

In Formação

Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia

02

Editorial

03

Notas sobre
a técnica e a
direção do trabalho
psicanalítico

05

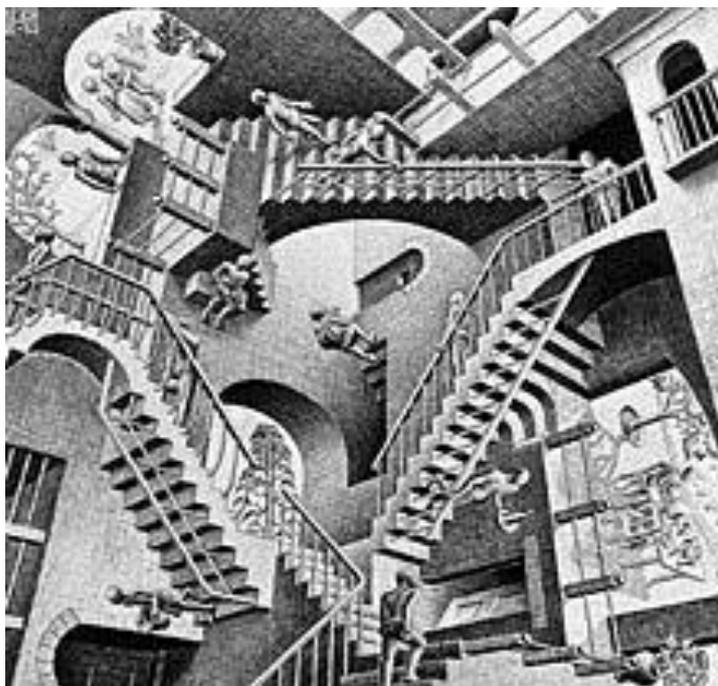
O hipocondríaco e
suas sensações
corporais
inquietantes: um
apelo ao outro

08

Notas sobre o
discurso perverso

09

(H)A Cura na
Clínica (?)



Direções do tratamento na clínica



Clínica de Estudos e
Intervenções em Psicologia
UFSM

Equipe da Clínica em 2015

COORDENAÇÃO GERAL

Luís Fernando Lofrano de Oliveira

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira

ESTAGIÁRIAS

Carolina Sarzi Ledur
Dulcinéia A. Mello da Luz
Julia R. Lopes de Sousa
Luísa da Rosa Olesiak
Maria Lucia Macari
Raquel Vieira Rodrigues
Sabrina Mendonça Schlemmer
Samanta Basso
Susan Lusca da Silva

SECRETÁRIO

Marlos da Fontoura Rodrigues

BOLSISTA

Christian Almeida Di Giacomo

REALIZAÇÃO

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira
Carolina Sarzi Ledur
Julia Sousa
Sabrina Mendonça Schlemmer

EQUIPE DE REVISÃO

Luís Fernando Lofrano de Oliveira
(coordenação geral da Clínica)
Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira
(coordenação técnica da Clínica)

A 9ª edição do boletim (In)Formação tem a proposta de abordar questões referentes às “Direções do tratamento na clínica”, tema que permeou as discussões ao longo do ano de 2015 na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP). Os textos que serão aqui tratados são oriundos de seminários teóricos realizados no decorrer deste ano e da prática clínica das estagiárias da CEIP.

Esta edição inicia com o escrito do psicanalista Walter Cruz abordando questões referentes a cura na clínica e a direção do trabalho psicanalítico. No segundo texto, a psicóloga Patrícia Paraboni escreve sobre a hipocondria e seus efeitos no corpo. O escrito de Maria Lucia Macari e Raquel Vieira, estagiárias da CEIP, apresenta considerações acerca do discurso perverso e do discurso do perverso. Por último, as estagiárias Luísa Olesiak e Susan Lusca abordam a questão da cura na clínica, problematizando o discurso social e cultural acerca do “ideal de felicidade”. Compreendemos que os temas abordados neste boletim mostram-se pertinentes para pensar acerca da direção do tratamento e seu enlaçamento através de uma possível “cura”.

Sendo assim, convidamos você a acompanhar o percurso de trabalho ao longo do ano.

Desejamos uma boa leitura.

