



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**



MADALENA SOUZA DO ESPÍRITO SANTO

**A ESCUTA DO SINTOMA NA URGÊNCIA SUBJETIVA:
efeitos da Psicanálise Lacaniana no SPA/UFS**

São Cristóvão - SE

2024

MADALENA SOUZA DO ESPÍRITO SANTO

A ESCUTA DO SINTOMA NA URGÊNCIA SUBJETIVA:

efeitos da Psicanálise Lacaniana no SPA/UFS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Psicanálise e Cultura Contemporânea

Orientador: Prof. Dr. Rogério da Silva Paes
Henriques

São Cristóvão - SE

2024

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

E77e Espírito Santo, Madalena Souza do.
A escuta do sintoma na urgência subjetiva: efeitos da
psicanálise Lacaniana no SPA/UFS/ Madalena Souza do Espírito
Santo; orientador Rogério Paes Henriques. – São Cristóvão, SE,
2024.
120 f.

Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal
de Sergipe, 2024.

1. Psicanálise. 2. Angústia (Psicologia). 3. Sofrimento – Aspectos
psíquicos. 4. Manifestações psicológicas de doenças. I. Henriques,
Rogério Paes, orient. II. Título.

CDU 159.964.2

MADALENA SOUZA DO ESPÍRITO SANTO

A ESCUTA DO SINTOMA NA URGÊNCIA SUBJETIVA:
efeitos da Psicanálise Lacaniana no SPA/UFS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia

São Cristóvão, ____ de _____ de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques (Presidente)
PPGPSI/UFS

Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho (Membro interno)
PPGPSI/UFS

Prof^a. Dra. Denise Maria Barreto Coutinho (Membro externo)
PPGPSI/UFBA

Pra Ana Souza e pra Antônia Elenita

AGRADECIMENTOS

Primordialmente, sou grata a Deus por não excluir a humanidade do meu ser que, diante de tantas contingências ocorridas no percurso deste estudo, foi meu alicerce para que eu pudesse olhar adiante e concretizar o meu desejo decidido, chegando até aqui desejando mais desejos. E pude também perceber, sutilmente, as inúmeras pessoas que Ele permitiu que eu me aproximasse nesta travessia, resultando em belos aprendizados e lindos laços sociais.

Agradeço à minha filha, Ana, que não me deixava permanecer no gozo do sofrimento, apontando sempre para que eu continuasse mirando em meu desejo acima de tudo. Uma incansável e tranquila amiga.

Agradeço a Isaac Antônio de Souza (*in memoriun*), meus lindos olhos cor de mel, eternas lembranças, inúmeras conversas amigáveis, regadas algumas vezes ao saboroso bife de chan de dentro, com sobremesa de laranjas de umbigo, imagens que atravessaram a minha mente, a partir de minha primeira infância, estendidas até os seus últimos momentos vividos com muito cafuné. Momentos inesquecíveis de declarações de amor por mim e o que ele declarava o quanto eu representava para ele, escolhida dentre seis filhas, marcas que trago escondidas em meu coração, refletidas no conceito pessoal. Foram momentos incríveis e primorosos que guardarei, para sempre, o valor de te amar, como os nossos inesquecíveis encontros embaixo do nosso pé de abacate roxo, local onde aprendi a escutar.

Agradeço à Antônia Elenita Leite de Souza, meu exemplo de trabalho, perseverança, de boa convivência na diversidade religiosa, de cumprimento de palavra, de incansáveis sonhos. Minha querida e amada mãe que me apontou o estudo, mesmo sem saber o caminho. E declara que eu sou diferente, nos estudos, em relação aos meus irmãos, me apontando o caminho que, até agora, ainda não alcancei. Minha longeva, amor que alimento pelas inspiradas conversas telefônicas semanais, as quais escuto à distância bem próxima, “eu te amo, minha filha linda”.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Rogério Paes Henriques pelo apoio, confiança e respeito em minha escrita, e pelo acolhimento nos momentos tão importantes, durante o percurso deste estudo, pelos apontamentos lacanianos, que guiaram a minha produção, pelas correções sutis e leitura cuidadosa do meu trabalho. Obrigada, pelo incentivo à apresentação do trabalho no ENAPOL 2023, efeitos dessa investigação, sobretudo, pelo acompanhamento em

todo o processo de minha primeira viagem internacional, pelo cuidado durante a apresentação no encontro em Buenos Aires, uma verdadeira parceira-sintomática neste estudo, com um olhar atentamente lacaniano. Te agradeço pelas muitas indicações de leituras que fizeram o grande diferencial nesta dissertação. Agradeço pelos encontros das supervisões dos estágios e preceptoria, as quais me inspiraram e cristalizaram ainda mais o meu desejo pela Universidade. Obrigada!

