeiro momento mítico será aquele da presentificação do supereu arcaico, que se expressaria, segundo Weill, através do imperativo absoluto *Nem uma palavra!*³⁹⁴ Neste momento primordial, o sujeito não teria direito a fazer uso da palavra, visto que, o saber seria propriedade de um Outro absoluto, detentor, em última instância da sua existência.

Poderíamos articular este primeiro tempo da Lei à denominada primeira identificação, descrita por Lacan,³⁹⁵ a partir do texto freudiano.³⁹⁶

Esta primeira identificação seria a forma mais originária do laço de sentimento com um objeto, onde, ainda, não se distinguiria a libido objetal de identificação. Freud relacionou esta identificação ao pai e, em algumas passagens, ao que denomina a pré-história pessoal do indivíduo, o que nos permite pensar esta primeira identificação como primária, inaugural, possibilitando, ao sujeito, a entrada numa cadeia geracional. Tratar-se-ia, aqui, do pai mítico, pré-histórico, de *Totem e tabu*.

A partir destas colocações, podemos supor tratar-se, também, do ideal do eu dos pais que se presentificariam no investimento desejante daquele filho específico ou, como Lacan afirma, identificação com o Outro da necessidade ou, antes, da mãe, na medida em que, esta é portadora da metáfora paterna.

Consideramos, portanto, tratar-se do primeiro tempo da Lei, à medida que diz respeito a este primeiro momento da alienação fundamental do sujeito ou do recalçamento originário.

Através da história do louco e da galinha,³⁹⁷ Weill, revela que:

³⁹² ROUDINESCO (1998) op cit, p.518

³⁹³ WEILL (1997) *Os três tempos da Lei*.

³⁹⁴ Idem, p.35

³⁹⁵ LACAN, J (1957-58) *Formações do inconsciente*

³⁹⁶ FREUD, S (1921) *Psychologie des masses et analyse du moi*.

(...) o destino de um sujeito pode ser guiado por uma impossibilidade radical de dizer: não, não sou apenas isso, não sou apenas um grão de trigo, a um Outro, encarnando para ele o supereu arcaico, que não cessa de o maldizer, de o amaldiçoar segundo uma maldição, silenciosa que o faz decair: Você é apenas isso, um grão de trigo.³⁹⁸

Revela-se, aqui, a alienação primordial que faz de cada humano esse louco potencial, à medida que está sob o jugo de uma maldição silenciosa. Se, por um lado, sabemos da impossibilidade de escaparmos a esta primeira interpretação, advinda de um outro (imaginário), o que dizer quando falta a possibilidade de acesso a um terceiro (Outro) que, relativizando esta alienação primeira, abra as brechas necessárias à construção de uma singular existência?

A dimensão imaginária da identificação corresponde ao fato de que ela não se restringe ao uso do significante, ou seja, prioritariamente, há uso da imagem na qual está implicado o olhar e isto significa que a identificação imaginária exige que o outro esteja colocado em uma posição acessível a este olhar.

O olhar fascinante e a força do julgamento superegóico tiram sua força irresistível da ligação que mantém com o Real, ou seja, aquilo que se subtrai ao reino do significante. Este olhar fascinante impõe-se, mostrando o avesso do simbólico, o mundo do inumano, não regido pela lei da palavra e onde reina o silêncio absoluto.³⁹⁹

(...) o sujeito cujo acesso ao real se faz sem mediação significante, faz a experiência mortífera do mundo de iniquidade que é um mundo sem lei: a lei é de fato a introdução de um significante da alteridade que, ao interpor-se entre o sujeito e o real, tem como efeito interditar ao real de se oferecer à percepção interna do sujeito, só lhe permitindo ser simbolizado através de um dizer.⁴⁰⁰

Esta exposição colocará o sujeito próximo da experiência da psicose, isto é, de ser adivinhado pelo olhar, nada mais podendo esconder do Outro, produzindo-

³⁹⁷ *Estando um louco, que se toma por um grão de trigo, curado, recebe alta do setor onde estava hospitalizado; na saída do hospital, ao se deparar com uma galinha, dá meia volta aterrorizado e pede ao seu psiquiatra para ser reinternado. Pergunta do psiquiatra, surpreso: Não compreendo, há cinco minutos atrás, você estava curado, você sabia que não era um grão de trigo.... Resposta do louco: Sim, eu sei, mas ela, será que sabe?* (WEILL, 1995, p.35)

³⁹⁸ WEILL (1997) op cit, p.36.

³⁹⁹ Idem, p.46.

⁴⁰⁰ Idem, p.59.

se, assim, todos os sentimentos de perseguição que acabam por aprisionar o sujeito.

Prosseguindo com Weill, ele descreverá o segundo tempo da Lei, a partir da censura, isto é, do segundo supereu. Para isso, resgatará uma distinção entre *lapso* e *chiste*, considerando a dimensão da vergonha como atrelada ao *lapso*, enquanto que:

(...) na produção de um chiste, entendo que houve êxito na medida em que meu interlocutor me faz ouvir seu riso surpreso; mas o produtor de um lapso não é informado do seu mal-dizer pelo riso bem-humorado do seu auditor, mas pelo silêncio de um olhar que provoca sua vergonha e que tem, para ele, a característica do déjà-vu.⁴⁰¹

Duas dimensões apresentam-se ao sujeito como formas de desvelamento diante do Outro. No primeiro caso, o Outro “responderia” manifestando-se pela escuta, dando a entender que o sujeito teria dito algo extraordinário, porém invisível; já, no segundo caso, isto é, quando a “resposta” vem pelo olhar, o sujeito sente-se exposto, transparente, mostrando-se envergonhadamente, face ao olhar do Outro.

Encontramos explicitadas, do ponto de vista do sujeito, a ação do *Panóptico*, descrita, anteriormente, no capítulo 2, item 2.1, desta tese.

Tratando-se, nos termos de uma economia psíquica, da atualização de uma Lei superegógica que como um “grande olho” que a tudo espreita, dirige-se ao sujeito com um *Não insista!*⁴⁰² com o seu desejo. Um momento mítico em que se colocaria para o sujeito a questão de que ele enquanto autor possível de sua palavra poderia ou não, autorizar-se a falar. É descrito, aqui, um momento em que o sujeito seria tomado pela experiência do inconsciente, porém, acabaria por retroceder na sustentação deste desejo, cedendo, portanto, a uma identificação com a própria censura.

Nesse sentido, podemos delinear, aqui, a presença da segunda identificação descrita como algo que *se produz no caminho de uma regressão como substituta*

⁴⁰¹ WEILL (1997) op cit, p.39

⁴⁰² Idem, p.68.

*de uma ligação comum com um objeto, ligação que equivale a uma introjeção do objeto no eu.*⁴⁰³

A identificação advém, então, em substituição à perda do objeto. Talvez, fosse mais adequado considerar a ocorrência de uma forma de “regresso” à identificação, que é a forma mais primária de laço com o objeto. Ou seja, já que não é possível “ter” o objeto do desejo, o que advém é o “ser” o objeto. Neste caso, podemos pensar que o sujeito, ao invés de sustentar seu desejo, substituindo o objeto do desejo por outro, numa errância sem fim que suportaria a falta do objeto, acabaria por identificar-se com o objeto e com a censura relativa ao desejo. Há, portanto, identificação com o objeto perdido/faltoso, transformado em objeto proibido.

O terceiro supereu, segundo Weill, é aquele que revelar-se-ia através da injunção: *Você vai perseverar*⁴⁰⁴ no seu desejo ou irá desistir?

Este momento é aquele em que o sujeito precisa poder suportar um tempo da sideração, tempo da indecisão em que advém do Outro, a questão *O que você quer?* Esta interrogação, ultrapassando a questão do objeto, visto que, o objeto é desde sempre faltoso, significará a relação do desejo, com ele mesmo, formulado na questão: “Como você deseja seu desejo?”

Há, portanto, identificação com o próprio desejo e, neste sentido, este é o tempo da sustentação da falta do objeto e da tomada da palavra como uma via possível da subversão da Lei e sua, simultânea, reinscrição.

Podemos pensar que aqui se expressaria a possibilidade do sujeito tomar a palavra e, conseqüentemente, o “poder” (de) desejar.

(...) a passagem para a perseverança; a angústia ligada a sideração, conota esse tempo psíquico em que o sujeito do inconsciente encontra-se diante da escolha inconsciente entre semi-dizer ou se desdizer.⁴⁰⁵

A esta última forma descrita corresponderia, especificamente, a atualização da Lei simbólica cuja presença possibilitaria aos sujeitos, delinearem sua singularidade. Não estaria, aqui, de fato, a função primordial das instituições?

⁴⁰³ LACAN (1957-58) op cit, p.437.

⁴⁰⁴ WEILL (1997) op cit, p.102..

⁴⁰⁵ Idem, p.109.

(...)é porque a palavra deve ultrapassar três limites para se realizar no simbólico que somos autorizados a dizer que ela pulsa num ritmo de três tempos, como se ela dançasse no compasso da valsa.⁴⁰⁶

Falar em identificação simbólica implicaria na idéia de uma predominância da voz sobre o olhar e do significante como instrumento de abordagem da realidade. O exemplo que resgatamos do chiste como experiência do sujeito nos reporta ao fato de que, aqui, a lei assume sua função simbólica possibilitando ao sujeito fazer uso da palavra o que o libertará do olhar superegótico.

A presença da instituição (Lei) assumirá, então, três formas ou três tempos míticos, em alguns momentos, prioritariamente, uma forma mais do que outra, possibilitando uma reinscrição simbólica renovada para o sujeito.

Recolocando a proposta deste último capítulo que é o estabelecimento das condições de possibilidade para um psicanalista realizar sua *práxis*, na instituição médico-psiquiátrica, podemos considerar a partir de agora, uma dependência correlativa aos tempos diferenciados da Lei que a instituição poderá vir a representar. Dessa forma, sustentaremos a hipótese de que a efetivação da experiência psicanalítica, na instituição médico-psiquiátrica, dependerá de um “tempo da instituição”, caracterizado como simbólico viabilizador da experiência do inconsciente. Será este ponto que passaremos a discutir agora.

5.2 A experiência psicanalítica e os *três tempos* da instituição

Vocês podem classificar as formações humanas instaladas pelos homens onde quer que eles vão, e por toda parte – as chamadas formações coletivas – em função da satisfação que elas dão aos diferentes modos da relação com a Outra coisa.(Lacan,1957-8:183)

O que a descoberta freudiana do inconsciente revela é o fato da presença do complexo de Édipo e sua função estruturante na constituição da subjetividade, fato este discutido quando colocamos, em destaque, a questão da instituição e da Lei em suas articulações com os mitos freudianos. Ou seja, a questão da

⁴⁰⁶ Idem , p.110.

psicanálise é, antes de tudo, a consideração de que aquilo que “humaniza” relaciona-se à questão do Pai em sua função na subjetividade.

O modo como o saber e o campo psicanalítico se constituíram, a busca freudiana, seus impasses, suas retomadas e transformações teóricas indicam que o Pai cumpre sua função, à medida que se torna simbólico ou, conforme Lacan, um significante primordial,⁴⁰⁷ a partir do qual todo um campo da linguagem possa vir a se constituir estabelecendo, assim, a existência de uma *Outra cena*,⁴⁰⁸ instituidora do sujeito desejante.

Ao discorrermos, no capítulo 2 desta tese, a respeito do que denominamos de o mal-estar institucional em Freud, procuramos chamar a atenção, no percurso freudiano, para a evidência de um certo trabalho de luto em relação aos ideais sociais relativos à sua época, representados pelo campo médico, sendo, exatamente, este processo aquilo que possibilitou que o referido campo ocupasse um lugar simbólico (*Outro*) necessário à constituição do campo psicanalítico. O distanciamento, a mediação, enfim, a alteridade aí estabelecida, com relação ao campo médico foi, portanto, aquilo que possibilitou a fundação da psicanálise, isto é, a possibilidade de o próprio Freud vir a ocupar, posteriormente, um lugar simbólico tornando-se o “pai da psicanálise”.

A partir disso, temos procurado destacar a necessidade, por parte de cada analista, de uma retomada simbólica do caminho percorrido por Freud, considerando que a constituição da experiência psicanalítica e a ocupação deste lugar depende de um processo de formação permanentemente renovável, a partir do encontro com impasses, de certa forma, similares àqueles encontrados por Freud no seu percurso.

Delinearemos, agora, a presença da instituição em três tempos, tomando como ponto de referência as três formas da Lei, anteriormente discutidas, estabelecendo uma proposta que visará indicar diferentes características para esta presença e seus respectivos efeitos quanto à possibilidade de constituição da experiência psicanalítica. Isto é, trata-se de descrevermos a presença da instituição médica, enquanto atualização de um saber-poder disciplinar, historicamente, constituído que retorna em alguns momentos, impossibilitando aparentemente a

⁴⁰⁷ LACAN, J (1955-56) *As psicoses*.

⁴⁰⁸ FREUD (1900) *A interpretação dos sonhos*; MANNONI, O (1969) *Clefs pour l’imaginaire ou l’autre scène*

experiência psicanalítica e, outras vezes, constituindo-se como referência simbólica necessária para a realização desta experiência.

Nosso intuito ao propormos os três tempos da instituição médica não é assimilarmos esta perspectiva a uma idéia de “etapas” ou mesmo de “momentos evolutivos”, apesar desses “tempos” poderem ser recobertos, ao longo da nossa descrição, por um tempo histórico social denotativo da presença ou ausência da psicanálise no campo da medicina. Nosso objetivo, como já caracterizamos no início deste capítulo, é tomarmos esses tempos como míticos, tendo como referência o psicanalista e sua *práxis*.

A partir dessas pontuações duas questões se colocam: a primeira, do ponto de vista do analista, revela os obstáculos na ocupação de seu lugar específico, decorrentes do encontro com a instituição médica e, a segunda, do ponto de vista do sujeito psicótico, aponta as dificuldades na constituição de uma demanda de análise em função dos processos de identificação com a instituição médica, a partir de seus efeitos de fascinação.

5.2.1. O primeiro tempo da instituição: a exclusão da Outra cena

A pessoa que é “vomitada” pela sua família, da sociedade, é “engolida” pelo hospital e então digerida e metabolizada, além de sua existência, como pessoa identificável. Isso, penso eu, deve ser considerado como violência. (Cooper, 1970: 49)

Para pensarmos este primeiro tempo, tomaremos a expressão *instituição total*, utilizada por Goffman, num importante trabalho de pesquisa sociológica, para referir-se a:

(...) um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.⁴⁰⁹

⁴⁰⁹ GOFFMAN, I. (2001) *Manicômios prisões e conventos*, p.11.

O autor vai considerar que, nesses estabelecimentos, cria-se uma espécie de tensão, clivagem, entre o mundo de “fora” e o mundo de “dentro” o que possibilitará o controle dos sujeitos aí internados.

Trata-se, aqui, de um conceito de instituição pautado numa concepção espacializada, isto é, demarcada por uma materialidade objetiva que tende trazer, como conseqüência, uma dicotomia entre o sujeito e a instituição, questionável, numa abordagem psicanalítica, como temos apontado.

Porém, o que nos interessará aqui, é a idéia de *instituição total*, não tanto como espaço fechado, mas como “um tempo de fechamento” do “fora”, isto é, da *Outra cena*, um fechamento, portanto, relativo à alteridade. Isto, porque, seguindo uma perspectiva freudiana, o “fora”, relativamente ao sujeito, relaciona-se ao inconsciente, ou seja, aquilo que sendo desprazeroso e não podendo ser “incorporado” ao sujeito poderá ser expulso, isto é, excluído da subjetividade.

Este primeiro tempo da instituição que aqui postulamos, pode também ser pensado como um tempo pré-mítico, pré-histórico, anterior à vivência do Édipo pelo sujeito, mito fundamental da entrada da Lei, enquanto forma propiciadora do nascimento do sujeito.

Tratar-se-ia, portanto, de um ponto de origem da história tal qual descrito em *Totem e tabu*, quando a presença do Pai seria absoluta, não se distinguindo aí, o gozo primário da Lei. O que procuramos destacar, aqui, neste primeiro tempo mítico, seria o fato da ausência de um sujeito e não, evidentemente, da Lei enquanto anterior ao próprio sujeito.

Nos hospitais psiquiátricos tradicionais, a presença de um clima de desesperança e de mortificação, por exemplo, indicaria um certo modo de ordenação das relações institucionais que impossibilitaria a expressão de qualquer “outra coisa” que não pudesse ser decodificada a partir do estigma da “doença”, significante absoluto. Isto revelaria que as formas mais simples, expressivas da existência, tais como, chorar, cantar, rir, etc, diante das instituições totais, tenderiam a perder seus múltiplos sentidos, em prol de uma decifração *patológica*.

Na contemporaneidade, vemos ressurgir as chamadas instituições médicas “totais” dentro de uma lógica renovada de controle, oriunda das pesquisas genéticas e bioquímicas. Em última instância, trata-se de uma tentativa de recobrir os aspectos mais essenciais da existência, das escolhas ligadas à vida e da

presença da morte, indicando para tudo, um fundamento orgânico, verdadeira medicalização do existir humano.