Contato

Avenida Roraima, 1000 - Camobi, Santa Maria - RS, 97105-900.
Térreo do prédio 74 B.
Telefone: (55) 3220 9229
Email: ceipufsm@gmail.com
Site: <http://coral.ufsm.br/ceip/>

Notas sobre a técnica e a direção do trabalho psicanalítico

Walter Cruz

Psicanalista membro da APPOA, doutor em Psicologia Clínica e Cultura – UnB

Com a psicanálise pudemos compreender que não se deve buscar uma referência normativa para pensar o que seria “a” condição psíquica ideal; uma espécie de normalidade psíquica. Em 1938 Freud observou que no campo das neuroses não é possível encontrar determinantes específicos. Além disto, sintetizou que dificilmente existiria algum estado que pudesse ser chamado de “normal” sem que traços neuróticos fossem encontrados. Os sofrimentos desta ordem seriam, portanto, o efeito de desarmonias quantitativas, de intensidades de forças existentes em todos os sujeitos. Isto pode ser compreendido melhor se pensarmos na própria condição de existência do psiquismo: trabalho decorrente de uma *falta* estruturante.

Na década de 1950, Lacan escreveu em “Variantes do tratamento-padrão” (ou “Variantes da cura-tipo”, na tradução literal) sobre a grande virada da psicanálise realizada por Freud a partir de 1920. Segundo apontou, até aquele momento o tratamento psicanalítico objetivava decifrar o “segredo do sintoma”, visando certo restabelecimento da ordem. Neste caso, as lacunas da história do sujeito deveriam ser preenchidas com o sentido fornecido pela interpretação do analista. No entanto, o fato de que com frequência o sujeito persistia em seu sintoma (repetição, pulsão de morte), mesmo tendo recebido “a chave” do analista, levou ao

desenvolvimento do que foi chamado de análise da resistência. A ênfase do trabalho analítico deixaria de ser o “conteúdo” para se concentrar sobre a resistência do paciente diante da interpretação. Mas, como é sabido, aquilo que resiste é da ordem do Eu.

Trago então esta observação de Lacan aqui porque coloca em questão o lugar que o Eu passou a ocupar em determinados segmentos da psicanálise e que se alinham, ainda hoje, com o estabelecimento de uma “relação intersubjetiva” entre o par analista/analisante. Assim, escreveu Lacan que “já não se vê o limite e nem sequer razão na investigação das pretensas profundezas, se o que ela descobre não é mais verdadeiro do que aquilo que encobre, e se, ao esquecer disso, a análise degrada-se numa imensa barafunda psicológica (...)” (1966/1998, p. 339).

Compreendo que a barafunda a que Lacan está se referindo diz respeito justamente a esse trabalho de busca de sentido que toma o sintoma como um signo a ser decifrado pelo *saber* do psicanalista. Armadilha, cujo efeito maior é o desencadeamento da produção imaginária e sustentação de uma posição de maestria do analista, o que só contribui para a condição de alienação do sujeito em relação ao seu próprio discurso. Elevada ao infinito, esta alienação não poderia produzir outra coisa além de um Eu idêntico ao do analista! Neste sentido, a direção do trabalho se estabeleceria sobre as bases do processo de identificação, o que seria, no mínimo, um equívoco.

Assim, no sentido contrário daquele que busca uma referência de padrão, o que o trabalho psicanalítico deve poder proporcionar é que o

sujeito, em sua singularidade, possa vir a ocupar o centro da cena. A partir de seu posicionamento ético, o trabalho deve buscar colocar o sujeito em questão, e não sua “doença”. É no (e pelo) encontro com o psicanalista que vai se deixando de *descrever* fatos, sentimentos e impressões para assumir o lugar de fala, de enunciação, havendo um reposicionamento do sujeito em seu discurso.