Ao professor Dr. Daniel Menezes Coelho, pelas mensagens atenciosas e sensíveis apontando-me para uma construção com os restos dos escombros, os quais me serviram para um bom proveito. Obrigada, por mostrar que podemos nos servir dos estudos da psiquiatria, pela via atenta de Ellenberger, um importante estudo que nos servirá para posteriores estudos psicanalíticos. Ficarão marcadas as suas aulas críticas nos mostrando caminhos de desapegos dos nossos *apriorés*, para realizar uma pesquisa com a alma, mais além do olhar, como descreve Bachelard. Nunca irei esquecer a sua velocidade atenciosa no dia da avaliação da seleção de entrada no mestrado, quando o sistema falhou e você me capturou pelo WhatsApp, tirando-me da angústia do medo de ser excluída da seleção. Muito obrigada!

Agradeço à psicanalista, professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Dra Denise Maria Barreto Coutinho, sempre solícita, que me apontou caminhos críticos possíveis para que eu pudesse deixar cair o academicismo e me colocar como sujeito na pesquisa, pelos seus importantes apontamentos, os quais alcancei não-todos, porém, contribuíram significativamente para perceber outras direções do estudo, pelas suas inúmeras contribuições, traduções e sua simplicidade. Para mim, você é um lindo e diferente girassol na universidade pública.

Agradeço a Danilo pela agilidade, presteza que gentilmente sempre me atendeu com prontidão e simpatia, realizando um serviço digno, competente, eficaz e empático, o vozeirão da secretaria da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Minha gratidão sempre.

À Andréa, pelo acolhimento tanto na modalidade online, quanto presencial, no SPA/UFS, que, de forma sempre atenciosa e simpática, me ajudou no que foi preciso, meu sincero agradecimento por todas as solicitações atendidas.

À minha analista, Carla Fernandes, pela parceria que escuta os meus restos, com a qual tenho feito muitas construções, sempre me apontando uma porta para encontrar mais desejos.

Ao meu colega e amigo Rodrigo Almeida, pelas discussões psicanalíticas que florescem os nossos estudos lacanianos.

Aos meus irmãos pelo carinho e respeito de entender a minha escolha pela psicanálise e que, por isso, muitas vezes, me faço ausente nas reuniões de família.

Aos meus sobrinhos, Elenita e Ivanildo, por me regarem de muito amor e carinho.

Agradeço aos meus primos, Círio e Claudete, por se fazerem sempre presentes nos momentos mais difíceis e importantes na trajetória de minha vida.

À minha querida amiga Daniela, que há décadas está sempre ao meu lado.

Ao casal de amigos Jair e Rejane, pelo amor transmitido sempre em palavras e atos.

Aos colegas do curso de mestrado, pelo acolhimento em Aracaju, uma linda e aconchegante cidade e com o melhor São João do Brasil. Obrigada, Roseli, Bárbara e Cláudia pelas trocas.

Agradeço à CAPES por ter financiado e tornado possível fazer esta investigação.

Agradeço à UFS, instituição que me acolheu para cursar o mestrado, a qual utilizo como fonte para minha formação permanente.

“O subjetivo é para nós o que distingue o campo da ciência em que se baseia a psicanálise...por exemplo essas séries de fenômenos de aparência natural, que chamamos de neuroses e psicoses”.

(Lacan, 1956/1988, p. 218).