No capítulo 1 desta tese, procuramos situar que a presença de uma transformação dos valores oriundos da chamada cultura moderna e de suas instituições no mundo contemporâneo, tem apontado, subseqüentemente, um movimento de reordenação das forças aí presentes.

Do ponto de vista do campo médico, tal processo teria a sua expressão na presença de novas configurações do saber-poder disciplinar relacionadas às tentativas renovadas de controle que, assentadas num ideário cientificista, têm apontado “soluções” ao desamparo do homem contemporâneo.

Conseqüentemente, diante de um “vazio” deixado pelos antigos valores perdidos, podemos visualizar o aparecimento de práticas renovadas, oriundas das instituições totais que efetuam, em última instância, uma verdadeira *violência interpretativa*,⁴¹⁰ e que reforçando a exclusão de qualquer *outra coisa*, tornam-se indutoras de um certo efeito identificatório no sujeito, recobrando um “furo” aí presente.

Reencena-se, assim, um “tempo” representado pela primeira forma da Lei,⁴¹¹ presentificando-se a palavra sob a forma superegóica: *Tu és apenas isto!* Constitui-se, aqui, um processo identificatório subseqüente a uma forma de mutilação do sujeito - “desnudamento” - que nos estabelecimentos fechados (o asilo, por excelência), corresponderia à perda das posses, dos vínculos sociais e, às vezes, até mesmo, do nome próprio, isto é, de tudo aquilo que funcionaria como referência para o sujeito e, conseqüentemente, para alguma forma anterior de identificação. Em seguida a estas perdas e depois de um primeiro momento de “desposseção” ocorreria a substituição por “bens” pertencentes à instituição, quando o sujeito passa a ser “possuído” pela mesma.

É em torno deste ponto que Roustang⁴¹² lança a questão: *O que pensar a respeito do fato de um psicótico se tornar um “psicótico social” etiquetado, o que significaria aderir a um diagnóstico?* Referindo-se, aqui, ao fato de que muitas vezes se obtêm uma adaptação social do sujeito que tem como preço o próprio sentido de uma existência.

⁴¹⁰ AULAGNIER (1979) *A violência da interpretação*.

⁴¹¹ WEILL (1997) op cit.

⁴¹² ROUSTANG (1987) op cit, p.203.

Bauman,⁴¹³ referido no primeiro capítulo desta tese, aponta como, na contemporaneidade, um certo enfraquecimento das instituições, que ele reporta à idéia de segurança, tem provocado uma fugacidade, uma fragilidade na constituição do eu, da auto-imagem dos sujeitos, devido às velozes mudanças no campo social, o que provocaria uma sensação de “estar à deriva”. Pensamos que talvez, aqui, se encontre uma possível explicação para o relativo “sucesso” de uma perspectiva médica totalizadora, isto é, o fornecimento de um ancoradouro identificatório para o mal-estar contemporâneo.

À guisa de ilustração, cabe trazeremos o relato de uma paciente no intuito de mostrarmos sua posição diante do saber médico.

Numa sessão ela nos diz: — *Sempre fui “nervosa”, mas depois me tornei “doente”. Sou esquizofrênica, foi este o nome que o Dr. me disse.*

Quando indaguei sobre o que achava que era, “ser uma esquizofrênica”, respondeu: — *É uma doença, orgânica, sem cura.*

A identidade, aqui, é obtida pela idéia: *sou uma doença*. Há, nesta fala, uma conformação que aponta um caminho propiciador de uma forma de “estabilidade psíquica”, já referida capítulo 4, e que propomos pensar como uma forma assumida pela resistência na psicose, aquilo que no campo da neurose foi designado como “ganho secundário da doença”.

Reproduz-se neste primeiro tempo denominado pré-histórico, a primeira identificação primitiva, “adesiva”, podemos dizer, cuja realidade do desejo, se é que assim podemos nos referir, é assumida de uma forma bruta, na própria realidade do discurso, aqui representado pelo saber médico. Esta identificação primitiva pode ser descrita, relacionando-a aos primórdios da constituição do sujeito, da seguinte forma: *Ela consiste na troca que faz o [Eu]do sujeito surgir no lugar da mãe como Outro, enquanto o [Eu]da mãe transforma-se no Outro dele.*⁴¹⁴

Aquilo que a instituição médica “total” fornece, pode ser um “nome” para o sofrimento do sujeito, nome este que pode, então, “suprir” as dificuldades relativas à própria existência do sujeito:

⁴¹³ BAUMAN (1997) op cit.

⁴¹⁴ LACAN, J. (1956-57) *Formações do inconsciente*, p.208-9.

Por ser uma doença crônica e recidivante (a esquizofrenia), de uma forma geral é importante toda a **educação** no sentido da **aceitação** da doença e do tratamento a longo prazo. Uma vez que o paciente esteja bem **aderido** ao tratamento e já tenha **internalizado** a rotina da tomada da medicação, é importante avaliar sua situação com relação ao seu **ajustamento** social.⁴¹⁵

O que de fato inscreve-se aqui neste exemplo é a ausência, no saber médico, de uma referência a algo que poderia corresponder a um sujeito, tratando-se, na realidade de um *assujeito*,⁴¹⁶ representado pela doença mental, ou seja, pela presença da instituição médico-psiquiátrica.

Como afirma Lacan:

Trata-se de um assujeito porque, a princípio, ele se experimenta e se sente como profundamente assujeitado ao capricho daquele de quem depende, mesmo que esse capricho seja um capricho articulado.⁴¹⁷

O saber médico pautado numa perspectiva cientificista, isto é, numa suposta objetividade, funda-se na exclusão da subjetividade de quem o enuncia e para quem este saber se enuncia, pois o médico nada mais é, neste caso, do que uma espécie de “funcionário” do saber médico, isto é, existe, somente, enquanto referido à própria instituição médica. Não existe aí, portanto, relação médico-paciente, mas encontro, retomada do próprio saber médico, donde sua função silenciadora.⁴¹⁸ O médico é, então, aquele colocado no lugar de quem sabe, o que se contrapõe à perspectiva analítica de um suposto saber.

O asilo, como estabelecimento representativo do saber-poder médico, constitui-se por diferentes estratégias que visam dar continuidade ao silenciamento necessário e implícito daqueles que são ali colocados como objetos desta prática, isto é, do processo de invalidação do sujeito.

Dessa forma, nesta perspectiva, por exemplo, o discurso delirante passa a ser desconsiderado como fala, que inclui um núcleo verdadeiro, como Freud nos ensinou, sendo definido como:

⁴¹⁵ Entrevista com um psiquiatra in **Revista Prática Psiquiátrica**, Âmbito Ed., s/n (patrocinada pela Janssen Farmacêutica/Organon). Os grifos são meus.

⁴¹⁶ LACAN (1957) op. cit, p.195.

⁴¹⁷ Idem, ibidem.

⁴¹⁸ JORGE, M.A C. Discurso médico e discurso psicanalítico, apud CLAVREUL, J (1983) *A ordem médica*, p.7

(...) crenças pessoais falsas, não sujeitas à razão ou evidência contrária, e que não fazem parte da cultura da pessoa. São sintomas comuns da esquizofrenia e podem, por exemplo, envolver temas de perseguição e grandeza. Às vezes os delírios na esquizofrenia podem ser bem **estranhos** — como, por exemplo, o indivíduo acreditar que um vizinho está controlando sua conduta com ondas magnéticas ou que as pessoas da televisão estão enviando mensagens especificamente para ele(...).⁴¹⁹

Quando se apresenta este tipo de perspectiva é a expressão superegógica: *Nem uma palavra!* — imperativo absoluto — que se coloca, perdendo-se a própria “palavra” do sujeito que não podendo advir como “não” nem tampouco como “sim”, transforma-se em mero signo de uma patologia.

A história do louco e da galinha, a que nos referimos anteriormente, aponta, exatamente, para a presença de um “poder” que se expressa via “olhar” fascinante, cuja força é extraída de uma ligação com aquilo que é da ordem do Real, do *non-sense* ou, como Weill afirmou, do inumano, do mundo onde reina o silêncio absoluto.

Assim, as técnicas de controle e vigilância que caracterizam as instituições totais reportam-nos à função do dispositivo do panoptismo, já discutido anteriormente, cuja atuação consiste em provocar, nos próprios sujeitos, a indução à disciplina que o caracteriza.

Mannoni⁴²⁰ irá descrever as dificuldades na introdução da experiência psicanalítica no contexto asilar e que aqui estendemos para a idéia de instituições médicas com características “totais”. Este fato pode ser compreendido, a partir da idéia aqui apresentada, relacionada à exclusão da *Outra cena* e, conseqüentemente, para tudo aquilo que possa, de um modo ou de outro, produzir aí um resgate.

A dificuldade residiria na presença de uma dicotomia, verdadeira “clivagem”, entre esta forma institucional e a perspectiva psicanalítica, onde o psicanalista correria o risco de poder ser tomado como o “estranho”, portador de um enigma, cuja presença desestabilizaria, tanto a instituição total, quanto o paciente, representando para este último, uma forma de ameaça à sua integridade pessoal, pois como discutimos anteriormente, a presença da instituição total ocupa

⁴¹⁹ Retirado do folheto *Esquizofrenia – perguntas e respostas*, Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA- Serviço de Saúde Pública, publicação no (ADM)91-1457do DHHS – Edição de 1988.

uma função de promotora de uma forma identificatória que recobriria o sofrimento e a angústia psicótica.

É, por isso que Mannoni vai dizer que: *A introdução da instituição psicanalítica no asilo equivale à introdução de uma ambigüidade quanto ao quadro asilar, e isso não pode senão exacerbar a desconfiança do paranóico.*⁴²¹

A autora postulou uma hipótese de que a segregação pode transformar-se numa espécie de “antídoto” contra a angústia psicótica, ao propiciar algum tipo de identificação para alguém que foi despojado de tudo. Afirma que em toda instituição, portanto:

(...).alguma coisa da ordem de uma estrutura se encontra colocada, uma interação que se opera sempre entre o indivíduo e a instituição, interação que conduz o indivíduo modelado pela instituição a se ver, em seguida, como o agente principal da manutenção conservadora(...).porque o que se encontra, fundamentalmente, em jogo na instituição é alguma coisa que se vê como estando no limite da imagem do corpo.⁴²²

Dessa maneira, o sujeito psicótico, via identificação, acabaria por “manter” a instituição que passaria a representar aí, uma possibilidade mínima de consistência e integração do eu, isto é, da sua imagem corporal. É, também, este precário equilíbrio imaginário que correria o risco de se romper, quando surgem mudanças institucionais, podendo representar uma forma de ruptura sentida como catastrófica, do ponto de vista do sujeito.

Principalmente, neste “primeiro tempo” da presença da instituição médica, corre-se o risco de que qualquer mudança possa promover uma desestabilização do saber-poder instituído do qual o eu do sujeito tornou-se uma espécie de apêndice.

Como há uma impossibilidade do saber-poder médico ser, aqui, tomado como “suposto”, a transferência transforma-se num processo maciço total que coloca o outro no lugar daquele que realmente “sabe”, tamponando-se aí o lugar de um vazio. A explicação é que ao romper-se a relação imaginária do paciente com a instituição, retira-se dele uma espécie de “depositário” onde projetava suas angústias e o paciente encontrar-se-á sozinho, com seu mundo aterrorizador.

⁴²⁰ MANNONI, M (1981) *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise.*

⁴²¹ Idem, p.97.

⁴²² MANNONI, M.(1981)op cit, p.80.

Consideramos este ponto relevante para pensarmos a respeito dos pacientes denominados “crônicos” que se recusam a sair do hospício, quando novas propostas ou modelos (anti-manicomiais) são estabelecidos.⁴²³ É isto, também, que justificaria uma certa forma de “aderência” do sujeito a um determinado tipo de tratamento, por exemplo, o medicamentoso e as dificuldades de mudança para outras formas, devido às dificuldades transferenciais aí intrínsecas.

Um exemplo bem claro deste “aderir transferencial” podemos retratar a partir das dificuldades de um sujeito psicótico para iniciar o tratamento analítico. Tinha sido encaminhado por sua psiquiatra que se sentia, excessivamente, solicitada pelo próprio sujeito e pela família em função da intensidade transferencial a ela dirigida. Nas primeiras sessões conosco, ele repetia, compulsivamente, *que não tinha nada contra a minha pessoa, mas que o problema era que eu não era nem o Dr X, nem a Dra Y* e que, por isso, *ele não poderia continuar comigo*. O *Dr X* havia sido seu médico na adolescência, havia se mudado há quase quatro anos para outro Estado, mas mensalmente o paciente telefonava para ele. A *Dra Y* era quem havia substituído o antigo médico e quem o havia encaminhado para o trabalho psicanalítico. Os dois médicos a que ele se referia, eram também, profissionais ligados diretamente à família do paciente, pelo fato de seu próprio pai ser médico.

No referido caso, minha entrada no circuito marcava, efetivamente, uma “diferença” que registrei, mais tarde, para ele, depois de ter retornado para uma nova entrevista, novamente indicado pela psiquiatra, depois de ter tentado o suicídio.

Alguns meses depois, fui surpreendida com a seguinte colocação deste paciente: — *Agora não faz mais diferença o fato da senhora não ser o Dr X ou a Dr Y. pois, agora a senhora é a minha doutora até morrer ou se aposentar*. Independentemente dos efeitos “colaterais” que este tipo de comentário possa ter provocado em nós, o fato é que a transferência, no paciente psicótico tende a apresentar-se com este caráter absoluto, denotando a partir de um certo momento, exatamente, que “a diferença parece deixar de fazer diferença”.

Outro ponto diz respeito às explosões de agressividade que, geralmente, têm lugar quando ocorre alguma ruptura por parte da instituição, na relação com o sujeito. Isto acontece porque a relação que aí se estabelece, sendo de cunho

⁴²³ LEITE, S.C. (1997) *O psicólogo e algumas práticas no serviço público de saúde*.

narcísico, apresenta-se com um precário equilíbrio, correndo o risco de se perder, advindo em seu lugar a violência. Neste primeiro tempo da instituição, esta violência tenderia, num círculo vicioso, a ser devolvida para o sujeito sem a mediação de uma palavra que pudesse humanizar a ação, o gesto.

Um caso “exemplar”, onde podemos vislumbrar os principais efeitos da presença deste primeiro tempo da instituição médica total, é o *caso Schreber*, que destacaremos a seguir.

5.2.1.1. Schreber: um caso exemplar

Podemos considerar o *caso Schreber* um caso exemplar por congregar, na sua história que nos foi relatada, tanto por ele mesmo, a partir de suas *Memórias*,⁴²⁴ assim como, através de inúmeros outros trabalhos,⁴²⁵ os efeitos do saber-poder totalitário oriundo, tanto de suas relações familiares, através da figura de seu pai, Moritz Schreber, quanto da atuação médico-psiquiátrica de seu tempo.

O que verificamos é que a capacidade de observação fora do comum que o próprio Schreber se atribuía, teve como efeito dar “asas à imaginação” a cada um de seus leitores, resultando nas mais variadas investigações que deram origem, inclusive, à chamada aplicação da teoria prévia, tentação esta, cara às premissas psicanalíticas, como já nos referimos anteriormente, no capítulo 3 desta tese.

Ao publicar, em 1903, suas *Memórias*,⁴²⁶ Daniel Paul Schreber já antevia a importância que seu trabalho iria adquirir ao longo do tempo, estando convencido que o mesmo contribuiria, inclusive, para a pesquisa científica no futuro.

Esta previsão, de fato, começou ganhar relevo quando Freud, em 1911, ano da morte de Schreber, publicou *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia, (dementia paranoides)*, transformando

⁴²⁴ SCHREBER, P. (1903) *Memórias de um doente dos nervos*.

⁴²⁵ NIEDERLANDS (1959) *Schreber: père et fils*; (1960) *Lê père de Schreber*; KLEIN, M (1946) *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*; MACALPINE, I., HUNTER, R (1955) *Discussion sur le cas Schreber*; GUATTARI, F; DELEUZE, G. (1966) *O anti-Édipo*; OLIVEIRA, L.E.P. (1979) *Le cas Schreber*; LACAN(1955-56) *De uma questão preliminar a todo tratamento da psicose*; CANETTI, E (1962) *Massa e poder*

⁴²⁶ SCHREBER, P. (1903) op cit.

seu livro de memórias num documento científico de leitura indispensável para o estudioso da psicose na perspectiva psicanalítica.

A partir de então, Schreber passa a figurar como um dos cinco “casos” freudianos, ao lado de *Dora*, *Pequeno Hans*, *Homem dos Ratos* e *Homem dos Lobos*.