Diz-se (com alguma insistência) que diante das novas práticas terapêuticas, muito mais alinhadas à velocidade e pragmatismo de nosso tempo, a psicanálise estaria perdendo espaço. Que os trabalhos longos e de resultados que não podem ser comprovados cientificamente estariam sendo trocados por novas formas de “cura”, inspiradas principalmente nas respostas químicas, quando não nas práticas neomísticas. Pois bem, na minha experiência, que é singular e limitada, venho percebendo a produção de um efeito contrário. No lugar em que todos falam sem parar, escrevem ou produzem imagens na tentativa de se fazer representar, o que se tornou raro (e precioso) é exatamente o lugar de escuta verdadeiro, isto é, onde há uma presença que permite que o sujeito possa advir colocando em questão os sentidos construídos. Ou seja, o ponto de certeza, de ancoragem que neuroticamente buscaria assegurar uma pertença (SOUZA, 1988).

Então, como o que está em questão aqui é a direção da cura, a pergunta que se impõe é sobre como isso opera. Ou melhor, como são criadas as condições para que o sujeito possa vir a ocupar seu lugar?

Se o trabalho analítico ocorre *pela e na*

relação especular Eu-Eu (próprio do campo das psicoterapias) é preciso que o analista se despoje da imagem narcísica de seu Eu. Neste horizonte (Ideal e, portanto, impossível), o trabalho analítico deve permitir, entre outros aspectos, uma regressão imaginária do Eu ao ponto da simbolização da morte. É neste sentido que pode ser compreendida a ideia de *desejo do analista* como uma *função*, resultado de sua experiência de análise. Como disse Lacan no Seminário sobre a Transferência, trata-se de um desejo particular, “mais forte” do que os desejos “de chegar às vias de fato com seu paciente, de toma-lo nos braços ou atirá-lo pela janela” (1992, p. 187).

É neste sentido então que, a partir de Lacan, podemos compreender a resistência como situada no lado do analista, pois diz exatamente de suas condições para que possa sacar o ponto de enunciação do analisante. A resistência do analista aponta o limite de sua análise, pois é quando o enunciado do analisante toca no ponto de enunciação do analista que se produz a impossibilidade da escuta (SOUZA, 1988). É por não suportar o bordejar de sua própria enunciação que o analista produz um enunciado que se complementariza com o do analisante, tangenciando o desejo.

Assim, a direção do trabalho analítico, sustentada pelo desejo do analista, implica acompanhar, testemunhar, silenciar, produzir escanções e interpretações, lembrando que não há “paciente”: a posição é ativa, de *analisante*, de quem trabalha e não cede à paixão alienante que eventualmente algum pretense mestre propõe.

Referências

Freud, S. (1938/1976). *Esboço de Psicanálise*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago.

Lacan, J. (1966/1998). *Variantes do Tratamento-padrão*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1992). *O Seminário - livro 8, A Transferência (1960-1961)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Souza, A. M. de (1988). *Transferência e Interpretação - ensaio clínico lacaniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

O hipocondríaco e suas sensações corporais inquietantes: um apelo ao outro

Patrícia Paraboni¹

Positivamente, estou doente.... Estou com febre, horrivelmente febril, ou melhor, em um estado de debilitação febril, que faz a alma sofrer tanto quanto o corpo. Tenho, continuamente, a horrível sensação de perigo iminente, o receio de alguma futura desgraça ou da morte próxima.

Pressentimento que é, sem dúvida, o acesso de uma doença ainda desconhecida, que germina na carne e no sangue".

(Guy de Maupassant, *O Horla*, 1887)

Essa passagem do conto "O Horla" de Guy de Maupassant é ilustrativa da problemática da hipocondria. O hipocondríaco sofre de permanente estado de inquietação em relação à saúde do corpo. Ele sente seu corpo se transformando, tem convicção de que está doente, muitas vezes com tamanha gravidade que pressente a morte em seu encaço. O corpo do hipocondríaco é um corpo ruidoso, de sofrimento, imaginado frágil e,

portanto, suscetível de ser acometido por diversos males, demandando incessante atenção e cuidado. Para isso o hipocondríaco opera escuta acurada, auto-observação e hipervigilância constante em relação aos menores ruídos do corpo.

Entende-se a partir dos estudos de Maria Helena Fernandes (2002) e Dominique Cupa (2009) que sentir o corpo e ouvir os ruídos que dele emanam pode, em certas circunstâncias, ser um sinal de saúde. Porém, o olhar e a escuta exacerbados sobre o corpo configuram uma dinâmica hipocondríaca de caráter patológico.