RESUMO

Este estudo é um ensaio teórico-clínico, orientado pela Psicanálise Lacaniana, e se fundamenta pela noção conceitual herdada de Freud e Lacan. É preciso considerá-lo, a partir da escuta do mal-estar psíquico, descrito como angústia, sinal do sintoma apresentado nos atendimentos de urgências subjetivas. O primeiro capítulo deste estudo apresenta o percurso metodológico, que consiste em uma investigação psicanalítica sobre a noção de sintoma, na obra de Freud, como fonte primária e em textos de psicanalistas contemporâneos como fontes secundárias. O segundo capítulo apresenta um ensaio teórico-clínico sobre a noção de sintoma em Freud, fazendo um percurso cronológico em alguns textos pré-psicanalíticos e em sua primeira e segunda tópicas. Finalmente, no terceiro capítulo, ressaltamos a intenção de apresentar a inauguração da associação livre conjugada à fundação da clínica da urgência subjetiva, com um único atendimento de neurose por Freud e um caso de psicose ordinária localizado no percurso dos atendimentos de urgência subjetiva, no SPA/UFS, ambos apresentados em vinhetas. Em todo o percurso da investigação, foi realizada uma leitura lacaniana. Ficou evidente a apreensão do resultado da hipótese levantada nesta investigação, que diz, ao propor, no que se refere à escuta da angústia como o sinal do sintoma: o dispositivo da urgência subjetiva pode ser um importante caminho que a clínica psicanalítica tem ofertado na atualidade, especialmente no que concerne à prática lacaniana nas instituições.

Palavras-chave: Urgência Subjetiva; Angústia; Sintoma; Psicanálise Lacaniana.

ABSTRACT

This study is a theoretical-clinical rehearsal, oriented by Lacanian Psychoanalysis, and it fundamentates by the conceptual notion of Freud and Lacan. It is necessary to consider from listening to the psychic distress, described as anguish, sign of the symptom presented in the subjective urgency services. The first chapter of this study presents the methodological course, which consists in a psychoanalytic investigation into the notion of symptoms in Freud's work as primary sources and in texts of contemporary psychoanalysts as secondary sources. The second chapter presents a theoretical-clinical rehearsal on the notion of symptoms in Freud, doing a chronological course in some pre-psychoanalytical texts and on its first and second topics. Finally, in the third chapter, we emphasize the intention of presenting the open association and at the same time conjured with the foundation of the subjective urgency clinic with a single neurosis by Freud and a case of ordinary psychosis located on the subjective urgency attendance at the Spa/UFS, both presented in extraction. In the entire course of the investigation was performed a Lacanian reading. It became evident the apprehension of the result of the hypothesis raised in this investigation, which says, in proposing: in what it refer to the listening of anguish as the signal of symptom, the subjective urgency device may be an important path that psychoanalytic clinic has offered in the current current, especially in what concerns Lacanian practice in the institutions.

Keywords: Subjective Urgency; Symptom; Lacanian Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
2.1 A PESQUISA TEÓRICA: MODO DE PRODUÇÃO DO SABER PSICANALÍTICO.....	21
2.2 A URGÊNCIA SUBJETIVA: UMA PRÁTICA LACANIANA.....	30
3 O SINTOMA: UMA DESCOBERTA FREUDIANA.....	36
3.1 O SINTOMA NOS TEXTOS PRÉ-PSICANALÍTICOS.....	37
3.1.1 Anna O.: um amor de transferência.....	40
3.1.2 Emmy Von N.: a posição do analista.....	44
3.1.3 Miss Lucy R.: o desejo do Analista.....	50
3.1.4 Elizabeth Von R.: a bússola edípica.....	54
4 O SINTOMA NA PRIMEIRA E SEGUNDA TÓPICAS FREUDIANAS.....	59
4.1 O SINTOMA NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA.....	59
4.2 O SINTOMA NA SEGUNDA TÓPICA FREUDIANA.....	74
5 EFEITOS DA ESCUTA NO DISPOSITIVO LACANIANO DA URGÊNCIA SUBJETIVA.....	83
5.1 A ESCUTA DO SINTOMA NA URGÊNCIA SUBJETIVA.....	83
5.1.1 Katharina: uma urgência subjetiva.....	84
5.1.2 A psicose ordinária na urgência subjetiva.....	94
5.1.3 A posição do analista.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	116

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se sustenta na prática do analista, na clínica da urgência subjetiva, em uma universidade pública, posição que possibilita a escuta do sintoma. Neste estudo, pretendo contribuir para a construção de caminhos que a psicanálise oferta no contexto de uma instituição pública universitária. Quanto à escolha pela Psicanálise Lacaniana, como perspectiva teórica, levo em consideração minha transferência de trabalho, a partir da graduação em Psicologia e do curso de extensão universitária em Psicologia Clínica, com ênfase em Psicanálise Lacaniana e Saúde Mental. Atualmente, sigo como membro do grupo de pesquisa CONES¹, que desenvolve investigações interdisciplinares em epistemologias não cartesianas, tendo como um dos focos a psicanálise de orientação lacaniana.