Entretanto o fato do “caso”, aliás, o único efetivamente de psicose, ser um “livro” e não um paciente irá caracterizar de uma maneira muito especial, a importância do mesmo, no campo psicanalítico. Primeiramente, porque aí todo e qualquer analista poderia colocar-se em pé de igualdade com Freud, discutindo a história a partir dos mesmos dados que ele e, em segundo lugar, por ser uma ocasião em que seria possível, como já afirmamos, realizar o que se poderia denominar uma “psicanálise aplicada”, onde a interpretação dos dados se dá, a partir do interesse específico de cada analista.

Lothane⁴²⁷ brindou-nos com uma importante pesquisa documental, resgatando as principais idéias de dois importantes personagens na história de Paul Schreber. Seu pai, o médico higienista, Moritz Schreber (1808-1861), seu primeiro médico Paul Flechsig (1847-1929) que se tornou a figura principal nos seus delírios de perseguição.

O título sugestivo do principal livro de Moritz Schreber, publicado em 1839, *O livro da saúde ou a arte de viver de acordo com a organização e as leis da natureza humana*, fornece-nos uma indicação sobre suas idéias que penetraram não apenas o campo da medicina, mas também da educação. Suas concepções sobre saúde e prevenção individual derivaram de idéias sobre saúde e prevenção pública.

Vai defender, neste trabalho, uma concepção que implica a prática de certas regras de vida, desde a mais tenra infância, passando por determinadas etapas até a juventude, visando alcançar a saúde global do indivíduo, o que aponta para a prática de certos comportamentos de cunho moral que teriam, como conseqüência, a saúde física.

Lothane, no referido trabalho, aponta Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), um dos mais respeitados médicos do seu tempo e como aquele que influenciou, profundamente, os trabalhos do médico Moritz Schreber. Os princípios básicos, definidos por Hufeland eram que as questões médicas não

poderiam ser separadas das questões morais, tendo a moralidade um efeito, inclusive, sobre o prolongamento e a preservação da vida.

Dessa forma, defendia a idéia de que: (...) *todos os excessos são condenados e a cura se encontra numa educação moral rígida inerente ao enobrecimento de valores de padecimento e temperança e no exercício diário do corpo e da mente.*⁴²⁸

Partindo dessas premissas, o livro de M. Schreber versa, na sua primeira parte, sobre os hábitos para uma vida saudável (ar, luz, dieta, evacuação, cuidado com a pele, banhos e exercícios do corpo) e uma segunda parte, mais reduzida, sobre doenças e tratamentos. A palavra chave é “higiene”, sendo a tarefa médica o controle do corpo e, em última instância, da própria existência do sujeito.

Moritz Schreber sofreu também a influência de um eminente psiquiatra, Heinroth (1773-1843), pertencente a um grupo de psiquiatras alemães, denominados *Psychiker* ou psiquiatras da alma, que se fizeram ouvir em torno de 1830, sustentando a idéia da causação psicológica (isto é, moral) da doença em oposição aos *Somatiker*, atualmente denominados biólogos, que acreditavam na causalidade orgânica das doenças mentais.

Influenciado pelas idéias do grupo dos *Psychiker*, Moritz Schreber comenta em seu livro:

Corpo e mente estão tão fundidos no homem que entre os dois há a mais direta e recíproca influência(...)A partir desta íntima influência recíproca da mente e do corpo, origina-se também uma semelhança estrita entre a ciência da moral e a ciência da saúde. A saúde total somente é alcançada pelo homem quando corpo e mente se mantêm numa relação correta, numa verdadeira harmonia.⁴²⁹

As atividades do pai de Paul Schreber, que se iniciaram no campo da medicina, tendo como ponto de partida o funcionamento normal e saudável do corpo, tendem a se aproximar cada vez mais de uma atividade de cunho moral, educativa e reformadora, pois a idéia da saúde passará a se relacionar, estritamente, com a idéia de virtude (moral).

⁴²⁷ LOTHANE, Z. (1992) *In defense of Schreber Soul murder and psychiatry.*

⁴²⁸ *Idem.* p.151.

⁴²⁹ *Ibid.* p.159.

Suas idéias são um testemunho que antecipou a ocupação do campo social com o ideário dos especialistas do campo da medicina que, posteriormente, tomaram, para si, a tarefa de educar o cidadão “para o caminho do bem”.

M.Schreber vai considerar desse modo que quanto mais cedo uma criança⁴³⁰ começa a ser educada para a obediência total, esta tornar-se-á: (...) *obediência inconsciente(...)* de modo que este hábito é agora enraizado no nível de um ato livre de vontade da obediência consciente de si.⁴³¹

Podemos, com algumas dessas informações, compreender o papel desempenhado pelo pai na vida de Paul Schreber e da impossibilidade de separação e distanciamento subjetivo que lhe pudesse fornecer a independência necessária para que viesse a lançar mão de recursos simbólicos alternativos. Tratou-se, aqui, da presença da chamada lei superegóica, que discutimos anteriormente, que no seu extremo, apresenta-se ao sujeito como aquilo que restringe os recursos simbólicos e onde, o sujeito é reduzido a perspectiva de “coisa” do Outro.

A presença desse poder totalitário trará conseqüências para Paul Schreber, visto que:

(..) o poder não apenas proíbe, modera, diz “não”, mas pode também funcionar no sentido de intensificar e ampliar o corpo e suas sensações(...). Schreber descobre que a autoridade simbólica em estado de emergência é transgressora, exhibe uma obscena super proximidade do sujeito, ou seja, nas palavras dele, **exige o gozo.**⁴³²

Foucault, em sua análise do poder discutida anteriormente, aponta exatamente, para estas conseqüências, ou seja, o fato de que o poder sendo a ação de uns sobre os outros produz, cria efeitos e não apenas “reprime” os comportamentos como se acreditava até então.

E Schreber nos conta em suas *Memórias*:

⁴³⁰ Mortiz Schreber, denominado por SANTNER (1997), como o *pai que sabia demais*, se orgulhava de ter aplicado seus métodos educacionais aos próprios filhos. Não titubeando em aplicar suas “teorias” e aparelhos ortopédicos, que ele mesmo havia inventado para a manutenção da “boa postura”, nos seus cinco filhos: Daniel Gustav (1839-1877), Anna (1840-1944), Daniel Paul (1842-1911), Sidonie (1846-1924) e Klara (1848-1917). O mais velho, Daniel, suicidou-se aos 38 anos.

⁴³¹ Ibid. p.168

⁴³² SANTNER(1997) op cit, p.47.

(...) a história dos efeitos catastróficos que sobrevêm quando uma figura de autoridade e de confiança exerce um excesso de poder que ultrapassa o pacto simbólico em que se baseia essa autoridade.⁴³³

Por outro lado, os tratamentos médicos dos quais Paul Schreber foi objeto, só fizeram repetir determinadas vivências impossibilitando-o, decisivamente, de encontrar uma saída e uma resignificação para seu sofrimento. Dessa maneira, as *Memórias* também devem ser compreendidas, em última instância, como uma forma de denúncia sobre os efeitos “demoníacos” das relações médicas a que Schreber se viu submetido, em função de sua doença. Ou seja, a sua paranóia trouxe, à luz, o excedente de poder exercido pelas autoridades médicas que o trataram e que, em nome de um saber científico, exerceram sobre ele uma verdadeira violência simbólica.

Este fato, aliás, foi vivamente denunciado pelos anti-psiquiatras, na década de 60, quando por exemplo Cooper⁴³⁴ afirmou que a instituição psiquiátrica reproduzia a mesma violência que a instituição família produzia sobre o sujeito psicótico.

As pesquisas mais recentes sobre a verdade histórica no delírio de Paul Schreber tendem, dessa forma, a atribuir uma importância crucial, para a compreensão do *caso*, às características do campo médico à época de suas internações, bem como ao papel exercido por Paul Emil Flechsig, neuroanatomista renomado, que o tratou em duas ocasiões em sua clínica de Leipzig, e que Schreber, em seus delírios persecutórios, caracterizará como a “força poderosa da trama arquitetada contra ele”.

Em função do trabalho pioneiro de Flechsig, sobre a mielinização das fibras nervosas e a localização das doenças nervosas, ele foi nomeado catedrático de psiquiatria da Universidade de Leipzig, cargo que, em 1882, incluía a direção da nova Clínica Psiquiátrica do Hospital Universitário.

Lothane, na sua pesquisa, vai sublinhar como a nomeação de um anatomista cerebral — sem nenhuma experiência em psiquiatria — para dirigir uma clínica psiquiátrica, vai assinalar uma mudança de paradigma no campo da psiquiatria, conduzindo-a para uma extrema medicalização, isto é, *de um só golpe, através da*

⁴³³ idem, p.52.

⁴³⁴ COOPER (1967) *Psiquiatria e antipsiquiatria*.

*nomeação de Flechsig, encerrou-se a tradição da alma e teve início o império do cérebro.*⁴³⁵

Flechsig celebrou-se pela pesquisa da bainha de mielina ao dissecar um bebê de cinco semanas e que ele denominou *Martin Luther*, dotando este bebê com o título de grande reformista das neurociências. Interessante lembrar que uma das expressões que Schreber ouvia durante os seus delírios incluía a palavra *Luder* (burro, preguiçoso) que tem a mesma raiz etimológica da palavra *Luther*.

Uma das características das pesquisas de Flechsig era que ele tinha grande interesse nos pacientes que estavam à beira da morte, pois, a dissecação cerebral, era considerada a maneira mais direta de penetrar no conhecimento das relações válidas entre as doenças mentais e as anomalias do cérebro. No seu livro *Cérebro e alma*, citado por Lothane, ele transforma os fatos relacionados às lesões e às localizações, numa filosofia global e aplicável a todos os distúrbios do comportamento, inclusive àqueles denominados, em psiquiatria, de funcionais, ou seja, onde não se poderia demonstrar nenhuma lesão específica.

No modelo científico de Flechsig, os efeitos de sentido simbólico seriam diretamente produzidos por processos orgânicos sem nenhuma lacuna entre eles. O texto de Paul Schreber deve ser lido como um testemunho que revelou o processo a que foi submetido, mostrando que quando a dimensão simbólica se confunde com as causas corporais, fica-se num universo de “literalização” onde as palavras assemelham-se às coisas, produzindo alterações no próprio corpo.

Poderíamos dizer que a ciência cerebral de Flechsig é a teoria e os delírios de Schreber são a prática de um mesmo desmoronamento traumático da dimensão simbólica da subjetividade, da lacuna que separa causas corporais e efeitos simbólicos.⁴³⁶

Neste processo ocorreu, em última instância, o que o próprio Schreber vai denominar de *assassinato da alma*.

O que podemos concluir com estas abordagens é que a posse e a elaboração de certos tipos de saber especializado — no caso, um saber sobre o corpo, seu desenvolvimento e suas funções — podem acabar por se constituir num excedente de poder capaz de produzir efeitos traumáticos naqueles que são colocados aí,

⁴³⁵ LOTHANE (1992) op cit, p.205.

⁴³⁶ SANTNER (1997) op cit, p.94.

como objetos. O primeiro tempo da instituição será, portanto, aquele da presença de um saber-poder total, que agirá no sentido da exclusão do próprio sujeito.

Paul Schreber em uma carta aberta a Flechsig, considerou a possibilidade de uma inconsciência no exercício desse poder, afirmando: *Não ousou afirmar com certeza que ele [isto é, Flechsig] algum dia tenha tido consciência dos acontecimentos sobrenaturais ligados a seu nome(...)*.⁴³⁷ A “alma provada” é assim, o próprio *locus* de uma vontade de saber institucionalizada no século XIX e que se concentrou, obsessivamente, no corpo através do domínio das funções, prazeres e, enfim, da sexualidade humana.

É importante assinalarmos que o portador específico desse “saber total” que representa o primeiro tempo da instituição médica, não precisará ser tirano, sádico ou mesmo, pouco empático. Flechsig, por exemplo, atraiu Paul Schreber como médico, exatamente, por que se mostrou mais sensível aos interesses de seus pacientes do que muitos dos seus colegas médicos que, no final do século XIX, eram criticados pelo movimento anti-psiquiátrico na Alemanha.

Flechsig empenhava-se em resgatar uma imagem prejudicada da psiquiatria, conferindo-lhe status de verdadeira ciência. Neste processo, ele criticou alguns erros médicos que considerava fruto da não cientificidade da psiquiatria de até então, insistindo na autoridade do método biológico-patológico de investigação.

As crises sociais e econômicas que assolaram a Alemanha, na década de 1870, exerceram um papel fundamental no fortalecimento das formas disciplinares de poder, com o incremento da política de saúde pública. As crises da economia política eram traduzidas em angústias ligadas a degeneração e, assim, a saúde do corpo político pôde tornar-se assunto de médicos e psiquiatras.

Freire⁴³⁸ ao descrever a entrada da psiquiatria (1841) no campo social brasileiro com a criação do primeiro hospício (PedroII), em 1852, também constata a presença de uma perspectiva moralizante e que teve, na noção de eugenia, oriunda da psiquiatria alemã do mesmo período, uma fonte de justificativas para as mais diversas violências dirigidas aos chamados doentes mentais. Aqui, também, elegeu-se a causalidade biológica como elemento apriorístico em psiquiatria.

⁴³⁷ idem.

⁴³⁸ FREIRE, J.(1981) *História da psiquiatria no Brasil*.

Considera, ainda, que entre 1899 e 1902, um período de denúncias e inquéritos a respeito da degradação da assistência, provocou uma série de mudanças que acabou por especificar ainda mais o campo e a prática psiquiátrica, no Brasil (o mesmo período do movimento anti-psiquiátrico na Alemanha).

Na década de 20, vários hospitais são criados e, mais adiante, a prática da higiene mental que se restringia ao interior da instituição hospitalar, expandiu-se para a sociedade em geral.

O que se descreve aqui é a expansão do poder médico e, conseqüentemente, da medicalização da população. Seria importante destacarmos, que o discurso psicanalítico foi utilizado, nesse mesmo período, para reforçar o poder médico-psiquiátrico e a idéia de prevenção em saúde mental.

Estas questões são fundamentais porque apontam para o fato de que à medida que um saber se transforma numa disciplina, ocorre a mutação da dimensão performativa da autoridade simbólica correspondente para uma dimensão de pura violência, na forma de controle dos corpos e das mentes. A psicanálise como saber, também constituído no século XIX, não escaparia a este risco, daí a necessidade de uma contextualização da *práxis*.

Retomando nossa preocupação inicial, o que descrevemos é que quando o campo social se encontra ocupado pela presença hegemônica da instituição médica total, encontraríamos aí uma maior dificuldade na efetivação da ética psicanalítica.

Parece-nos, portanto, necessário haver alguma forma de permeabilidade entre o trabalho analítico e a instituição médica. Compreendemos, aqui, que não podemos desconsiderar que a instituição médica ocupa um lugar no trabalho clínico com pacientes psicóticos e, sendo esta proximidade inevitável, é necessário que esta presença transforme-se em um lugar de referência simbólica, possibilitando, assim, a constituição da experiência psicanalítica. Portanto, torna-se necessário, passarmos para um segundo tempo da instituição médica.

5.3.2. O segundo tempo da instituição: do nascimento do sujeito à (de)negação da Outra cena

(...)entre a lei simbólica que insiste em atestar a palavra e a lei superegóica que persiste em contestar a emergência e a passagem da palavra, há uma tensão dialética que está na origem da geração do tempo humano. (Weill: 1995:330)

O “segundo tempo da instituição” nós representamos, aqui, pela entrada da psicanálise no asilo, traduzida, num sentido histórico-social, por uma humanização das relações institucionais, como já descrevemos no capítulo 1 desta tese.

Este momento significou, a possibilidade de transformação do “primeiro tempo institucional” inaugurando-se, com isso, uma primeira possibilidade de afirmação da palavra do sujeito psicótico e da relativização do saber-poder médico. Desta maneira, o aparecimento do “segundo tempo da instituição”, relacionado à chamada “difusão” do discurso psicanalítico no campo médico, constituiu-se num tempo de (re)conhecimento do sujeito, não mais identificado a uma doença, mas “portador” dela.

Fazemos referencia, aqui, a introdução da psicoterapia institucional no asilo que não contestou a existência da doença mental, porém reconheceu uma distancia entre o sujeito e “sua doença”. Somente com o movimento denominado de antipsiquiatria, fundamentado nos estudos de Foucault, é que a perspectiva da doença mental foi duramente criticada sendo considerada uma produção da psiquiatria.

Há neste momento, portanto, algum nível de mediação introduzida entre o sujeito psicótico, a instituição médica e seu saber-poder. Ou seja, a instituição médica ao ser recoberta por uma perspectiva humanitária possibilitou a introdução de uma perspectiva “proibidora” indicativa da presença de um “mais além” entre o sujeito e a instituição, capaz de promover uma reordenação deste campo. O que se enunciou, neste “tempo”, foi um “não” dirigido a uma forma de violência institucionalizada, presente no “primeiro tempo” e que se tornou transmissível, daí em diante, a partir da transformação do campo médico-psiquiátrico: *Esse não é*

*uma mensagem sobre uma mensagem. É uma forma particular de mensagem sobre uma mensagem(...) isto é, a mensagem de proibição.*⁴³⁹

Esta questão é discutida por Lacan a partir do endereçamento que o Pai faz à mãe através da proibição *Não reintegrarás teu produto!*

No que diz respeito a nossa discussão podemos entender, aqui, a presença da lei que ao reconhecer a existência de um sujeito, promove um primeiro distanciamento, uma diferença, entre este sujeito e a concepção de doença mental, esta última, de fato, sendo “produto” histórico da instituição médico-psiquiátrica.