A sensação de estar doente é decorrente de um estranhamento em relação a si próprio. Diante da dificuldade de entender o que o acomete, o hipocondríaco busca no biológico uma explicação para seus males corporais. Apesar de referida à ordem somática, a queixa desses sujeitos não incide sobre o corpo-organismo, pois nesses casos não há um comprometimento orgânico que justifique a inquietação em relação à sua saúde (PARABONI & CARDOSO, 2013).

Na hipocondria estamos diante de outra dimensão da esfera corporal, distinta daquela que concerne o corpo biológico. As modificações dos órgãos no vivido hipocondríaco se referem às modificações da libido do eu - erogeneidade do órgão-, conforme ressaltara Freud em 1914. Para o autor, a hipocondria manifesta-se em sensações corpóreas penosas e aflitivas, provocando uma retirada da libido investida nos objetos externos e um retorno sobre si deste investimento. Este retorno se dá sobre o órgão "doente", aquele que lhe prende a atenção.

As sensações hipocondríacas atestam a presença de uma ferida narcísica. Esta teria sido decorrente de um vivido traumático. O trauma é concebido como uma vivência que excede às capacidades de ligação, ou seja, de representação do ego (FREUD, 1920/1996). Na tentativa de restituição do narcisismo ferido o eu atualiza um modo de funcionamento autoerótico. No entender de Michel Fain (1990/2010) trata-se de um autoerotismo de caráter particular: “autoerotismo enclavado”. Este se configura como reação, defesa paraexcitante erigida contra o vivido traumático, o qual visaria mais afastar o estado de desamparo do que obter a satisfação.

A queixa corporal do hipocondríaco implica um endereçamento ao outro, a quem é dirigida intensa e insaciável demanda de cuidado. Entretanto, a maioria dos hipocondríacos não procura atendimento psicológico e quando o fazem, geralmente são encaminhados pelos médicos. Eles chegam à sessão explicitando que não sabem o que estão fazendo ali, pois os males de que sofrem seriam, no seu entender, de ordem somática.

Jean, paciente de Rubens Volich (2002), nunca havia considerado a necessidade de terapia, pois acreditava que diante da realidade de suas sensações, incômodos e sintomas corporais, apenas os médicos poderiam trazer-lhe algum alívio. Na terapia, durante muito tempo, não contou os detalhes de sua vida, apenas se limitava a relatar seus dados biográficos, alguns elementos de seu cotidiano e a descrição minuciosa de suas sensações corporais.

No início, Jean suplicava ao analista a explicação mágica que daria sentido às inquietantes

sensações que apenas ele parecia enxergar. Ele revoltava-se com o analista, com os médicos, queixava-se de que eram insensíveis e negligentes, que não lhe dispensavam a atenção necessária. As sessões de Jean oscilavam entre seus queixumes, dores, sintomas, consultas médicas. Muitas vezes Jean questionava o sentido de sua presença na terapia. Afinal o que o analista poderia fazer por suas dores, pelas sensações estranhas de seu corpo?

As histórias de Jean, em princípio, apenas palavras, histórias conhecidas ou inéditas, pareciam impregnar não apenas os ouvidos, mas também o corpo do analista: “Um dia, uma tensão no pescoço, de outra feita uma sequência de calafrios, noutra sessão, uma crise de espirros. Frequentemente, um aperto no estômago” (VOLICH, 2002, p. 244). Ressalta Fédida (2002) que na clínica da hipocondria o corpo do analista é solicitado. Com esses pacientes a função especular do corpo ocupa um lugar especial. O autor afirma que “o paciente hipocondríaco dirige-se ao corpo do analista, ao mesmo tempo, como se este corpo pudesse receber os reflexos produzidos pela queixa somática e conservá-los como traços de inscrição” (FÉDIDA, 2002, p. 151-2). É como se o corpo do analista pudesse colocar o paciente ao abrigo de suas tormentas.