Posteriormente, dando prosseguimento ao meu percurso em Psicanálise, se endereçou em mim o desejo de ingressar em uma Escola de Psicanálise, no ano de 2015, então, decidi me associar ao Instituto de Psicanálise da Bahia, onde trabalhei como cartelizante – assistente de coordenação adjunta no Núcleo de Toxicomania e Alcoolismo (TYA-BA) –, no ano de 2022. Em 2023, fui convidada a participar do seminário - *Do sintoma ao sinthome*, no Instituto de Psicanálise da Bahia.

Prosseguindo no estudo desse tema, em 2024, aceitei o convite para ser cartelizante, na Escola Brasileira de Psicanálise – EBP/Seção Bahia; desde então, tenho sustentado o desejo pela investigação científica, orientada pela Psicanálise Lacaniana. Investida nessa perspectiva, sinto-me convocada a me atualizar constantemente em relação aos problemas de minha época e, como praticante² de Psicanálise Lacaniana, faço parte da clínica da escuta do sintoma de urgência subjetiva sustentando o desejo na prática lacaniana, na Universidade Federal de Sergipe (UFS), em parceria com o meu orientador, Prof. Dr. Rogério Paes Henriques, e meu supervisor de casos atendidos nessa instituição, os quais contribuem para o desenvolvimento dessa investigação.

Minha entrada na universidade aconteceu por meio do ingresso como aluna regular no Mestrado em Psicologia, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI), na linha de pesquisa, Psicanálise e Cultura Contemporânea, da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

¹ Criado e cadastrado na CAPES há mais de dez anos, coordenado pela psicanalista e professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Dra. Denise Maria Barreto Coutinho.

² Termo que se refere ao profissional que adquire na experiência do tratamento a pacientes, além de aprender ao se submeter à análise pessoal, nas leituras específicas e aprofundadas das reuniões científicas e nos círculos psicanalíticos, sob supervisão, com colegas já reconhecidos. E que o conduz situando o praticante a fazer o que é possível, pela via clínica, para além do *setting* tradicional. Este termo também condiz com o profissional (sujeito) que leva o fardo amarrado em seus ombros (Freud, 1919/2010; Lacan, 1967-68/2003; Miller, 2017).

Nesse percurso, recebi, de meu referido orientador, o convite para ingressar no projeto intitulado, *Escuta subjetiva da comunidade: clínica psicanalítica no SPA/UFS*.

O Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) é um espaço em que o Departamento de Psicologia (DPS) da Universidade Federal de Sergipe oferta atendimentos gratuitos, há mais de duas décadas. De acordo com a resolução n°. 03/2003/CONSU, o SPA foi fundado oficialmente em 2003, apesar de já possuir um regimento interno desde o ano de 1999. O SPA, sendo constituído por diversas perspectivas teóricas, investe na Psicanálise Lacaniana, que faz furo no paradigma hegemônico de tratamento, indo pelo caminho avesso à medicina.

Visando ao sujeito e ao social, como parceiros-sintoma, os professores Dr. Daniel Menezes Coelho, diretor do SPA desde o ano de 2006, e Dr. Rogério Paes Henriques apostaram na possibilidade de priorizar a escuta da angústia, um sinal que o sujeito aponta ao falar do sintoma de sua época pela via do encontro com o analista, na clínica da urgência subjetiva, realizado junto às comunidades universitária e extrauniversitária.