Este “segundo tempo” pode, também, ser pensado como aquele instaurador da possibilidade de circulação da palavra, transformando a instituição “total” em instituição “parcial”, isto é, instituição “dividida”, a partir de uma distribuição do poder médico em direção a outros profissionais, presentes no campo médico, transformando-se, assim, a tradicional hierarquia institucional. Neste momento a instituição não é mais identificada, exclusivamente, ao saber-poder médico, a tentativa aqui é de subverter as hierarquias, introduzindo a palavra de outros profissionais que participam do tratamento das relações institucionais.⁴⁴⁰

Por outro lado, este também será um tempo de uma possível retomada das formas hierarquizadas de saber e de poder, agora diluídas entre diferentes personagens, os chamados “profissionais da saúde mental”, identificados com o modelo da instituição médica reformada.

A introdução de um novo “modelo” no campo médico-psiquiátrico, ao corresponder à construção de novos “ideais” no campo social, poderá constituir-se em torno de uma negação da “falta”, resultando daí, um processo de idealização da instituição “reformada”. Neste caso teríamos como conseqüência, o aparecimento de um “não” agora dirigido à *Outra cena*, constituindo-se numa forma de *(de)negação*.⁴⁴¹

⁴³⁹ LACAN (1957-58) *Formações do inconsciente*, p.209.

⁴⁴⁰ VERZTMAN(1992) *Psicoterapia institucional: uma revisão*.

⁴⁴¹ FREUD, S (1925b)– *A negativa*. A tradução da expressão alemã *Verneinung* como *negação* na edição brasileira, oriunda da tradução inglesa, aponta apenas para uma vertente lógica ou gramatical do termo, diluindo seu aspecto propriamente psicanalítico que a palavra *(de)negação* aponta. Todo o texto freudiano nos conduz de fato a esta segunda perspectiva, qual seja, a de um “desmentido” presente no juízo negativo, sendo este a própria admissão do recalcado.

Se o “primeiro tempo” da Lei foi caracterizado pela expressão: *Nem uma palavra!* dirigida ao sujeito, este “segundo tempo” pode ser tematizado pela expressão: *Não insista!* com o desejo.⁴⁴²

O que descrevemos, aqui, é que o momento mítico do *Édipo*, isto é, do nascimento do sujeito, é também o momento do recalque, ou seja, da introdução, simultânea, de algo da ordem de uma moralidade, de um ideal, enfim, introduzindo-se aí uma dimensão conflitiva. Isto significa considerar a possibilidade de um “apego” aos ideais marcado por uma identificação de cunho imaginário, que pode resultar num reforçamento do recalque e das resistências, impedindo-se o rompimento das formas instituídas.

Podemos concluir que a não satisfação dos ideais de grupo (e da instituição) traria como marca um aumento da ansiedade social, ou do mal-estar institucional que, como vimos no capítulo 2 desta tese, apontando para a necessidade de uma elaboração pautada na idéia de “falta de objeto”, possibilitando-se, então, uma retomada da errância do desejo.

Foi no texto *Psicologia das massas*⁴⁴³ que Freud discutiu o tema do ideal do eu, articulando-o àquilo que fundamentava as organizações humanas, afirmando que este processo se constituiria à medida que cada indivíduo se identificasse, por um lado, a um líder ou idéia e, por outro, aos demais membros do grupo. O que este texto destaca é que as “instituições ideais” que aí se constituem, têm como função, do ponto de vista do sujeito, a promoção do eu, isto é, de sua unidade, ou como se diz, de seu fortalecimento a partir da chamada identificação imaginária, isto é, o eu encontraria no ideário institucional, um modo possível de sustentação de uma auto-imagem, tratando-se de um conglomerado de imagens que um grupo ou instituição poderia vir representar ou atualizar para um sujeito específico.

É exatamente por isso que podemos pensar no fato de que as instituições, isto é, certas formas de saber-poder instituído, são sustentadas, mantidas pelos próprios indivíduos que as compõem, pelo fato de corresponderem a determinadas necessidades subjetivas.

Freud apontou que o ideal do eu, sendo uma estrutura reguladora do amor de si e do amor dos outros e significando tomar algo ou alguém como ideal, será

⁴⁴² WEILL(1997) op cit.

⁴⁴³ FREUD, S (1921) *Psychologie des masses et analyse du moi*.

um dos processos psíquicos que estará, exatamente, na base do *complexo de Édipo* e seu declínio.

É, exatamente, a presença da instituição médica, neste segundo tempo, reformada e, portanto, tomada como um ideal, aquilo que poderá, tanto promover uma “abertura” no lugar onde se apresentava um “fechamento”, quanto possibilitar o aparecimento de uma *(de)negação* relativamente à *Outra cena* e, conseqüentemente, quanto possibilidade de constituição da experiência psicanalítica.

Dependendo, assim, do modo como os sujeitos construam sua relação com a instituição (Lei), isto é, dependendo do modo como se identifiquem a este ideal resultará daí a possibilidade de passarmos ao “terceiro tempo da instituição”, um tempo da perseveração ou, caso contrário, se fixará aí, uma impossibilidade representada pelo tempo da *(de)negação*.

A interpelação *Você vai insistir?* presente neste “segundo tempo”, convocaria o psicanalista a responder, posicionando-se a partir dos impasses apresentados num determinado momento institucional, o que significaria colocar, à prova, seu desejo de persistir no projeto freudiano, isto é, na possibilidade de manutenção da especificidade do saber psicanalítico e de sua *práxis*.

É nesse ponto, também, que o psicanalista poderá sustentar uma palavra analítica ou se “desdizer”, fazendo do seu percurso uma forma de *lapso*, do qual ele se “des-culpa”, isto é, não assumindo a “culpa” implícita em todo desejo explicitado. É, neste sentido, que o *lapso*, diferentemente de um *chiste*, implicaria numa fonte de submissão à lei superegóica e, neste sentido, à instituição médica.

Do ponto de vista do psicanalista, isto significa também ressaltar um risco de institucionalização da psicanálise, já discutido anteriormente, cuja conseqüência imediata seria a perda da diferença estrutural entre campo médico e campo psicanalítico, em nome de uma “instituição ideal” ocorrendo, a partir daí, o processo já denominado de “medicalização” da psicanálise sendo esta absorvida pelos ideais da chamada reforma psiquiátrica.

Neste caso, perder-se-ia a especificidade da experiência psicanalítica, descrita no capítulo 3 desta tese, seu modo peculiar de instrumentalização do saber-poder, ao generalizá-la, isto é, dissolvê-la, numa prática de cuidados institucionais. Consideramos que é de fato a manutenção da instituição como um ideal, inviabilizando-se aí um luto, aquilo que poderia condicionar o que

denominamos como um tempo institucional caracterizado pela *(de)negação da Outra cena*.

Nossa experiência, num ambulatório de psiquiatria, iniciou-se neste “segundo tempo institucional”, tempo da *(de)negação*.

Como afirmamos no capítulo 1 desta tese, em fins da década de 70, o referido ambulatório tinha se tornado pólo de referência no que dizia respeito à reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, o que havia fornecido aos profissionais ali inseridos um certo *status* profissional neste campo.

Este período histórico caracterizou-se por um movimento, no campo da psiquiatria, cuja característica básica foi a proposta de desinternação dos pacientes psicóticos. Como consequência, os ambulatórios eram valorizados como alternativas prioritárias para uma prática de saúde mais humana. O fato é que esta instituição de assistência tornou-se, naquele período, uma referência tornando-se, portanto, um ponto de possível efetivação dos ideais daquele momento histórico cultural.

Segundo relato dos profissionais que desde aquela época trabalhavam neste ambulatório, este passado era um tempo absolutamente “presente” expressando-se no discurso daqueles que ativamente haviam participado daquele momento histórico.

O que acabou por se tornar à denominada “decadência do serviço público de saúde”, a partir de fins da década de 80, ocorrida em função dos problemas sociais e políticos brasileiros, teve efeitos nas relações institucionais deste ambulatório dali em diante. Um dos efeitos, que aqui nos interessa, foi a paulatina “cronificação” de uma “desilusão” oriunda da perda de alguns ideais sociais relativos, neste caso específico, à promoção da saúde da população e ao desenvolvimento de um bem-estar social, ideais, estes, subjetivamente, inscritos em fins da referida década de 70, no chamado campo médico-psicológico.

Uma das formas de expressão desta “desilusão” seria a ausência de reuniões de equipe interprofissional (psiquiatria, psicologia, etc) que foram, paulatinamente, substituídas por reuniões de cunho burocrático de cada equipe separadamente, impossibilitando ao grupo de psicólogos (no qual estávamos incluídos) atenderem aos sujeitos psicóticos que deveriam ser encaminhados pelo setor psiquiátrico.

Como já afirmamos, anteriormente, no primeiro capítulo desta tese, a partir de uma pesquisa realizada no ambulatório em questão,⁴⁴⁴ tornou-se evidente os efeitos desta configuração institucional, principalmente, no que dizia respeito ao encaminhamento clínico dos sujeitos psicóticos limitando-os às possibilidades de tratamento de cunho medicamentoso.

Neste “tempo da *(de)negação*”, o que verificávamos, assim, era uma verdadeira cronificação dos pacientes em regime aberto (ou ambulatorial), situando-se o exercício do saber-poder disciplinar não mais a partir de um ponto de vista “espacial” (o hospício), mas através de formas mais sutis e “invisíveis” de controle da subjetividade desejante pela via da prescrição indiscriminada dos medicamentos.

Foi diante de todos estes fatos estabelecidos que nossas perguntas surgiram: “Qual o lugar da psicanálise neste contexto?” “Como construir a experiência psicanalítica com os pacientes psicóticos num contexto institucional que *(de)nega* a psicanálise?”

De alguns pontos, da instituição algumas respostas “insistiam”, afirmando a impossibilidade desta *práxis*: “Aqui neste ambulatório, não dá pra fazer psicanálise, apenas uma espécie de orientação.” Ou ainda: “Aqui no serviço, fazemos medicação, psicanálise só no consultório. Aqui não dá pra realizarmos este tipo de trabalho.”

Ou seja, o que se expressava era a chamada resistência à psicanálise que assumia a forma de uma *(de)negação* quando ao se negar a possibilidade da psicanálise, simultaneamente, se *(re)conhecia* sua presença neste campo.

Esta perspectiva foi bem delineada no texto freudiano⁴⁴⁵ que tratou de descrever um modo próprio de reconhecimento do inconsciente, isto é, da Outra cena, por parte do eu, via fórmula negativa. Neste sentido, o “não” que era aqui dirigido para a psicanálise, deverá ser entendido como um “não” que, expressava, simultaneamente um reconhecimento e uma resistência à possibilidade de advento da Outra cena, isto é, neste caso, de uma transformação institucional. Digamos que aqui se revelavam as dificuldades de elaboração do luto referido aos antigos ideais sociais que impregnaram a instituição na década de 70.

⁴⁴⁴ NICACIO, E.M.(1996) *Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma*

⁴⁴⁵ FREUD, S (1925b) *A negativa*.

O que se expressava também, por outro lado, era uma posição de “impotência” dos sujeitos diante do instituído, onde o mal-estar institucional se cristalizava numa “negatividade”, isto é, num “não-poder”. É o que podemos evidenciar nas seguintes falas: “É assim mesmo, a instituição é assim, não adianta tentar mudar...”. Ou ainda: “Aqui, nada acontece, pois dependemos das instâncias hierarquicamente superiores”.

Destacamos, aqui, o que denominamos de “impotência” do sujeito diante do instituído, indicando, com isso, a presença prévia de uma expectativa idealizada na relação do sujeito com a instituição, ou seja, com a instituição anteriormente atravessada pela “reforma” e, conseqüentemente, pelo campo psicanalítico.

Optamos aqui, em utilizar a idéia de impotência e não de desamparo, pois sendo esta última estrutural à constituição do sujeito é um fundamento necessário para a potência sublimatória ou criativa. Por outro lado, uma posição de “impotência” é uma resposta ou contraposição a uma posição prévia de “onipotência.” Isto é, a instituição ocupando inicialmente o lugar do ideal do eu do sujeito, a partir de uma identificação de cunho imaginário, impediria aí, todo um processo de luto necessário à experiência da transitoriedade, tal qual descrita por Freud.

Como afirmamos, anteriormente, naquele momento histórico da década de 90, revelava-se, nesta instituição médica, a perda de um ideário reformista, oriundo da década de 70, cujas propostas não puderam ser resgatadas, por razões políticas, em função de uma posição institucional que colocava o referido ambulatório, na exterioridade do atual movimento de reforma psiquiátrica.

A instituição tomada como ideal é aquilo que reforça o recalçamento, expressando-se numa atitude conformista e/ou idealista que tenderia a negar a morte e a diferença na base de toda instituição, isto é, de toda referência ao Pai como simbólico.

A relação do homem com seu próprio desejo aponta, necessariamente, para a questão da morte, “morte do Pai” transformado em *Nome* e estando, o pai morto só nos resta a errância do desejo, ou seja, a assunção da falta do objeto.

A configuração institucional, descrita anteriormente, foi aquilo que nos produzindo um “mal-estar”, impulsionou-nos num movimento de busca de outras possibilidades de inserção na instituição. Neste processo viabilizou-se a construção de uma nova equipe de trabalho e de uma outra cena institucional, que

funcionou como referência simbólica à *práxis* psicanalítica com o sujeito psicótico.⁴⁴⁶

Consideramos que é neste ponto do percurso de um psicanalista que algo sob a forma de um impasse se coloca, podendo este se transformar numa forma de “desafio” que resultaria, do ponto de vista do analista, num modo de expressão da resistência ou, pelo contrário, num ponto de “passagem” que viabilizará uma forma de identificação à paixão freudiana possibilitando-o “perseverar” resultando na possibilidade de efetivação da experiência psicanalítica. Neste caso, a instituição assumirá um “terceiro tempo” que descreveremos, a seguir.

5.3.3. O terceiro tempo da instituição: do impasse ao passe ou retomando à *Outra cena*.

(...) a lei simbólica não acusa, mas solicita a existência da justeza de um dizer. (Weill,1997:167)

Como já assinalamos, um impasse apresenta-se como uma situação de difícil solução parecendo, num primeiro momento, impossível encontrarmos uma saída favorável, sendo, portanto, necessário “contorná-la”.

Como psicanalistas, encontramos na forma assumida pela instituição médico-psiquiática, a colocação de um impasse expresso pela questão *Você vai insistir com (o desejo) (d)a psicanálise?*

A construção de uma saída possível, isto é, de uma forma de “passagem” para um impasse, reporta-nos à idéia lacaniana do *passe*,⁴⁴⁷ travessia que implicará na assunção do desejo de tornar-se um psicanalista, perseverando na paixão freudiana.

O dispositivo institucional do passe foi criado, por Lacan, não só com o intuito de responder a questão do “por que alguém se torna psicanalista?” e

⁴⁴⁶ Esta equipe constituiu-se com dois psicanalistas, uma psiquiatra e uma assistente social, além de encontrarmos alguns outros psiquiatras simpatizantes do nosso projeto que com seus encaminhamentos viabilizaram a efetivação de nosso trabalho.

⁴⁴⁷ LACAN, J (1967) *Proposição de 9 de outubro*.

também do “como isto acontece?” mas, também, com o objetivo de articular a ordem institucional, que ele (Lacan) chamava de psicanálise em *extensão*, ao primado da experiência psicanalítica, isto é, a *psicanálise em intensão*. Seu intuito, aqui, era questionar radicalmente, as instituições de formação psicanalítica que pautadas na hierarquia, acabaram por promover o fortalecimento do “eu”, sustentadas que estavam, em concepções de cunho “ideal”. Isto significaria considerar que aí se falava “do” inconsciente, porém, não “com” o inconsciente.⁴⁴⁸

Podemos considerar, aqui, que passar ao “terceiro tempo da instituição” seria também encontrar uma forma de “passagem” sustentadora do discurso do inconsciente, articulando-se, dessa forma, a *psicanálise em extensão* com a *psicanálise em intensão*. Neste “tempo” aqui representado, a questão que se colocaria ao psicanalista seria: “O que você quer?” ou, ainda, “Aquilo que você quer, tratar-se-ia de fato da psicanálise?”

Este “tempo” reencenando o terceiro mito freudiano, isto é, o *Moisés*,⁴⁴⁹ solicitaria de cada analista um reencontro com a descoberta freudiana do inconsciente, momento mítico de reafirmação da psicanálise e de identificação com o Pai.