Os hipocondríacos certamente impõem dificuldades técnicas durante o tratamento, inclusive no que diz respeito à ligação entre corpo e palavra. Ivanise Fontes (2002) considera que tais pacientes exigem que se encontrem palavras com mais capacidade sensorial, as quais devem recuperar sua relação com o corpo para se tornarem representativas:

“Tentar ligar palavras a sensações, que originalmente lhe forneceram seu sentido, é dar corpo à linguagem” (FONTES, 2002, p. 106). Trata-se de “encorpar a linguagem” (FONTES, 2002, p. 126). É somente a partir daquilo que é sensorialmente sentido e despertado pela transferência que essa reconstrução terá lugar.

A relação do hipocondríaco com o analista parece se constituir como reflexo e repetição de uma situação anteriormente vivida, a qual fora marcada pela violência de afetos brutos e cuja presença é sentida no aqui e agora da transferência. É a apresentação de uma cena intersubjetiva que ocorreu em um momento muito precoce, posto que se expressa através de sensações corporais. Trata-se da atualização de uma situação arcaica, na qual a relação primordial fora marcada por fracassos, incompreensão, abandono, decepção. Segundo Maria Helena Fernandes (2002) parece ter havido falha no investimento da figura materna em ouvir e interpretar os sinais corporais da criança, no sentido de transformar o “corpo de sensações” em “corpo falado/representado”.

O analista é solicitado por esses registros primitivos, assim como a mãe é convocada, muitas vezes corporalmente, a responder às manifestações impossíveis de serem verbalizadas pelo bebê. Assim, a relação do hipocondríaco com o analista parece se constituir como atualização/repetição da relação de fracasso com a figura materna. Entretanto, será que o insistente apelo ao outro não constituiria a esperança de encontrar o alívio que poderia fazer silenciar as sensações corporais inquietantes?

¹ Psicóloga. Mestre e Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Bolsista Capes.

Referências

CUPA, Dominique. "Le silence des organes n'est pas la santé..." *Revue Française de Psychosomatique*. "La santé" . n. 36. Paris: PUF, 2009, p. 87-100.

FAIN, Michel (1990) "À propos de l'hypocondrie". *Revue Française de Psychosomatique* – "Michel Fain", nº 37, Paris: PUF, 2010, p. 177-184.

FÉDIDA, Pierre. "O hipocondríaco médico". In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (Org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p.129-156.

FERNANDES, Maria Helena. "A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos". In: Aisenstein, Marília; Fine, Alain; Pragier, Georges. (org.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 173-192.

FONTES, Ivanise. *Memória corporal e transferência: fundamentos para uma psicanálise do sensível*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2002.

FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____, (1914) "Sobre o narcisismo: uma introdução", v. XIV, p. 77-108.

_____, (1920) "Além do princípio de prazer", vol. XVIII, p. 13-75.

MAUPASSANT, Guy de (1887) *O Horla*. Disponível em http://www.amatra3.com.br/uploaded_files/O%20Horla%5B1%5D.pdf. Consultado em junho de 2014.

PARABONI, Patrícia; CARDOSO, Marta Rezende. "O rompimento do silêncio do corpo na hipocondria". In: Freire, A. B. (org.) *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2013, p. 109-125.

VOLICH, Rubens Marcelo. *Hipocondria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Notas sobre o discurso perverso

Maria Lucia Macari e
Raquel Vieira Rodrigues

Em tempos tendenciosos em ofertar remédios para o tratamento do *phatos* psíquico, priorizar a escuta do sujeito como recurso clínico pode parecer ousado. Pautando-se na teoria psicanalítica, entende-se que, por serem os sujeitos constituídos pela linguagem, a fala e o discurso configuram-se como meios de acesso privilegiados ao que é da ordem do desejo, desejo este incluso na formação sintomática do sujeito.

Partindo de nossa experiência como estagiárias em uma clínica escola de Psicologia, optamos em dissertar sobre o discurso perverso, uma vez que ele não deixou de se fazer presente na escuta dos casos clínicos. Para tanto, fez-se imprescindível abordar alguns elementos teóricos acerca da perversão. Este tema traz consigo certo estigma, a começar por alguns discursos moralistas com os quais nos deparamos, como a origem do próprio termo na teologia moral cristã, o qual significa *inversão do suposto natural*, ou seja, refere-se a todas as formas de pecar quanto ao sexo. Assim, a perversão indicaria qualquer ruptura da norma moral (FLEIG, 2008).