Concernente à angústia e sua relação com o corpo, de acordo com Besset (2002, p. 10-11), leigos e especialistas dividem um saber comum que aponta para um sinal da dor, do sentimento, da falta e até da morte. No entanto, “a relação da angústia com a palavra somente pode ser advinda a partir de um saber suposto, posto em jogo na experiência do tratamento”, constatação relatada pelo próprio paciente, engajado na associação livre, que abandona a outra via de tentativa de cura, que diz: “Se a dor diminui em função do que eu falo, para que serve o medicamento que tomo?”. E será que “é da cura da angústia que se trata na psicanálise?”.

Reunimos alguns escritos que versam sobre questões que esse fenômeno coloca nos contornos da experiência clínica. São textos que descrevem o lugar e a função da angústia no tratamento, sem, contudo, deixar de mirar no sofrimento psíquico, que mostra o insuportável. A teorização da Psicanálise Lacaniana da angústia e suas relações com os impasses apresentam o sintoma contemporâneo ao psicanalista. Esses impasses estão ligados à dimensão do real e são explícitos de forma clara e precisa, constatados em algumas vinhetas clínicas que demonstram o material do qual advém e para onde aponta a discursão da nossa investigação, por meio de uma “relação dual” (Lacan, 1955/1988, p. 24), a qual chamamos de parceria-sintomática, entre sujeito e analista.

No livro *O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante*, Miller (2015) afirma que a noção de parceiro-sintoma é correlato à posição de analista que acolhe a demanda do sujeito que, em sua linguagem, fala do eu com o seu corpo pela falta, apresentada no Dispositivo

Lacanian³. Nesse encontro, analista e analisando fazem parceria, a fim de tratar o sintoma, denunciado pelo sinal de angústia que o analista escuta significativamente, percebendo os possíveis efeitos de elaboração, pela via dessa relação analítica concebida como dual.

A noção de parceiro-sintoma é assinalada por Lacan (1958/1998, p. 595); pela posição, o analista se coloca em posição incontestável, de “morto”, de “abnegado”, de “jogador que do analisando será parceiro”. Em nossa suposição, percebemos também a noção de parceiro-sintoma em Freud com Breuer (1893-1895/2016), inscrita nos textos pré-psicanalíticos, que se faz pela via da psicanálise, o parceiro Primordial, ofertando escuta às suas primeiras pacientes, descrita nesta investigação.

Seguindo essa perspectiva, o funcionamento do SPA tinha caráter unicamente presencial até o ano de 2020, momento em que o fenômeno da pandemia da Covid-19 se instalou em todos os países. Houve, naquele momento, em todo o mundo, a necessidade da criação de atendimento online, modalidade utilizada nesta pesquisa. Com esse fenômeno de caráter mundial, os professores psicanalistas supracitados abriram a clínica na modalidade online, na Universidade Federal de Sergipe.

Nesse contexto, é ampliada a oferta desse espaço a estudantes de outros estados para ingressar no curso de pós-graduação, com a participação no atendimento da clínica desse serviço, por meio do estágio, pelo qual, como pesquisadora, me alegro em fazer parte. Além disso, o SPA/UFS é um serviço que possibilita a conexão direta com o social, ocupando-se de uma clínica em perspectiva ampliada; de acordo com a discussão de Harari (2018), em *Fundamentos da Prática Lacaniana: risco e corpo*, o praticante se vê desafiado a aprender a arte na prática em relação aos novos sintomas, levando em consideração uma clínica para além do consultório privado.

No que se refere à prática psicanalítica nas instituições, Freud (1919/2010), em seu texto *Caminhos da terapia psicanalítica*, apontou que um dos caminhos da Psicanálise seria a sua entrada nas instituições, possibilitando uma clínica para além do *setting* do consultório tradicional. Tomando como ancoramento a discussão sobre a noção de sintoma, na obra de Freud e no ensino de Lacan, o presente estudo tem como objetivo central analisar, a partir de uma leitura psicanalítica de orientação lacaniana, os efeitos da presença do analista frente à

³ A prática da escuta de urgência subjetiva, celebrada e criada por Lacan (1953/1998, p. 242) no “Relatório de Roma” marcando o início de seu ensino, em: *Função e campo da fala e da linguagem*, que gera superação com criação pela via da fala. E Miller (2009) ratifica a importância de fazermos par, nesse dispositivo, da urgência com o paciente, aquele que nos endereça uma demanda subjetiva. Ele nos lembra a importância do tratamento pela via da palavra.

escuta da angústia, como sinal do sintoma na urgência subjetiva no SPA/UFS. Diante disso, proponho a seguinte questão: Qual a posição do analista?