Foi perseverando neste desejo que, junto com outros profissionais, elaboramos um projeto de trabalho que denominamos Oficina de Artes que acabou por se configurar numa nova forma institucional, relativamente à referida instituição médico-psiquiátrica.

A Oficina de Artes surgiu com uma proposta de desenvolver junto aos sujeitos psicóticos, uma forma de tratamento alternativa à proposta medicamentosa, hegemônica, naquele momento histórico, no referido ambulatório.

Esta forma de tratamento teve como objetivos específicos o acolhimento do sofrimento psíquico, a expressão das vivências, através das artes (plásticas, literárias, teatrais), a convivência, à medida que as atividades realizavam-se em grupo, e de transição, a partir de onde os sujeitos pudessem mais adiante, retomar suas atividades no campo social, visto que a maioria dos pacientes tinha rompido seus vínculos de trabalho e estudo.

⁴⁴⁸ WEILL(1998) *Lacan e a clínica psicanalítica*

⁴⁴⁹ FREUD, S (1939[1934-38]) op cit.

A Oficina também teve uma função fundamental ao possibilitar a transição de uma forma de tratamento exclusivamente medicamentoso para uma possibilidade de tratamento psicanalítico individual, a partir do estabelecimento de transferências com os analistas ali presentes. Consideramos, portanto naquele contexto, a idéia de uma escolha, por parte do sujeito psicótico. A Oficina possibilitando a circulação da palavra, atravessada pelas artes, tornou-se para nós mesmos, psicanalistas, uma referência simbólica compartilhada com os sujeitos psicóticos. Retornou-se aí, portanto, a possibilidade da *Outra cena*.

Um fenômeno que muito nos chamou a atenção, foi o fato de que apesar de alguns psiquiatras simpatizantes com o trabalho da Oficina, encaminharem os psicóticos, estes, de fato, “não chegavam”. Ou seja, o que pudemos verificar, foi à presença de um fenômeno de cronificação dos pacientes, identificados com a configuração institucional hegemônica e com o tipo de atendimento instituído (o medicamentoso). Qualquer outra proposta, tanto o atendimento na Oficina, quanto o encaminhamento direto para psicanálise, era protelado, infundavelmente, por aqueles que já eram “usuários” da instituição há vários anos.

Como já nos referimos, anteriormente, os aspectos instituídos de uma instituição, isto é, o modo como um saber é transmitido, parece funcionar como uma forma de resistência que sobrevêm, em função de um dado modo identificatório aí presente.

O fato é que este “aderir ao instituído”, a princípio, impediu a realização da Oficina, assim como, a constituição da experiência psicanalítica com estes sujeitos, reforçando a configuração institucional que primava pela prática clínica burocratizada.

À medida que outros profissionais se interessaram pela existência da Oficina, os pacientes também começaram a se aproximar, ocupando este outro espaço-tempo institucional no ambulatório.

Por exemplo, G., diagnosticada como esquizofrênica, se apresentou na Oficina com movimentos e frases repetitivas, ficando por um longo período perguntando as mesmas coisas para todos (“quantos anos você tem?” “qual o seu nome?”), como se chegasse apenas naquele momento, começando sempre do “zero”, o seu encontro com o grupo, recolocando-se, talvez, como um “zero” no mundo. Até que um dia, espontaneamente, ela pôde entregar-nos um bilhete que havia feito em casa, antes de vir para a Oficina, onde afirmava categoricamente:

“Quero vir todas as quartas na Oficina, SIM”. No bilhete com grandes letras, pela primeira vez, G. nos oferecia seu SIM de sujeito, dirigindo-nos, a partir de um movimento próprio, seu desejo singular.

Suas pinturas que sempre se circunscreviam em torno de uma forma que reproduzia uma espécie de “ovo” que incluía um outro “ovo”, subitamente também se transforma, numa espécie de caracterização de um “nascimento”, originando várias formas (quatro, cinco...) — que talvez representassem todos nós da Oficina, que nascíamos junto com ela. As formas desenhadas, umas ao lado das outras, não mais “ovais”, passaram a denotar, “sombras” que, talvez, anunciassem o surgimento de algo humano.

Do mesmo modo, um dia, A nos surpreendeu com a escrita de uma “peça de teatro” cujo tema era a curiosa indagação “Quem não tem problema?”, onde através de duas cenas descrevia o encontro de um “médico” com seu “paciente”, chamando, sugestivamente, este último, de “Legal”. O fato é que “Legal” “não tinha problemas”, quem os tinha, na realidade, era o seu médico que foi apresentado com inúmeros cacoetes e “tiques nervosos”.

Relativizando aonde se “localizava” a doença e a loucura, A, que nasceu com uma deficiência mental, conseguiu transformar uma situação de sofrimento em motivo de riso, a partir das situações que recriou e que pôde compartilhar com o grupo.

É importante sublinharmos, aqui, os trabalhos de Winnicott⁴⁵⁰ que nos trouxeram uma contribuição fundamental, ao apontarem que o holding e o manejo tornam-se, em algumas situações, os eixos fundamentais para que possamos dar início, mais adiante, a um trabalho que possa vir a ser denominado de psicanalítico⁴⁵¹. O autor nomeia de *angústia impensável*⁴⁵² o sofrimento do sujeito psicótico, procurando assinalar aí, uma clara diferença com relação à angústia de castração, típica do sujeito neurótico. É este autor, também, que vai enfatizar a importância da construção de “estratégias terapêuticas”, e a Oficina pode ser pensada dentro desta ótica, que, desfazendo antigas defesas, poderia permitir o reaparecimento destas angústias (impensáveis) em circunstâncias apropriadas.

⁴⁵⁰ WINNICOTT, DW (1975) *O brincar e a realidade*; (1978) *Da pediatria à psicanálise*.

⁴⁵¹ LEITE, S.C. (1987) *Algumas reflexões sobre as relações entre criatividade, espaço potencial e processo analítico*.

⁴⁵² WINNICOTT(1978) *idem*.

Destacamos, aqui, a idéia de “acolhimento” da loucura como parte essencial para a realização da *práxis* psicanalítica com a psicose e, portanto, da possibilidade de reconstrução da verdade do sujeito.

Apesar de o autor pautar-se, fundamentalmente, na idéia de espaço e de ambiente para pensar estas questões, a idéia de *transição*,⁴⁵³ por ele utilizada, já traz implícita a perspectiva de uma forma de “temporalidade” necessária à experiência do inconsciente.

A criação da Oficina naquele contexto funcionou, conforme afirmamos, como uma possibilidade de resgate da *Outra cena*, de um outro tempo institucional que possibilitou, de fato, o encontro com as questões da loucura, e com uma outra forma de abordagem clínica.

Nas condições até então presentes, no referido ambulatório, salvo o esforço individual de alguns psiquiatras, o aparecimento da chamada “crise psicótica” ficava quase que, exclusivamente, condicionada a um só caminho: a internação em hospitais psiquiátricos. Ao ser “inventada” a Oficina de Artes instituiu uma outra instituição, outra estrutura, capaz de acolher e de situar o sofrimento psicótico, possibilitando, com isso, condições para o estabelecimento de algum tipo de demanda propiciadora da construção da experiência psicanalítica.

5.3.3.1. Fragmentos de um caso de psicose: do acolhimento institucional à experiência psicanalítica⁴⁵⁴

R. nos foi encaminhada por uma psiquiatra que não fazia parte da Oficina, mas que acreditava no nosso trabalho. A paciente, em tratamento medicamentoso há quase 15 anos, deixava a psiquiatra preocupada, pois, em todos esses anos, o delírio não havia cedido completamente.

R., por sua vez, ficou durante um ano apenas enviando trabalhos para a Oficina (desenhos geométricos e origami), deixando-os na porta ou enviando-os

⁴⁵³ WINNICOTT(1975) idem.

⁴⁵⁴ Ao descrevermos estes *Fragmentos* seremos, inevitavelmente, conduzidos a utilizarmos a primeira pessoa do singular.

pela psiquiatra que a atendia. Até que, depois deste período, subitamente, ela apareceu dizendo que viria *ajudar na escolinha*.

R., uma mulher bonita, tinha 45 anos quando começou a freqüentar a Oficina. Formou-se como professora primária e estudou francês. Trazia os cabelos sempre presos ao alto, portando um “ar de rainha”. Todas as semanas vinha ao grupo assumindo, tranqüilamente, sua “função didática”, ensinando origami aos pacientes que, prontamente, a reconheciam neste lugar.

Uma tarde, inesperadamente, R. olhando-me diretamente nos olhos, perguntou “em alto e bom som”: *Você gosta deste seu cabelo assim tão curto?*

É interessante registrarmos que é da ordem de uma “captura”, sem mediação, que a transferência psicótica se apresenta, sendo produtora de uma espécie de estremecimento corporal em que se misturam medo, susto e estranhamento. Se, estes fatores forem mais fortes que o nosso interesse pelo paciente, algo se inviabilizará.

No exato momento em que respondi afirmativamente a sua pergunta, indagando o seu por quê, toda a produção delirante, até então contida, se apresentou, como se uma “torneira jorrasse”, incessantemente, fazendo transbordar algo, anteriormente, contido: *Eu gosto de cabelos longos, mas eles, os meus, estão caindo devido a um crime que cometeram contra mim...É o Tarcísio e o Marcos Paulo (ambos atores de telenovela) que fazem isso comigo. Eles falam no meu ouvido através dos fios. E também aquela mulher....que quer me ver feia, me fazer feia para impedir o sexo....Eles mentalizaram e impediram que eu casasse...é o crime...é o crime.*

Enquanto os outros pacientes trabalhavam tranqüilamente, pintando, moldando, sentei-me próxima a ela que continuou a estranha conversa. *Eles querem impedir o sexo...por isso fiquei solteira..eles me vigiam para ver o sexo e não me deixam encontrar os estrangeiros.*

Foi somente a partir deste acontecimento, deste inusitado encontro na Oficina que se tornou possível convidar R. para nos encontrarmos, semanalmente, e conversarmos sobre as vozes que há tanto tempo a acompanhavam, o que ela aceitou prontamente.

As crises de R. iniciaram-se aos 20 anos de idade, depois de formada como professora começando, então, a lecionar. Afirmou que ficava muito aflita, quanto à possibilidade de não conseguir ensinar os alunos. Ia, enfim, ocupar um lugar

definido, trabalhar, ser independente e muitas expectativas convergiam. Como aí ficar? Como se posicionar?

O impossível, então, corporificou-se na função social que era demandada ocupar. Como Lacan considerou, trata-se de um momento, aquele da eclosão da psicose, quando o sujeito é chamado a responder ali, aonde não pode responder, ocorrendo à abordagem pelo sujeito de um significante como tal, e da impossibilidade dessa mesma abordagem.

Lacan⁴⁵⁵ introduziu três níveis para compreendermos como se estrutura a constituição do sujeito, naquilo que o especifica. São eles, em linhas gerais, o simbólico, representado pelo significante, o imaginário, representado pela significação, e o real, que é o impossível de se apreender, aquilo que escapa, situado-se fora de todo campo demarcável e que insiste, “num eterno retorno” diante do sujeito.

Considerando as três estruturas como indissociáveis, o que ficará, claramente, representado pela via topológica, através do chamado *nó borromeano*,⁴⁵⁶ afirma:

Não é um sistema do mundo, é um sistema de referência de nossa experiência – ela se estrutura assim, e é no interior disso que podemos situar as diversas manifestações fenomênicas com as quais lidamos.⁴⁵⁷

As diferenças que se estabelecem entre estrutura neurótica e psicótica podem, então, ser apreendidas a partir do modo como estes três níveis se articulam.⁴⁵⁸

Para tanto, Lacan, retomou os textos freudianos,⁴⁵⁹ discutindo estas questões, quando, então, a psicose se caracteriza por um primeiro tempo de conflito “eu-realidade”, ocorrendo aí, “perda da realidade” (*Verwefung*); enquanto no segundo tempo, têm lugar a reconstrução da realidade (delírio). Seguindo Freud, ponderou que não seria correto dizer que a sensação interiormente

⁴⁵⁵ LACAN, J. (1955-56) *As psicoses*

⁴⁵⁶ LACAN J. (1972-73)- *Mais, ainda*, p.160.

⁴⁵⁷ LACAN, J (1955-56), op cit, p.90.

⁴⁵⁸ LACAN (1975-76) ao final de sua obra, vai considerar o sintoma na categoria de quarto registro, indicando-o como elemento necessário a ser agregado aos três anteriores (RSI) e ao qual o sujeito necessitará se identificar reescrevendo-o em sua dimensão sexual e social.

⁴⁵⁹ FREUD (1924) *A perda da realidade na neurose e na psicose*; (1924[1923]) *Neurose e psicose*.

recalcada foi projetada, de novo, para o exterior, mas sim que aquilo que foi rejeitado (*Verwerfung*) volta do exterior.

Retomando os textos freudianos sobre psicose, discutidos no capítulo 4 desta tese, Lacan afirmou que a projeção na psicose, não se confundiria com a projeção psicológica sendo, antes, o mecanismo que faz voltar de fora o que está preso na *Verwerfung*, ou seja, o que foi posto fora da simbolização geral que estrutura o sujeito.

Na leitura lacaniana trata-se, na psicose, da *foraclusão* (*Verwerfung*) do *Nome-do-pai*, considerado um significante primordial, cuja função é introduzir uma ordem, uma ordenação na linhagem, na série geracional — o que não se confunde com ordem natural — e que possibilitará ao sujeito uma posição no mundo.

Antes de R. formar-se professora, todo o movimento para além do campo familiar, era permeado de ameaças, medos, sustos, perigos, nada que apontasse para uma necessidade ou um desejo da família. O pai temia as violências das ruas e os crimes, a mãe temia a prostituição, o sexo sem limites. Na adolescência, seus movimentos foram tolhidos. Quando começou a tentar sair sozinha, surgiram episódios de “apagamento”, quando acabava perdida, nas ruas, precisando que o pai ou a mãe fosse buscá-la.

No ponto em que há um apelo ao *Nome-do pai*, poderá responder no *Outro* um puro e simples “furo” o qual *pela carência de efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica*.⁴⁶⁰ A chamada metáfora do *Nome-do-pai* é aquela que vem em substituição ao lugar, primeiramente, simbolizado pela operação da ausência da mãe. Neste sentido, enquanto na neurose a falta do objeto é recoberta pelo significante fálico e seus derivados imaginários, na psicose o que surge é o “nada”. Diante deste “buraco”, é toda a construção delirante (produção imaginária) que vem ocupar a função de reconstrução da realidade devido à falha no simbólico.

Podemos, então, entender que R, ao sair pelas ruas, vivia a ausência de uma “via principal”, como Lacan representou, o significante fálico primordial, ou seja, aquele que como uma avenida, numa grande cidade, possibilita a todas as outras vias assumirem um sentido que as possa posicionar.

⁴⁶⁰ LACAN, J. (1955-56) *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, p. 564.

Trata-se, exatamente, de uma falha na estruturação do Édipo, que possibilitaria uma posição diante do significante fálico e dos amores que, em substituição aos primeiros objetos, pudessem se inscrever na vida do sujeito. Diante desta total impossibilidade, o que (re)apareceu no delírio de R. foi a história de um “crime” de que ela se sentia vítima, *crime*, este, que na sua expressão, impedia o sexo, visto que, como afirmou Lacan:

(...) a realização da posição sexual no ser humano está ligada à procura da travessia de uma relação fundamental simbolizada, a do Édipo, que comporta uma posição que aliena o sujeito, isto é, o faz desejar o objeto de um outro, e possuí-lo por procuração de um outro.⁴⁶¹

É isto que comportava a pergunta de R, num determinado momento de seu percurso: — *Existe alguma anestesia para fazer sexo sem dor?*

Percebe-se, aqui, como que o sexual se tornou para ela algo, exclusivamente, da ordem do Real, do *non-sense*, como Lacan o denominou, ou seja, algo bruto, sem nenhuma mediação ou véu que o possa recobrir, o que vem impossibilitar a experiência sexual, de fato.

Segundo o estudo deste autor: *O psicótico está submetido a uma prova, ao problema de alguma falta concernente ao discurso permanente que sustenta o cotidiano, a coisa bruta da realidade.*⁴⁶²

Num outro momento, R. levou para a sessão uma revista com cenas explícitas de relações sexuais, um verdadeiro “manual” de posições com os órgãos sexuais expostos. Foi um período por ela denominado “de pesquisa”. Dizia aos berros: — *Isto é um horror, isto não pode ser sexo. Isto eu não quero, prefiro ficar solteira. Isto não tem beleza.*

No caso do psicótico, não se abrem conflitos e impasses que dizem respeito ao Édipo. Nesse sentido, o sujeito é impedido de algo fundamental que deixa nele a marca de uma certa falta, que implicará numa verdadeira impotência em realizar alguns delineamentos básicos que constituem a realidade humana.