Como esse é um tema pouco estudado no curso de graduação em Psicologia e gerou interesse por parte da equipe que compôs a CEIP este ano, no dia 26 de junho realizamos um evento intitulado “VII Encontro Clínico da CEIP: Clínica da Perversão”, no qual contamos com a presença do psicanalista Norton Cezar Dal Follo Jr., que nos trouxe alguns pontos importantes, a começar pela

pluralidade do termo, pois já que podemos falar de neuroses e psicoses, também podemos pensar nas perversões. A pluralidade parece se fazer presente, também, nas formulações teóricas acerca do tema.

Edilene Queiroz (2004) refere que sob o desígnio de perversões podemos pensar em vários quadros clínicos, o que não nos dá uma delimitação exata do campo psicopatológico da perversão propriamente dita, fazendo com que esta seja muitas vezes definida pelas suas fronteiras com a neurose e a psicose do que por uma psicodinâmica própria. Para a autora, no discurso do perverso a palavra se apresenta limitada na sua função de representar, o que produz um discurso descritivo, imagético e denotativo. Segundo Mayer (2001), é importante refletirmos sobre como o clínico se disponibilizará a escutar esses sujeitos que se expressam prioritariamente pela via da ação, em detrimento do pensamento e da palavra.

Cabe ressaltar que há uma diferença quando falamos de um *discurso perverso* e de um *discurso do perverso*; no primeiro estamos falando de uma qualidade do discurso e não do sujeito que o produz. Já o *discurso do sujeito perverso*, irá colocar a escuta do analista em prova, pois na maioria das vezes irá atuar através das palavras, tensionando os limites de quem o escuta, levando o outro ao extremo do suportável.

Alguns autores atrelam a perversão ao discurso social. Castro (2004) propõe pensar a perversão sob a ótica do discurso e não como uma estrutura, isto implica em situá-la como uma forma de estabelecer laço social, especialmente na dinâmica da transferência com o analista.

Para Calligaris (1986), o mais comum é

sujeitos neuróticos constituem juntos uma “montagem perversa”. Ele também escreve sobre a montagem nos laços sociais, referindo a obediência irrestrita às normas e leis, mesmo sendo elas um contraponto e ferindo os direitos humanos. Cita como um exemplo a Alemanha nazista, na qual alguns responsáveis pelas mortes de milhões de pessoas não se viam na posição de culpados já que, para eles, o que fizeram foi cumprir o seu dever para com o Estado, ou, no caso, para com a montagem perversa.

Alinhando-se ao exposto, evidenciamos, através de nossas experiências de escuta, no contexto de atendimentos psicológicos, a presença de discursos que trazem características distintas do discurso neurótico. Porém, mesmo que esses discursos apresentem características perversas, não significa que estejamos de frente a um sujeito estruturado na perversão.

Se fizermos a leitura da perversão como algo estranho a nossa condição de sujeito, estaremos incapacitados de reconhecer quaisquer possibilidades de escuta dessa singular posição subjetiva, como nos adverte Rosa (2013). Dito isto, conclui-se que a direção do trabalho clínico frente a estes discursos ou a estes sujeitos está atravessada por uma relação transferencial única, justamente pela própria singularidade de cada sujeito que busca a clínica. Por se tratar de um tema complexo e desafiante, faz-se necessário que cada um possa inscrever, a partir de sua experiência, suas próprias considerações acerca da perversão.

Referências

CALLIGARIS, C. *Perversão - um laço social?* Salvador: Cooperativa Cultural J. Lacan, 1986. 80 p.

CASTRO, S. L. S. *Aspectos teóricos e clínicos da perversão*. 2004. 87 f. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Rio de Janeiro, 2004.

FLEIG, M. *O desejo perverso*. CMC, 2008. 166 p.

ROSA JUNIOR, N. C. D. *Perversão e filiação: o desejo de analista em questão*. 2013. 321 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Rio Grande do Sul, 2013.

MAYER, H. *Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade*. In: Cardoso, M. R. (org.) *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU Editora: FAPERJ, 2001. 81-101 p.

QUEIROZ, E. *A clínica da perversão*. Escuta, 2004. 175 p.

(H)A Cura na Clínica(?)