A hipótese aqui proposta é: no que se refere à escuta da angústia como o sinal do sintoma, o dispositivo da urgência subjetiva pode ser um importante caminho que a clínica psicanalítica tem ofertado na atualidade, especialmente no que concerne à prática lacaniana, nas instituições, e, com isso, justificamos nomeá-lo de dispositivo lacaniano neste estudo. Besset (2002) afirma que as duas clínicas de Lacan, a estrutural e a borromeana, nos fornecem instrumentos teóricos para instaurar o dispositivo lacaniano. Este estudo se orienta pela Psicanálise Lacaniana, assentando as nossas bases nos estudos teóricos em formação permanente, supervisão de casos e análise pessoal.

Neste ponto, como praticante de Psicanálise Lacaniana, sinto-me desafiada a aprender a arte na prática da clínica da urgência subjetiva, levando em consideração a civilização como parceira; uma parceria com seus próprios impasses. Nesta perspectiva, está implícita a noção de laço social afirmado por Lacan (1973/2003, p. 517), em seu texto *Televisão*, pelo “discurso que digo analítico, é o laço social determinado pela prática de uma análise. Ele merece ser elevado à altura dos mais fundamentais dentre os laços que continuam em atividade para nós”.

Neste estudo, consideramos uma clínica para além do consultório privado. Dito de outro modo, na prática lacaniana, nas instituições, a clínica da urgência subjetiva é um dispositivo que possibilita a escuta dos sujeitos em espaços distintos do *setting* do consultório tradicional, partindo do pressuposto de que, uma vez que a Psicanálise Lacaniana “não opera com *standards*, portanto, não toma consultório e divã como garantias da presença do discurso analítico *stricto sensu* lacaniano. O ensino de Lacan permite extrair princípios psicanalíticos das mais variadas aplicações, pois é o particular condicionando a experiência” (Harari, 2018, p. 10).

A presente pesquisa se justifica pela relevância deste tema, tendo em vista a lacuna de conhecimento, com exceção feita à Argentina, descrita na revisão de literatura sobre a temática da urgência subjetiva, ponto que converge para os estudos da Psicanálise Lacaniana, no Brasil, sobre o sintoma, que se apresenta no social, pela escuta do sofrimento humano, na universidade pública, no Brasil. Neste estudo, tomamos como ponto principal a compreensão do tratamento dado ao sintoma que a Psicanálise realiza, visando a possíveis efeitos de elaboração, ofertando escuta ao sujeito em sofrimento psíquico; um espaço possível para falar de sua urgência subjetiva.

Reputamos a ideia de que a prática clínica é um eixo fundamental na relação da atenção às questões psicossociais, sendo este o interesse desta pesquisa em uma universidade pública.

No livro, *A loucura entre nós: a teoria lacaniana das psicoses*, Veras (2009) aponta outras possibilidades que a psicanálise realiza ao fazer furo no discurso da hipermedicalização. O psicanalista testemunha em seu estudo o sofrimento psíquico e investe em outros modos de fazer a Psicanálise Lacaniana, em instituição hospitalar, tornando um lugar possível, onde o paciente possa falar sobre sua angústia.

Esta justificativa se fundamenta ao propormos descrever a escuta da angústia como o sinal do sintoma no tratamento que a psicanálise realiza, sem requerer do sujeito nenhuma norma ou imposição. Este estudo também se justifica pela possibilidade de o analista se posicionar pela via da prática clínica de uma instituição universitária – uma aplicação da Psicanálise Lacaniana correlata ao artífice –, àquele que desenvolve a arte na prática, se fazendo objeto (Harari, 2018).

Esse contexto nos convoca a retornar a Freud, o primordial exemplo da prática clínica, que inaugura a psicanálise e, desse modo, esta investigação considera e reconhece “o automatismo de repetição (*wiederholungszwang*)” (Lacan, 1955/1998, p. 13), chamado de insistência da cadeia significante. O Pai da Psicanálise, na posição de analista, aposta na clínica da urgência subjetiva e se interessa pelas neuroses. Na clínica da psicose, consente ser o secretário, como percebemos nas interpretações que ele faz no caso Schreber.