No delírio, aquilo que é denominado de fenômeno elementar não é mais elementar do que aquilo que está subjacente ao conjunto da construção do delírio.

⁴⁶¹ LACAN, J. (1955-56) *As psicoses*, p. 203.

⁴⁶² Idem, p. 284.

Ou seja, trata-se sempre da mesma força estruturante que aí atua, quer o consideramos em uma de suas partes ou em sua totalidade.

Segundo Lacan, o importante do fenômeno elementar não é ser um núcleo inicial (enquistado) em torno do qual surge o delírio, tal como a psiquiatria tende considerá-lo; mas sim, o fato de que: *O delírio não é deduzido, ele reproduz a sua própria força constituinte é, ele também, um fenômeno elementar.*⁴⁶³ O fenômeno irreduzível está, aqui, no nível da interpretação, onde uma significação se imporia.

Assim, no que diz respeito ao delírio e à imposição de uma significação, o problema *É justamente porque ela se situa no plano da compreensão como fenômeno incompreensível, se assim posso dizer, é que a paranóia é para nós tão difícil de discernir.*⁴⁶⁴

Aquilo que seria o núcleo completamente compreensível do delírio é inerte, estagnante, em relação a qualquer dialética, ou seja, aqui não nos servirá “para nada” uma atitude “compreensivista” com relação ao fenômeno delirante, pois aquilo que é próprio do comportamento humano, e que diz respeito à possibilidade de uma movência das ações, dos desejos e das opiniões é, propriamente falando, o que se acha, aqui, excluído. É possível identificarmos, então, a presença de um elemento repetitivo que procede por reiteraões (o *ritornelo*), impossível de ser integrado em um verdadeiro diálogo.

O *crime* é a palavra-chave no discurso de R., cuja significação tem a prioridade de remeter-nos a algo inefável, irreduzível: *Meus padrinhos me salvaram, pois havia um crime na família. Um crime, um crime(...) queria me fazer feia, queria impedir o sexo(...) Essa minha prima e o marido dela, são assassinos(...) Há um crime neste país(...). Mas os estrangeiros me protegeram(...)eu queria me casar com um estrangeiro, só eles são educados.*⁴⁶⁵

O *crime* é o elemento que retorna insistentemente de “fora”, sob a forma de uma injúria.

Temos aí o sentimento de que a injúria de que se trata – o termo injúria é aí realmente essencial, e ele sempre foi posto em evidência na fenomenologia clínica da paranóia – concorda com o processo de defesa, via de expulsão(...)⁴⁶⁶.

⁴⁶³ Idem, p. 28.

⁴⁶⁴ Idem, p. 31.

⁴⁶⁵ Os padrinhos de R. eram, de fato, estrangeiros. O padrinho teve, fundamentalmente, uma especial importância para ela, à medida que a ajudou a custear seus estudos até formar-se professora, além de garantir um curso particular de francês.

⁴⁶⁶ Ibidem, p. 61.

É esta a contraparte do mundo imaginário, cuja invasão da subjetividade, o delírio, dá um testemunho. A palavra *crime* é um significante isolado, pesado, portador de uma inércia particular, carregando uma significação não dialetizável.

Na fala delirante, o *Outro*(simbólico) está verdadeiramente excluído, não havendo a possibilidade de uma verdade atrás do discurso, e o sujeito fica, então, numa atitude de perplexidade, em face deste fenômeno bruto. É a possibilidade de referência a um campo para além da fala que é dirigida aos outros, que possibilita ao sujeito uma flexibilidade neste campo que inclui, tanto a incerteza, quanto à possibilidade de fingimento, pelo fato de que: *O que o sujeito me diz está sempre numa relação fundamental de um fingimento possível, aonde ele me remete e onde eu recebo a mensagem sob uma forma invertida.*⁴⁶⁷

O sujeito desejante é aquele que, diferentemente do psicótico, constitui-se em torno de um centro que é o outro da fase especular, e onde o primeiro acesso ao objeto é marcado desde o início, pelo objeto, enquanto objeto do desejo do outro.

Dessa forma, no interior de toda fala há algo que provém de outra origem e que é a distinção entre imaginário e real.

Assim: *Uma alteridade primitiva está inclusa no objeto, na medida em que ele é primitivamente objeto de rivalidade e de concorrência. Ele só interessa enquanto objeto do desejo do outro.*⁴⁶⁸.

Esta base de rivalidade, no fundamento do objeto, é o que é superado na fala, na medida que faz intervir o terceiro, que é o próprio campo da linguagem enquanto tal. A palavra surge como possibilidade de pacto, acordo, onde é possível estabelecer o que é para mim e o que é para você. Porém, o caráter agressivo da concorrência primitiva deixa sua marca, na qual a dialética do inconsciente implica sempre, como uma de suas possibilidades, a luta, a impossibilidade da coexistência com o outro.

Assim, há um *Outro* desconhecido (ou não conhecido) e um *outro* que é o *eu* fonte de todo conhecimento, conhecimento pautado numa primeira alienação fundante. É nesta distinção que toda dialética do delírio deve ser situada.

⁴⁶⁷ Idem, p. 48

⁴⁶⁸ Idem, p.50.

Caberá, assim, indagar: *Será que o sujeito fala com vocês?*, ou ainda, *De que será que ele fala?*

Segundo Lacan, o sujeito delirante fala “com vocês” de alguma coisa que lhes falou, ou seja, é a respeito da estrutura desse ser que fala ao sujeito, que o paranóico lhes traz o seu testemunho.

Dessa forma, a alienação na psicose não diz respeito simplesmente a uma identificação com *outro*, ou seja, alienação como forma geral do imaginário. Como há fala, há *Outro*, com maiúscula e o que fala é o inconsciente, algo que fala no sujeito, além do sujeito. Enquanto, na neurose há plena articulação da ordem simbólica, na psicose, o sujeito é tomado pela realidade não articulada à ordem simbólica. Em outras palavras: *Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído, pela linguagem.*⁴⁶⁹.

Longe de perseguirmos uma gênese, no sentido mesmo de uma psicogênese, o recurso aos fragmentos históricos, aqui presentes, tem a função, como nos sugeriu Lacan, de um guia através das situações, no sentido romanesco do termo.

Para compreendermos as situações, neste sentido do termo, precisamos recorrer à idéia de mito: *trata-se, com efeito, de uma realidade estruturada pela presença de um certo significante que é herdado, tradicional, transmitido(...) pelo fato de que, em torno do sujeito, fala-se.*⁴⁷⁰

Todo sujeito situa-se num mito familiar transmitido através das gerações e que, por ser dirigido, não para ele, *mas para o personagem que ele encarna na cena familiar, que o constituirá como sujeito.*⁴⁷¹

A partir do momento em que uma mulher fica grávida, instaura-se uma relação de cunho imaginário onde o sujeito-criança não é representado pelo que ele é — um embrião no curso de um desenvolvimento — mas um corpo imaginado.

A inserção da criança numa dimensão histórica é um processo fundamental para que o sujeito possa ser reconhecido como elo, vindo a se inserir numa cadeia significante.

É este primeiro significante que vem recobrir o *non-sense* original possibilitador de uma primeira identificação imaginária, permitindo um primeiro

⁴⁶⁹ Ibidem, p. 284

⁴⁷⁰ Idem, p. 283.

⁴⁷¹ AULAGNIER, P. (1979) *Observações sobre a estrutura psicótica.*

dom libidinal. É a mãe, portanto, aquela que porta o significante fálico, e deve reconhecer, desde sempre, a presença de um além que circunda a relação mãe-criança, permitindo a entrada do sujeito no circuito simbólico ou no jogo dos significantes.

Conforme Lacan afirmou, não se trataria aqui, diretamente, do modo como a mãe se arranja com aquele pai específico, mas o valor que atribui ao discurso paterno, naquilo que ele possa vir a relativizar deste encontro do qual é testemunha. Pois: (...) *para que o sentimento da realidade seja um justo guia, para que a realidade não seja o que ela é na psicose é preciso que o complexo de Édipo tenha sido vivido.*⁴⁷²

O que está em questão não é da ordem de uma realidade concreta, mas de uma realidade significativa. O significante não é apenas um invólucro, um recipiente da significação. Ele a polariza, a estrutura, a instala na existência.

A noção de um pai é aquilo que funciona como “ponto de basta” entre significante e significado bem próximo, segundo Lacan, da noção de temor de Deus, do catolicismo; além de funcionar como ordenamento da série geracional, possibilitando ao sujeito um lugar numa dada linhagem.

Retomando a descrição do nosso caso clínico.

Os pais de R vieram do Norte. A mãe foi a única dos onze filhos que veio para o Rio, acompanhar o homem que a tinha pedido em casamento. Sua idade (a da mãe) seria considerada avançada para o casamento. Família enorme, muitos irmãos. Algumas irmãs tiveram filhos ilegítimos que, por sua vez, tiveram filhos também ilegítimos, digo, sem o registro de um pai. A única figura masculina significativa, um tio, ficou sendo para R., um foco de perseguição, temor e agressividade.

R. num dado momento do percurso de sua análise resolveu fazer uma árvore genealógica. Interessante momento do seu processo. Nesta “árvore”, foi possível observarmos a ausência de uma referência ao pai e ao seu Nome. A família do pai era insignificante. Ela esquecia de situá-lo, afirmando: *São poucos, não me lembro...minha mãe não sabe.*

O pai de R. foi criado pela tia depois da morte da mãe, pois o seu próprio pai desapareceu, deixando a mulher grávida. A mãe fez com que seu filho

⁴⁷² LACAN, J. (1955-56) op cit, p. 226.

deixasse os cabelos crescerem, como uma menina, por causa de uma promessa religiosa que ela fizera.

Novamente, os cabelos, fios que continuamente se estenderam na vida de R. São os fios aquilo que, tanto, possibilitou o início de uma transferência (como foi mostrado no início deste relato), quanto aquilo que a aprisionou às vozes, aos obsessores: — *Este jovem que me atormenta com contatos de fios elétricos, fios do poste de luz, em frente a minha...chama-se Marcos Paulo (ator da rede Globo de televisão). Digo isto, porque ouço a voz deste ator. Este contato vem com toda força de som e energia elétrica.*

A mãe de R. comentou, numa sessão em que acompanhou a filha, que o marido, antes de morrer, afirmara: *que se não fosse por ela, ele teria se tornado um lixo...* R., por sua vez, reforçou dizendo que se sentia como o pai...se não fosse a mãe, morreria...A “proteção” materna vinda dos “espíritos” que, segundo ela, incorporavam sua mãe e lhe indicavam o melhor a fazer e a decidir, quando estava com medo. A mãe de R., dizia-se ligada ao espiritismo, onde, aliás, descobriu através de um médium, logo no começo dos problemas da filha, que tudo o que R. vivia era relacionado à inveja de uma amiga que havia se formado professora na mesma época que ela.

Quando R. contava três anos de idade, a mãe descobriu, lá no Maranhão, uma mulher que dedicava um especial interesse em relação ao seu marido e R. a partir deste momento, tornou-se objeto de um acordo entre os pais: — *Lhe dei 24 horas para terminar tudo com a amante ou, então, jamais veria a filha...*

O marido aceitou, sendo que, daí por diante, toda sua vida, centrou-se na filha, nomeando a esposa como a única responsável, caso algum perigo, dano ou violência, ocorresse com a filha.

R. foi o preço pago para a manutenção desta união. Desde então, a mãe passou a ter a incumbência de vigiar a filha, noite e dia, para que nenhum mal lhe acontecesse. As amigas foram afastadas pela mãe que descobria, nelas, a inveja pela beleza da filha e o desejo de roubar-lhe os namorados que, por ventura, aparecessem.

A beleza de R. era relacionada a uma tia materna, irmã mais nova da mãe, que *casou mais cedo, era danada e tinha os cabelos negros, longos e lindos como de R.* Aliás, era a preferida do pai (o avô materno de R.).

A mãe de R. contou, com um sorriso nos lábios, que cuidou incansavelmente da filha para o marido e, ainda cuida, e que tinha se acostumado a sair com eles e “ficar de lado”, ou melhor, “atrás” dos dois, que iam de braços dados pela rua.

O drama de R. situa-se, se assim o podemos dizer, numa geração anterior a sua própria tornando-se a mulher (sem se tornar de fato) objeto de rivalidade e ódio maternos.

Como afirmou R. *Existe um crime, um crime no meu sexo que me impede de casar(...)* E como Freud,⁴⁷³ nos indicou, existe verdade no delírio o que, de fato, não duvidamos.

Podemos, então, concluir esta tese, reafirmando que a presença da instituição médica no seu “terceiro tempo” foi aquilo que, em nossa experiência, possibilitou a realização do trabalho psicanalítico com a psicose. Esta “presença”, do ponto de vista do analista, significou a perseveração de uma identificação com o desejo freudiano, tendo, portanto, valor de “formação”. Do ponto de vista do sujeito psicótico, significou a criação das condições necessárias ao acolhimento institucional da loucura, abrindo-se espaço para o surgimento das transferências necessárias para a experiência psicanalítica.

⁴⁷³ FREUD, S (1937) *Construções em análise*.

CONCLUSÃO

O tempo de concluir, tempo do *a posteriori* da experiência é, também, o tempo da própria “tese” enquanto afirmação de algo que se estabeleceu a partir de determinado processo percorrido.

Dessa forma, nossa pergunta inicial: “Como um psicanalista pode chegar a ocupar seu lugar específico e efetivar a sua *práxis*, quando esta se situa num estabelecimento médico-psiquiátrico que “resiste” à psicanálise?”, acabou por se desdobrar em outra, servindo de guia, neste momento, para nossas conclusões: “Qual a função que uma instituição médico-psiquiátrica pode desempenhar para que a *práxis* de um psicanalista se realize?”.

Na passagem de uma interrogação à outra um tempo de elaboração se interpôs, possibilitando-nos inserir a temática da instituição no próprio campo psicanalítico, tornando-a uma problemática pertinente à experiência do psicanalista.

Ao considerarmos a presença da instituição inserida na experiência do psicanalista procuramos superar as dicotomias (sujeito-instituição; psicanálise-instituição), normalmente, presentes neste âmbito e que, algumas vezes, têm estagnado a pesquisa nesta área. Estas dicotomias expressam-se em algumas concepções pré-concebidas que podem ser traduzidas por injunções do tipo “psicanálise só no consultório” que concluem, apressadamente, pela impossibilidade da *práxis* psicanalítica na instituição. Ou por outras que partindo do princípio de que “qualquer lugar é sempre um consultório”, optam por ignorar “a presença da instituição” desconsiderando as especificidades aí presentes.

No primeiro caso, valeria a pena indagar “de qual psicanálise se trata?”, pois esta foi identificada a um “lugar”, o consultório, capaz de “naturalmente” acolhê-la. Ignora-se, o fato de que são determinados “princípios”, “funções”, que definem o campo psicanalítico, não podendo este ser, jamais, confundido com o espaço social concreto onde se realiza. O que se atualiza é a perspectiva de um “modelo de psicanálise” pronta para ser “consumida” e “reproduzida” e não, de fato, recriada, como nos ensinou Freud.

No segundo caso, o que parece estar ausente é a possibilidade de viver o imprevisto e o espanto que a experiência de um psicanalista deve incluir, sempre que os “contextos” se modifiquem exigindo-se, aí, um trabalho de elaboração.

Esta tese revelou a história de como “fomos tomados pela psicanálise”, das dificuldades que aí se inscreveram e de como esta “paixão sobreviveu”, pois, como nos indicou Freud, a atividade psicanalítica é difícil e exigente, não podendo ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para passear.

Ao procurarmos responder a questão da “função” desempenhada pela instituição médica, tomamos a “presença” da instituição como uma forma de resistência à experiência psicanalítica e, portanto, com uma função simbólica de “formação” para o analista, pois, tudo aquilo que se apresenta como “resistência” à psicanálise pode acabar por se constituir numa oportunidade de reafirmação desta.

Deste ponto de vista, esta “presença” foi concebida como um impasse que imporá a necessidade de uma elaboração teórica por parte do psicanalista, pois, conforme Lacan, os impasses são sempre indicativos do retorno de algo da ordem do Real que solicita uma simbolização.

Dessa maneira, ao longo desta tese, que teve o desejo freudiano como paradigmático, construímos duas perspectivas: a primeira que indicou a necessidade de uma retomada do percurso freudiano, em suas relações com o campo médico-psiquiátrico e com a questão da psicose, como forma de reafirmação da psicanálise e sua especificidade clínica. E a segunda que tomou a instituição por um viés, propriamente, psicanalítico, inserindo-a na experiência do psicanalista. Partimos, primeiramente, da premissa freudiana da existência de um mal-estar estrutural na cultura, presente no campo institucional traduzido pelo encontro do psicanalista com os ideais sociais que a instituição médica atualizaria. Seria, exatamente, a presença destes ideais aquilo que funcionaria como “resistência” à experiência psicanalítica necessitando, portanto, de uma elaboração de nossa parte.