Luísa da Rosa Olesiak e
Susan Lusca da Silva

A partir da experiência advinda da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), por ocasião da realização do estágio em Psicologia Clínica e pautadas nas primeiras elaborações da teoria freudiana, a Psicanálise, nos atemos, neste escrito, a refletir sobre a existência de uma Cura na clínica, por meio da reflexão do conceito de cura apresentado no contemporâneo. Questionamentos surgem do endereçamento dos pacientes que solicitam uma cura as problemáticas e conflitivas retratadas em seu discurso. Instaura-se assim, a lógica de que se há algum sofrimento, ele precisa ser eliminado. Quando o paciente procura ou é encaminhado para atendimento psicológico na Clínica, vem,

muitas vezes, com queixas referentes a temáticas e indagações que para ele podem trazer sofrimento e angústia. Para a Psicanálise, é a escuta desta queixa que pode deslocá-la para uma condição de demanda, demanda esta referente ao sujeito do inconsciente, sujeito desejante.

Quando atentamos ao discurso e às expectativas do paciente que busca tratamento psicológico, escutamos que este está perpassado por uma busca de saúde e/ou de prazer relativos à diminuição das tensões advindas do questionamento e do sofrimento que o movimenta. Por isso, entendemos que a introdução da temática da saúde, sua concepção no contemporâneo e no viés da Psicanálise, que propomos aqui, faz-se importante.

O conceito da saúde disseminado pela Organização Mundial da Saúde oriundo do discurso contemporâneo sobre a saúde, denota diversos questionamentos ao referir a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades. Inseridas nesse contexto cultural, as pessoas buscam a ausência de sofrimento e mal-estar. Nesse sentido, surge uma idealização da felicidade, aliada ao discurso médico e científico, silenciando, muitas vezes, a angústia psíquica e suas reverberações no corpo.

O desenvolvimento biotecnológico serve à promessa da felicidade, propondo ao sujeito formas de aplacar o sofrimento que aflora no corpo, promessa essa que pode ser lida como uma tentativa de encobrimento da própria falta constituinte do sujeito, como nos propõe a Psicanálise. Para que exista um sujeito, é preciso que alguém previamente o desejo (alguém

comumente situado em seus pais). Uma vez desejantes e diante do “corpo” que nasce (referimo-nos aqui ao nascimento biológico), é preciso que estes que exercem as funções parentais antecipem, diante deste corpo, um sujeito desejante.

Retomando Freud, Bernardino (2006) nos diz que duas operações psíquicas são constitutivas do sujeito: a alienação ao desejo e às palavras deste Outro parental, bem como sua separação, através da percepção de que algo falta a esse Outro, podendo assim questionar-se sobre seu próprio desejo, ponto de falta em que o desejo do sujeito é constituído como próprio. Deste modo, afirma-se que o sujeito do desejo só é constituído sobre faltas, seja a falta do Outro ou a falta que lhe concerne enquanto desejante.

O atual encobrimento dos sintomas, através de medicações ou de outras tecnologias que se sobrepõem ao corpo, parecem não responder à elaboração do que é da ordem da falta constituinte, condição psíquica acima citada. Atualmente, vemos emergir a busca do alívio existencial, a tentativa constante de preencher qualquer falta ou dar conta de todo sofrimento, frente ao que nos perguntamos: essa visão de cura não estaria a produzir um apagamento do sujeito e de sua condição humana?

Pelo viés psicanalítico, entendemos que o desejo do sujeito jamais se torna por completo satisfeito, visto que tem origem e se sustenta na falta essencial que o habita, o que jamais será preenchido, e justamente por isso, faz sofrer. Porém, também impulsiona a busca por realização de uma satisfação parcial no mundo externo, como representado através dos sonhos,

no discurso dos pacientes e como bem nos mostrou Freud ao longo de sua obra.

Na CEIP, onde as atividades se sustentam na Psicanálise e, portanto, onde não utilizarmos o modelo biomédico para a escuta dos pacientes, não trabalharmos com sintomas e diagnósticos psicopatológicos, mas com o discurso do paciente. Este discurso porta o lugar dos sintomas em sua vida, inserido o sofrimento psíquico no contexto de uma história singular, sendo considerado uma produção do sujeito. A partir de fragmentos que surgem na sessão, trabalhamos a reconstrução da história esquecida pela via do recalçamento. Ao possibilitar o reconhecimento e o trabalho com o desejo do sujeito, desejo este barrado pela sua própria inserção na cultura, o processo terapêutico inclui dimensões de profundo sofrimento.

Freud (1917/1980) nos diz que o recalçamento das pulsões é resultado do conflito entre as pulsões e o eu - instância cujo ideal provém da cultura. Com o recalçamento, as pulsões referentes ao desejo são impedidas de se tornarem conscientes e, assim, de serem satisfeitas, resultando nas neuroses. Essa vicissitude, um dos destinos possíveis da pulsão, faz com que a libido (energia pulsional) procure vias de saída do inconsciente, vias que seguem trajetos indiretos para sua satisfação. Logo, os sintomas aparecem para satisfazer o desejo ou como medida para que essa satisfação ocorra. Eles têm natureza conciliatória entre duas forças que são opostas, de um lado a força repressora e de outra a libido não satisfeita. A partir da convergência dessas duas forças e do mútuo

resistente.

Podemos dizer que o tratamento tem por objetivo a elaboração do sofrimento, para assim "conseguirmos transformar o sofrimento neurótico em infelicidade comum" (FREUD,1895/1987). Dessa forma, não se objetiva o alcance de uma dita normalidade e ausência de conflitos, mas sim, a inscrição de uma singularidade diante da sofrida condição de ser humano. Este trabalho só é possível graças à transferência que se estabelece no decorrer das sessões entre o profissional e o sujeito que o procura.

Segundo Roudinesco e Plon (1998), o termo transferência nomeia um processo construído no tratamento psicanalítico onde os desejos que estão no nível do inconsciente do analisando direcionados aos objetos do mundo externo, passam a se repetir, dentro da relação estabelecida com a figura do terapeuta, que é colocado na posição desses objetos. Nota-se que tal processo só ocorre se o terapeuta, o estagiário(a) no nosso caso, é colocado no lugar daquele que sabe sobre ele, sobre seu sofrimento, ou seja, é preciso que o paciente suponha que sabemos algo que ele não sabe e que usaremos disso para conduzi-lo em sua busca.

Nesse contexto, precisamos atentar para a forma com que as queixas do paciente e suas expectativas em relação ao processo terapêutico chegam à clínica, muitas vezes, movidos por uma lógica atual de retirada de qualquer sofrimento que acomete o sujeito. Necessita-se assim, implicá-lo naquilo que se produz enquanto sintomática e sua posição diante da mesma, permitindo acesso à palavra e à construção de um saber acerca de sua verdade. Com isso, pode-se promover uma

do seu desejo.

Com isso, questionamos a existência da cura na Clínica de Psicologia (com alicerce da teoria psicanalítica), cura esta buscada de forma constante no contemporâneo, na lógica de eliminação de qualquer sofrimento. Acreditamos assim, que esta procura vai de encontro a condição de sujeito, a qual se constitui perante a falta e o sofrimento. Desse modo, responder a essas queixas advindas do contemporâneo que jazem na felicidade plena, não estaria a reafirmar as representações da contemporaneidade, na tão almejada completude de bem-estar, difundida pelo conceito de saúde, mas de impossível realização frente ao sofrimento que a condição desejante do ser humano o coloca? Diante de todas essas reflexões, nossa clínica trabalha no sentido de retornar ao paciente seus questionamentos sobre ideais de felicidade e de completude trazidos ao longo do processo terapêutico, de forma que possa a partir de uma queixa construída sobre o seu contexto social, produzir uma demanda de um sofrimento de ordem singular, que não se abstém diante das tecnologias, mas que é possível de construção e elaboração a partir da verdade do sujeito e os caminhos assim estruturados.

Referências

FREUD, S. (1895/1987) Estudos sobre a Histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, v. II, 1987.

FREUD, S. (1917/1980) Os caminhos da formação dos sintomas. (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das obras completas*, vol. XVI, 419-440, 1980.

ROUDINESCO, E. e PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BERNARDINO, L. M. F. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. Bernardino (Org.), *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança: Sujeito em constituição* (pp. 81-86). São Paulo: Escuta, 2006.