Desenvolvemos estas duas perspectivas, paulatinamente, através de um percurso que se iniciou com os estudos de Foucault (caps.1 e 2), em suas premissas arqueológica e genealógica. Descrevemos, a partir da história recente, as relações entre estes dois campos que, ora se aproximam, ora se distanciam, em

função dos rearranjos das forças sociais aí representadas. A importância dos estudos foucaultianos incide no fato do reconhecimento de uma mesma proveniência histórica para os campos médico e psicanalítico, o que coloca a psicanálise sob o risco de se transformar, como a medicina, num saber-poder disciplinar. Situamos como “medicalização” da psicanálise o processo referido que recobrando esta *práxis* com os ideais específicos de uma época, impediria a manutenção de uma ética do sujeito. Por isso, consideramos que a singularidade da psicanálise envolveria um trabalho psíquico de luto em relação aos ideais sociais.

Para contornarmos o risco da “medicalização” gerada pela presença da instituição médica, destacamos que, ao psicanalista, impõe-se um “retorno” simbólico a Freud, aquele que “repetiria” o mesmo percurso freudiano do campo médico ao campo psicanalítico, o qual descrevemos ao longo do capítulo 3. A premissa lacaniana, de um “retorno ao percurso de Freud” foi aqui interpretado a partir da leitura de alguns textos vinculados à construção da especificidade de seu saber “teórico-técnico” quando, destacamos a importância do seu endereçamento ao campo médico de sua época.

Deduzimos assim, que o “encontro” com a instituição médica pode constituir-se como um momento mítico em que é colocado “à prova”, o desejo de “se tornar analista”, ou ainda, de “re-tornar-se” analista, visto que, uma formação analítica só pode ser pensada como “permanente” em sua perspectiva de elaboração das resistências do psicanalista. É por isso que a palavra analista não deve ser tomada como um “substantivo” no sentido de uma identidade que se conquista de uma vez por todas e que a expressão “ser analista” delimitaria, mas como estando vinculada ao ato que propicia a análise, podendo ser tomada somente, dessa forma, no seu sentido ativo, como um “verbo” que se renova na própria experiência.

Reconhecemos, também, a necessidade de um “re-tornar-se” psicanalista em vista de que, a partir dos estudos foucaultianos, identificamos a psicanálise como um saber situado historicamente, que sofreu, por isso, as marcas oriundas do mesmo solo arqueológico da medicina e das demais ciências humanas. Torna-se necessária, dessa maneira, a reafirmação da especificidade epistemológica deste saber, por parte do psicanalista, desconstruindo-se a configuração de um determinado lugar de saber-poder disciplinar, historicamente constituído.

O “encontro” de todo psicanalista com a instituição médica parece comportar o risco de um “recuo” diante desta tarefa específica, pois a instituição pode encarnar e permanecer neste processo, com uma função de resistência à experiência psicanalítica. Neste caso, o psicanalista, aderindo ao “coro”, repetiria a frase: “aqui não é possível fazer psicanálise” o que significaria, como contrapartida, acabar por assumir em sua prática, um lugar “sugestivo”, “hipnótico”, religando a psicanálise às suas origens arqueológicas, médicas quando esta, ainda, mal se distinguiu das características de um saber-poder disciplinar.

A presença do campo médico como Outro relativamente a Freud, foi aquilo que, num certo sentido, possibilitou a constituição da própria psicanálise delineando-se as diferenças estruturais entre os dois campos, o que nos fez considerar a existência de uma outra função para a instituição médico-psiquiátrica capaz de viabilizar e não de impedir o trabalho analítico.

No capítulo 4, a partir da indagação: “Como pensar a formação psicanalítica e sua instituição de modo que o analista possa encontrar aí os parâmetros para a sustentação da sua experiência?” ressaltamos que a manutenção da especificidade da experiência psicanalítica, em contextos variados, articula-se ao modo como a instituição psicanalítica se atualiza para cada psicanalista. Valorizamos, neste sentido, que uma instituição psicanalítica deve ter menos a função de garantir um lugar, um saber e mais a perspectiva, junto aos pares, de uma renovação da descoberta freudiana, aquela expressa pela experiência originária.

É esta experiência institucional que o analista deve “carregar” consigo, renovando-a em cada situação em que os impasses para a realização de sua *práxis* aí se apresentem.

Dessa forma, a instituição psicanalítica pode ser bem pensada a partir da idéia de *insstituição*,⁴⁷³ neologismo metafórico que condensa duas palavras: insistência e instituição, sendo que aquilo que “insiste” é o inconsciente que obrigaria a um não esquecimento do desejo *na* instituição médico-psiquiátrica. A “insstituição” é fundamental, principalmente, quando a experiência psicanalítica se dirige aos sujeitos psicóticos, tradicionalmente colocados como “objetos” do

⁴⁷³ WEILL (1997) *Insstituição - proposta de um procedimento de passe transinstitucional*, nota do tradutor, p . 83.

campo médico-psiquiátrico, pois o risco de um “recuo” a uma prática de cunho disciplinar torna-se, então, mais presente.

O estudo que realizamos dos textos freudianos sobre a psicose circunscreveram o modo específico de escuta do sintoma delirante, deixando aí a marca de um “desejo” capaz de definir os parâmetros para a experiência psicanalítica com a psicose.

No quinto e último capítulo, situamos a “saída” para o impasse que o encontro com a instituição médica nos apresentou. Construimos um mito dos “três tempos da instituição” a partir dos mitos freudianos relativos ao nascimento do sujeito e correlativos de um processo de luto, em relação aos ideais aí representados.

Esses “três tempos”, descritos no capítulo 5, relacionamos às possibilidades de apresentação da *outra cena*, isto é, da experiência do inconsciente, indicando, também, as condições de possibilidade de construção da experiência psicanalítica.

O primeiro tempo da instituição, que o asilo como instituição fechada representa, tem sido reencenado na atualidade, pelo retorno de uma medicina biológica. Esta, pautada nas mais recentes pesquisas genéticas e bioquímicas, tem anunciado o “fim do sujeito”. Vemos, aí, se reinscreverem novas formas de controle social que, com o “crivo” de cientificidade, atualizam formas de saber-poder disciplinar mais sofisticadas.

A psicanálise é, assim, renegada, mais uma vez ao longo da história, como ciência de “segunda categoria”, diante de uma forma de saber positivista que retorna para a linha de frente, representando os ideais sociais mais “caros” e “elevados”. Este momento de “fechamento” e de retomada das forças “recalcantes” não deve nos intimidar, pois, a psicanálise se fez e se refaz, exatamente, nestes “encontros”. Ao contrário, deve servir-nos como um “convite” para retomarmos simbolicamente a experiência freudiana originária e a (re)descoberta deste campo.

A psicanálise nunca estará, totalmente, segura do seu destino, estando sempre exposta a ser “recuperada”, tanto pelos modos de pensamento tradicionais, quanto pelas perspectivas consideradas as mais “avançadas” e de “vanguarda”, no campo das ciências contemporâneas.

Talvez, o mais improvável a ser considerado, e que produza os efeitos mais nefastos, diga respeito às resistências do próprio psicanalista que pode acabar por

ceder à tentação de esvaziar a psicanálise de seu “veneno”, tornando-se, ele próprio representante de uma das diversas forças “realcantes” aí presentes, como considerou Freud.

Pensarmos a instituição médica a partir do “mito dos três tempos” possibilitou-nos localizar nossa própria experiência na passagem do “segundo para o terceiro tempo da instituição”, quando esta assumiu, de fato, seu caráter efetivamente simbólico, e de referência, viabilizando a experiência psicanalítica com a psicose.

Foi este o “tempo” em que construímos a Oficina de Artes que funcionou, naquele contexto, como a condição de possibilidade para efetivarmos a experiência psicanalítica com a psicose. Ou seja, foi neste “espaço-tempo institucional” que se abriu à perspectiva de um verdadeiro acolhimento da loucura que a antiga configuração institucional impedia.

A experiência na Oficina levou-nos a concluir que determinadas formas instituídas, mesmo em regime “aberto”, podem desconsiderar, ou até mesmo excluir, a presença de um sujeito, na loucura, utilizando-se de formas mais sutis de saber-poder disciplinar. Além disso, demonstrou a necessidade de valorizarmos alguns pontos importantes ao trabalho clínico-institucional com a psicose.

Gostaríamos de ressaltar alguns destes pontos, no que diz respeito às práticas clínicas realizadas nas instituições médico-psiquiátricas, não perdendo de vista, porém, a existência de algumas especificidades institucionais.

O primeiro deles diz respeito à necessidade de construção de “redes” institucionais que permitam o sujeito sair de uma forma de isolamento a que esta problemática conduz. Estas “redes” têm a função de sustentar uma possibilidade, ainda que restrita, de laço social para os sujeitos ao reconstruir algumas formas de convívio e acolhimento que a sociedade, no seu cotidiano, não oferece. Na realidade, o sofrimento psicótico intensifica-se, exatamente, pelo fato de o “mundo tornar-se, realmente, hostil” para esses sujeitos, em função do estranhamento que a loucura provoca.

A construção de redes institucionais significa fazer, da instituição, uma forma de “esteio”, tornando possível ao sujeito, uma forma de (re)conhecimento subjetivo e validação social. A partir daí, este poderá demandar algo, saindo de um lugar de mero objeto do Outro.

Como Lacan indicou, as artes plásticas e outras formas expressivas, podem ter uma função de “suplência” diante de uma falta estrutural presente na psicose, viabilizando outras formas de produção de sentido, a partir de onde o sujeito possa, finalmente, advir.

O “tempo da lei simbólica” que, em nossa experiência, a Oficina de Artes representou, além de ser um tempo dos “bons encontros”, foi um tempo viabilizador da construção das transferências necessárias para o início de um trabalho analítico com os sujeitos psicóticos.

Este fato nos fez concluir que a experiência psicanalítica com a psicose, nos estabelecimentos institucionais, está, de fato, na dependência do modo como ocorrem as “transferências institucionais”, isto é, sua não-rigidez e permeabilidade. Sendo a transferência na psicose do tipo “adesiva”, isto é, sem mediação, o que acaba por “colar” o sujeito a determinadas situações que lhe fornecem um mínimo de controle, existirá uma grande dificuldade do psicótico em “recolocar-se” em novas situações. Daí a necessidade da presença de uma “rede” institucional, sustentadora destes novos encontros, como afirmamos anteriormente, que exclua ou minimize, o risco da experiência de “esfacelamento subjetivo” sempre possível na experiência de um psicótico.

Como já nos referimos, no capítulo 2 desta tese, a presença da psicanálise nas instituições médico-psiquiátricas pode ser pensada, segundo duas direções precisas: a primeira, denominada de psicanálise em intensão, referida à efetivação da experiência psicanalítica; a segunda, definida como psicanálise em extensão, que em nosso presente estudo, referiu-se à possibilidade de construção de relações institucionais que teriam, como princípio norteador, a ética psicanalítica, favorecedora do acolhimento da singularidade do sujeito.

Consideramos pertinente, à guiza de conclusão, levantarmos a seguinte indagação: “A psicanálise em intensão seria mais facilmente efetivada em contextos institucionais atravessados pela psicanálise em extensão?”

Tomando nossa experiência específica, podemos responder afirmativamente, considerando que foi necessário a construção de um “espaço-tempo institucional” atravessado pela psicanálise em extensão, isto é, pela ética psicanalítica de reconhecimento do sujeito do inconsciente, para que a partir daí o trabalho analítico se viabilizasse. Isto, porém, não deve nos conduzir a conclusões apressadas, como por exemplo, aquela que consideraria que todo contexto

institucional, atravessado pela presença da psicanálise em extensão, possibilitaria “naturalmente” que a experiência psicanalítica se efetivasse.

O chamado lugar do analista e as instituições de assistência (hospitais e correlatos) não apresentam uma relação “natural” como o é a relação do médico com estas mesmas instituições.

Não supomos, com isso, a existência de “naturalidade a-histórica” na relação do médico com as instituições de assistência. Como vimos, o nascimento do hospital, como espaço de cuidados médicos, é historicamente determinado. O que afirmamos é o fato irreduzível da ocupação do campo social-institucional pelo campo da medicina, cuja proposta original foi uma higienização das relações sociais, isto é, uma proposta, fundamentalmente moral e disciplinadora. A *práxis* analítica pode, de fato, ser capturada dentro desta lógica, servindo a partir daí ao que se denomina uma “ortopedia social”, porém esta não é a marca freudiana originária.

Existe, portanto, uma peculiaridade ao trabalho psicanalítico quando realizado nas instituições, qual seja, o fato de os aspectos resistenciais - parte integrante da experiência psicanalítica - poderem se presentificar em “contratempos” institucionais, ou seja, a presença de situações que funcionariam como uma forma de “suspensão” do tempo do desejo inconsciente, como, por exemplo, as questões de ordem burocrático-administrativas que venham a impedir a efetivação da *práxis* psicanalítica.

Verificamos, assim, ao longo desta tese, a necessidade do analista reconhecer a presença desses fatores institucionais e de sua elaboração, abrindo espaço, conseqüentemente, para a perseveração do desejo possibilitador da construção desta experiência específica – a *práxis* psicanalítica na instituição médica-psiquiátrica.

Assim sendo, a presença da psicanálise em extensão na instituição, isto é, o fato das relações institucionais estarem atravessadas pela ética psicanalítica, não garantiria, por si só, a realização da experiência psicanalítica propriamente dita, nestes contextos.

Em contextos institucionais permeados pela reforma psiquiátrica, talvez, nos deparemos com dificuldades, mais sutis, na efetivação da experiência psicanalítica, pois acreditamos que, nestes contextos, existiria o risco de que a chamada psicanálise em extensão, se transformasse numa mera “difusão do

discurso psicanalítico”, acabando por recobrir e impossibilitar a realização da psicanálise em intensão. Um outro risco seria aquele que, em função de uma supervalorização dos “ideais institucionais de cuidados ampliados”, se secundarizasse o trabalho mais específico pautado na experiência psicanalítica.

Consideramos, neste ponto, a importância de um desdobramento desta investigação em direção ao trabalho desenvolvido pelos CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial), vinculados ao Município do Estado do Rio de Janeiro, no sentido de uma análise das possibilidades reais de efetivação da *práxis* do psicanalista com os sujeitos psicóticos.

Gostaríamos, ainda, de chamar a atenção para a importância da presença da chamada psicanálise em extensão, na “recepção” dos pacientes que chegam às instituições médico-psiquiátricas. A presença da ética do sujeito pode ser reconhecida no modo como, num primeiro contato, são acolhidos os pacientes, levando-se em consideração sua palavra, o que pode ser determinante do seu destino, daí por diante. No processo de recepção, ou triagem, algo se institui, reproduzindo uma dada “formatação” institucional que condicionará a viabilização de determinados tipos de “tratamentos” na instituição.

O modo como a configuração institucional é instituída pode ser promotor de uma dada produção de subjetividade que, desde o início, poderia provocar a “exclusão da *outra cena*”, isto é, do sujeito do inconsciente. Lembramos que, no ambulatório onde realizamos nossa experiência, a recepção de novos pacientes era realizada, exclusivamente, pelos psiquiatras, numa perspectiva exclusivamente médica, o que condicionava o seu encaminhamento para o tratamento medicamentoso. Tratava-se, então, de uma recepção burocratizada.

O fato de termos concluído nossa tese com o relato do caso clínico que denominamos de “fragmentos”, não foi fortuito, mas revelador de todo um processo vivido durante esta elaboração. Objetivamos, deste modo, demarcar a possibilidade de construção da *práxis* psicanalítica.

Dessa maneira, tanto a discussão do caso em si, quanto esta tese no seu conjunto, significou uma tentativa, à maneira freudiana, de uma (re)construção de um vivido, a partir de “restos” de verdade que possibilitassem, miticamente, a produção de sentido. Ou seja, procuramos destacar, por um lado, o atendimento deste primeiro caso clínico, “história inacabada”, que pôde se iniciar em função de todo um caminho, anteriormente, percorrido na instituição e, por outro lado, sendo

este caminho necessariamente singular, ele foi também, revelador do nosso “próprio caso”, isto é, do nosso caso amoroso com a psicanálise e de aspectos de nossa formação como psicanalistas.

Podemos, somente, concluir esta tese, retomando Freud no pós-escrito de sua autobiografia, onde afirmou o entrelaçamento irreduzível entre a história de sua vida e a história da psicanálise, colocando, em destaque, o fato de que a sua vida só teria interesse em suas relações com a psicanálise.

À semelhança deste modo de pensar, reafirmamos nossa identificação com o desejo freudiano, deixando aqui registrado, este entrelaçamento, a idéia de que a experiência relatada, parte de nossa vida, só adquiriu sentido em suas relações com a psicanálise.

BIBLIOGRAFIA

ASSOUN, P.L. *Freud, la philosophia et les philosophes*. Paris:Press Universitaires de France:1976.

AULAGNIER, P.C. Le droit au secret: condition pour pouvoir penser. In: **Nouvelle Revue de Psychanalyse. Du Secret** n.14. Paris:Gallimard:1976.

_____ *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro:Imago:1979.

_____ Observações sobre a estrutura psicótica. In *Psicose uma leitura psicanalítica*. In KATZ, C.(org). Belo Horizonte: Interlivros de Minas Gerais:1979.

BARBOSA, W. Razão complexa. In HÜHNE, L. (org). **Razões**. Rio de Janeiro: UAPÊ: 1994.

BAUMAN, Z. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1997

BAULEO, A. Plataforma ou a história de um projeto. In: *Psicanálise institucional e Psicanálise sem instituição*. Belo Horizonte: Interlivros:1977.

BIRMAN, J., DAMIÃO, M.(org) *Psicanálise ofício impossível?* Rio de Janeiro: Campus:1991.

BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campus:1980

_____ *Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro:Timbre-Taurus:1989.

_____ *Psicanálise ciência e cultura*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1994.

_____ *O mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro:Civilização Brasileira:1997.

BLACKBURN, S. *O dicionário Oxford de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1997.

BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves:1977.

_____ *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas:1984.

CANETTI, E. *Massa e poder*. São Paulo: Companhia das Letras:1995.

CASTEL, R. *O psicanalismo*. São Paulo: Graal:1978.

_____ *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves:1987.

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus:1980.

CHAVES, E. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 1987.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática:1996.

_____ *Público, privado e despotismo*. In NOVAES, A.(org). *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras:1992.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense:1983.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo:Perspectiva:1989.

COTTET, S. *Freud e o desejo do analista*. Rio de Janeiro:JorgeZahar:1993.

DEBORD, G.*La société du spectacle*. Paris:Gallimard:1994.

DELEUZE, G. *Curso de los martes Kant-sintesis y tempo*

<http://www.imagnet.fr/deleuze>,(14/3/78)

DELEUZE G.;GUATTARI, F. *O anti-Édipo*. Lisboa:Assírio & Alvim:1966.

DOR, J. *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1991.

ENRIQUEZ, E.;ENRIQUEZ M. Le psychanalyste et son institutions. In Topique n.6;
Paris:PUF:1971.

ELIA, L.Para além da sexualidade a psicose na psicanálise.Tese de Doutorado. Rio de Janeiro:PUC-Rio:1992.

FALZEDER, F.(org) *Correspondência Sigmund Freud Sándor Ferenczi 1908-1911*.
Rio de Janeiro:Imago:v.1: 1994.

FIGUEIREDO, A, C. Estratégias de difusão do movimento psicanalítico no Rio de Janeiro.
Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: PUC-Rio:1984.178 p.

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

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova
Fronteira:1989.

FREUD, S. (1889) *Resenha de der hypnotismus, de August Forel*. In: Editora Standart
Brasileira. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.I.

_____ (1891) *Hipnose*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.I.

_____ (1892[1893]) *Um caso de cura pelo hipnotismo*. In: ESB. Rio de Janeiro:
Imago:1977. v.I.

_____ (1893) *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:1977. v.I.

_____ (1895) *Manuscrito H*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.I.

_____ (1895b) *A psicoterapia da histeria*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.II.

_____ (1895c) *Carta 22*. In: ESB.Rio de Janeiro:Imago:1977. v.I.

_____ (1896) *Novos comentários sobre as psiconeuroses de defesa*.In:ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.III

_____ (1898) *A sexualidade na etiologia das neuroses*.In: ESB.Rio de Janeiro:Imago: 1977. v.III.

_____ (1900) *A interpretação dos sonhos*.In: ESB.Rio de Janeiro:Imago:1977.v IV-V

_____ (1901) *A psicopatologia da vida cotidiana*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v.VI.

_____ (1904[1903]) *O método psicanalítico de Freud*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago 1977. v.VII.

_____ (1905[1901]) *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.VII.

_____ (1907[1906]) *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*.In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:1977. v. IX.

_____ (1908) *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.IX

- _____ (1908b) *Sobre as teorias sexuais infantis*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v.IX.
- _____ (1910) *Psicanálise “silvestre”*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v. XI
- _____ (1910b) *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.v XI
- _____ (1911) *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranóides)*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v XII.
- _____ (1912) *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.XII.
- _____ (1912b) *A dinâmica da transferência*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v XII
- _____ (1913) *Sobre o início do tratamento*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.v XII.
- _____ (1913b) *Totem e tabu*. in: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XII.
- _____ (1914) *Sobre a história do movimento psicanalítico*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:1977. v XIV.
- _____ (1914b) *Pour introduire le narcissisme*. In: LAPLANCHE, J.(org) “La vie sexuelle”. Paris: Presses Universitaires de France:1995.
- _____ (1914c) *Recordar, repetir, elaborar*. In:ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.XII.

- _____ (1915) *Repressão*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XIV.
- _____ (1915b) *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. In: ESB. Rio de Janeiro Imago: 1977. v. XIV.
- _____ (1915c) *O inconsciente*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XIV.
- _____ (1916[1915]) *Sobre a transitoriedade*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XIV.
- _____ (1915[1914]) *Observações sobre o amor de transferência*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XII.
- _____ (1916-1917[1915-1917]) *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. Parte III, v. XVI.
- _____ (1916-17) *A transferência*. In: ESB. Conferência XXVII Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XVI.
- _____ (1916-17b) *Terapia Analítica*. in: ESB. Conferência XXVIII Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XVI.
- _____ (1916[1917]) *Une difficulté de la psychanalyse*. In: LAPLANCHE, J.(org) Oeuvres complètes Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France: 1996. v. XV.
- _____ (1917[1915]) *Luto e melancolia*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XIV.
- _____ (1919[1918]) *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago 1977. v. XVII.
- _____ (1920) *Mais além do princípio do prazer*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago: 1977. v. XVIII.

- _____ (1921) *Psychologie des masses et analyse du moi*. In: Oeuvres complètes
Psychanalyse.(org) Laplanche, J. Paris: Presses Universitaires de France:1991.v.XVI.
- _____ (1922) *Dois verbetes de enciclopédia*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.
v.XVIII.
- _____ (1924[1923]) *Neurose e psicose*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:1977 v. XIX.
- _____ (1924) *A dissolução do complexo de Édipo* .In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:
1977. v. XIX.
- _____ (1924b) *A perda da realidade na neurose e na psicose*.In: ESB. Rio de Janeiro:
Imago:1977.v. XIX
- _____ (1925[1924])*Resistências à psicanálise*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.
v. XIX.
- _____ (1925b) *A negativa*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.v XIX.
- _____ (1925[1924])) *Um estudo autobiográfico*. In: ESB. Rio de Janeiro:
Imago:1977.v. XX.
- _____ (1926[1925]) *Inibição sintoma e ansiedade*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:
1977.v XX.
- _____ (1926) *A questão da análise leiga*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago :1977.vXX.
- _____ (1927) *O futuro de uma ilusão*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago:1977.v.XXI.
- _____ (1930) *O mal estar na civilização*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.v XXI

_____ (1933[1932]). XXXIVe Leçon: Eclaircissements, applications, orientations. In: LAPLANCHE, J.(org). *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*. Oeuvres complètes Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France:1995.v.XIX.

_____ (1933[1932]b) XXXVe Leçon: D'une vision du monde. In: LAPLANCHE, J. (org) *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*. Oeuvres complètes Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France:1995.v.XIX.

_____ (1937)*Análise terminável e interminável*. In ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.XXIII.

_____ (1937b) *Construções em análise*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977.v.XXIII

_____ (1939[1934-38]) *Moisés e o monoteísmo*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v.XXIII.

_____ (1940[1938]) *Esboço de psicanálise*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977 v. XXIII.

_____ (1940[1922]) *A cabeça da medusa*. In: ESB. Rio de Janeiro:Imago:1977. v. XVIII.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva:1999.

_____ *As palavras e as coisas*. 7ª ed. São Paulo:Martins Fontes:1995.

_____ *A arqueologia do saber*. 4ª ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária:1995.

_____ (1983)O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.,RABINO,W. *Michel Foucault uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária:1998.

_____ *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária:1994.

_____ O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Graal:1990.

_____ Nietzsche, a genealogia e a história. In: *Microfísica do poder*. 9ª ed. Rio de Janeiro:Graal:1990.

_____ *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis:Vozes:1987.

_____ *História da sexualidade/ Vontade de saber*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal:1982.

_____ *L'ordre du discours*. Paris:Gallimard:1971.

GABBI, O.F. É possível uma clínica psicanalítica sem metapsicologia? Caminhos da academia e da prática clínica. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa**, Departamento de Psicologia, PUC-Rio, vol 12/1, p.65-73, ano 2000.

GATTO, C. A experiência psicanalítica – Algumas questões a partir do ambulatório público de saúde dos trabalhadores. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP):1998, 170 p.

GOFFMAN, E. *Manicômios prisões e conventos*. 7ª ed. São Paulo:Perspectiva:2001.

GUATTARI, F Introduction a la psychotherapia institucional. In: *Psychanalyse et transversalité*, Paris: Maspero, p.39-51, 1972.

GUATTARI, F.,ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes:1986.

GUYOMARD,P.,VARNIER,A. As formações da instituição. In: MANNONI, M. *Da paixão do ser à “loucura” de saber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1989.

HEGEL, G.W.F. *Fenomenologia do espírito*. 4ª ed. Parte I. Petrópolis:Vozes:1999.

HÜHNE,L.M.(org). **Razões**. Rio de Janeiro: UAPÊ: 1994.

JORGE, M.ªC. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL(1983) *A ordem médica*. São Paulo:Brasiliense:1983.

JULIAN, P. Pinel, Esquirol, Freud, Lacan, in: **Revista Littoral**, n.25, abril1988.

JUNG, C.G. *Psicogênese das doenças mentais*. Petrópolis:Vozes:1999.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1996.

KEHL, M. R. A razão depois da queda (utopias e psicanálise). (org) FERNANDES, H.R, *Tempo do desejo*.São Paulo:Brasiliense:1989.

_____ Psicanálise, ética e política. (org) FRANÇA, M.I., *Ética, psicanálise e sua transmissão*. Rio de Janeiro:Vozes:1996.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro:Imago:1991.v III.

LACAN, J. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária:1987.

_____ *Escritos*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.

- _____ (1948) A agressividade em psicanálise in: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1998.
- _____ (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.
- _____ (1953-1954) *Livro 1. Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro:Jorge: Zahar:1979.
- _____ (1955-1956) *Livro 3. As psicoses*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1997.
- _____ (1955-1956) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*.Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.
- _____ (1955)Variantes do tratamento padrão. In: *Escritos* Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.
- _____ (1956) Situação da psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.
- _____ (1956-1957) *Livro 4. A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1995.
- _____ (1956-1958) *Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1999.
- _____ (1957)A psicanálise e seu ensino. In *Escritos*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar: 1998.
- _____ (1959-1960) *Livro 7. A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1988.
- _____ (1960-1961) *Livro 8. A transferência*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1997.

_____ (1964) *Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1993.

_____ (1966) *Ciência e verdade*. In: *Escritos* Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1988.

_____ (1966b) *Psicoanálisis y medicina*. In: **Intervenciones y textos**. Argentina: Manancial: 1993. v 2

_____ (1966c) *Conferencia en Ginebra sobre el sintoma*. In: **Intervenciones y textos**. Argentina: Manancial: 1993. v 2.

_____ (1966d) *O mito individual do neurótico*. Lisboa: Assírio e Alvim. S/d.

_____ *Proposição de 9 de outubro de 1967*. In: **Letra Freudiana**. Rio de Janeiro Ano 1 n.0, s/d.

_____ (1967) **Petit discours aux psychiatres**. Biblioteca Lacan, acesso em <<http://www.org/lacan/textos>>, 10 de novembro de 1967.

_____ (1971) **Le savoir du psychanalyste**. Entretiens à Saint Anne – Biblioteca Lacan, acesso em <<http://www.org/lacan/textos>>, 4 de novembro de 1971.

_____ (1972-1973) *Livro 20. Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1996.

_____ (1975-76) *Livro 23. Le sinthome*. Publications hors commerce. Document interne à l'Association freudienne internationale et destiné à ses members.

LAPASSADE, G. *Organizações grupos e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves: 1983.

LAPLANCHE,J.,PONTALIS,J-B *Vocabulário de psicanálise*. 6ª ed. São Paulo:Martins

Fontes:1967.

LEAL, E. A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social ,Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ), 1994.

LEITE, S. C. O psicólogo e algumas práticas no serviço público de saúde. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Conselho Federal de Psicologia, n.17, 1997. v.1

LISPECTOR, C. *A paixão segundo G.H.* 7ª ed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira:1979.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis:Vozes:1975.

LOTHANE, Z. *In defense of Schreber*. London:The Analytic Press:1992.

LYOTARD, J.F. *A condição pós-moderna*. Lisboa:Gradiva:1989.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. 3ª ed.Rio de Janeiro:Graal:1986.

MACALPINE, I.,HUNTER, R.A. Discussion sur le cas Schreber. In: *Le cas Schreber*. (org): Oliveira, L.E.P., Paris: Presses Universitaires de France:1979.

MACGUIRRE, W. *Freud/Jung Correspondência completa*. Rio de Janeiro:Imago:1976.

MACHADO, R. *Ciência e saber*. Rio de Janeiro:Graal:1990.

MANNONI, M. *Da paixão do ser à “loucura” de saber*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar: 1989.

_____ *O psiquiatra, “seu louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar: 1981.

_____ *La théorie comme fiction*. Paris: Éditions du Seuil:1979.

_____ *Educação impossível*. Rio de Janeiro:Francisco Alves:1977.

MANNONI, O. *Freud uma biografia ilustrada*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1994.

_____ *L'analyse originelle*, In *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*. Paris: Éditions du Seuil:1969.

MASSON, J.M. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904*. Rio de Janeiro:Imago:1986.

MENDEL, G. El sociopsicoanálisis institucional. In: *La intervención institucional*. Buenos Aires:Folios Ediciones:1980.

NICACIO, E. M. Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma: a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório público de saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n.1/2. UERJ/IMS:1996. v.6.

NIEDERLANDS, W.G. Schreber: père et fils. In: *Le cas Schreber*. (org): OLIVEIRA, L.E.P. Paris: Presses Universitaires de France:1979.

_____ *Le père de Schreber*. In: *Le cas Schreber*. (org): OLIVEIRA, L.E.P. Paris:Presses Universitaires de France:1979.

NOVAES, A *A crise da razão*. São Paulo:Companhia das Letras:1996.

NOVAES, A. **ÉTICA**. São Paulo: Companhia das Letras:1994.

OLIVEIRA, L.E.O. Sarah e os campos: metapsicologia, clínica e contratransferência. **Revista Psicologia Clínica**, vol. 12/1, ano 2000, Rio de Janeiro.

- _____ (org) *Le cas Schreber contributions psychanalytiques de langue anglaise*. Paris:Presses Universitaires de France:1979.
- PELBART, P.P. *A nau do tempo rei*. Rio de Janeiro:Imago:1993.
- PUJÓ, M. **El psicoanalista y la institución hospitalaria**.
<http://psiconet.com/seminarios/psa-htal>
- ROASEN, P. *Freud e seus discípulos*. São Paulo:Cultrix:1978.
- RODRIGUES, H.C.(org) *Grupos organizações e instituições em análise*. Rio de Janeiro Rosa dos Tempos:1992.
- ROUANET, P. *As razões do iluminismo*. São Paulo:Companhia das Letras:1989.
- ROUDINESCO, E., PLON, M *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1998.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.:2000.
- ROUSTANG, F. *Um destino tão funesto*. Rio de Janeiro: Timbre-Taurus:1987.
- ROUSSEAU, J.-J. *O contrato social*. 4ª tiragem da 3ª ed.São Paulo:Martins Fontes:2001.
- SANTNER, E.L. *A Alemanha de Schreber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar:1997.
- SCHREBER, D. P. *Memórias de um doente dos nervos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra:1995.
- SOLLERO, F. Psicanálise e neurociência: dos monólogos cruzados ao diálogo possível. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2001.170p.

SCHUR, M. *Freud: vida e agonia*. Rio de Janeiro:Imago:1981.

STRAUSS, C.L. *Antropologia estrutural*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro:1996.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro:Marca D'Água:2001.

TOSQUELLES, F. Communication écrite du Dr. Tosquelles. In: Reencontres de Saint Alban. La psychiatrie institutionnelle. Paris:1986.

VERZTMAN,J., SERPA,O Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA, J.; AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro:Relumé-Dumará:1992.

VEYNE, P. *Foucault revoluciona a história*. Brasília:UNB:1982.

VIRILIO, P. *Guerra pura – A militarização do cotidiano*. São Paulo:Brasiliense:1983.

WEILL, A.D. *Os três tempos da lei*. 2ª ed. Rio de Janeiro:Jorge Zahar:1997.

_____ *Lacan e a clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria:1998.

WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro:Imago:1975.

_____ *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves:1978.