Essas interpretações descrevem a posição de parceiro-sintoma e quando publica o caso, posiciona-se como secretário do alienado; na exclusão, o sujeito inventa pela escrita e funda outra forma de alteridade, tratamento pela posição submetida ao real pela decantação da angústia, sinal do sintoma paterno que Schreber faz pela via da psicanálise com a psicose, em Freud (1911/2010). Em sua releitura, Lacan nos adverte para não arredar o pé dessa clínica.

Nessa direção, optamos por nos referir a Freud e Lacan, utilizando os verbos no presente, por acreditar que a psicanálise sempre se presentifica, na clínica da escuta, pela via sintomática do sujeito que se faz em parceria com o praticante de psicanálise e as possíveis elaborações que ecoam na cultura. Reconhecemos também que o verbo no presente vivifica os autores fundamentais da psicanálise, os quais versaram sobre a origem do sintoma, escutando pela via do sinal de angústia, ratificado por Lacan (1971/2009) em *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Assim, Lacan nos assinala o sintoma como operação de subversão nomeada de conhecimento por ele sustentado e descrito historicamente por Freud, pelo viés da experiência obtida nos atendimentos com as suas primeiras pacientes.

Levando em consideração a clínica e seus desdobramentos, a partir de 2020, em função das necessidades de biossegurança específicas da Covid-19, o Conselho Federal de Psicologia flexibilizou a atividade online aos profissionais de psicologia com a Resolução nº. 04/2020, já

regulamentada pela Resolução n°. 11/2018, pelo mesmo órgão (Brasil, 2020), atividade realizada como instrumento nesta investigação pela praticante de psicanálise, na condição de psicóloga voluntária.

No que concerne aos objetos com os quais testemunha o analista em sua prática, Lacan (1965-66/2003) nos adverte, que a voz e o olhar os presentificam, fazendo-se corpo ao se colocar como objeto na experiência analítica, possibilitando o investimento libidinal da fala do sujeito sob transferência. De acordo com Quinet (2021), em seu livro *Análise online na pandemia e depois*, psicanalistas têm utilizado a pulsão escópica, no manejo das câmeras, nos atendimentos online, durante e pós-pandemia da Covid-19, e o SPA considera essa modalidade para este estudo.

Assim, este estudo aborda, no primeiro capítulo, o percurso da construção metodológica, uma investigação psicanalítica teórico-clínica sobre o sintoma, tomando a angústia, sinal do real. Em sua estruturação, utilizamos alguns textos visando situar a obra de Freud e alguns textos produzidos por psicanalistas lacanianos, de nossa contemporaneidade, proeminentes no estudo sobre o dispositivo da urgência subjetiva em instituições.

No tópico sobre a pesquisa teórica e o modo de produção, ainda no primeiro capítulo, versamos sobre a trajetória da realização deste estudo, fazendo um detalhamento da revisão de literatura, incluindo a importância da releitura dos textos que consideramos essenciais sobre o sintoma, apontando para a escuta subjetiva. Discutimos a notoriedade do caráter clínico, nas investigações em Psicanálise Lacaniana e sua premissa fundamental, pautada na ética do sujeito. Neste ponto, também demarcamos a relevância da pesquisa teórico-clínica, no interior da comunidade científica e seus possíveis efeitos de elaboração subjetiva.

Na finalização do primeiro capítulo, descrevemos brevemente a relevância da Prática Lacaniana como dispositivo clínico visando ao atendimento de urgências subjetivas. Apresentamos, resumidamente, a noção do atendimento de urgência subjetiva, orientada pela Psicanálise Lacaniana e como funciona no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe (SPA/UFS). Destacamos, também, a noção de investigação psicanalítica do tipo teórico-clínica, ressaltando o inconsciente como campo de investigação primordial nos estudos sobre a subjetividade e cultura, em uma universidade.

O segundo capítulo é um ensaio teórico-clínico sobre a noção do sintoma articulado à angústia, na obra de Freud, que apresentamos a partir da Leitura Lacaniana, fazendo um percurso cronológico em alguns textos pré-psicanalíticos e em sua primeira e segunda tópicas. Apresentamos como este tema se articula às contribuições das pacientes à teoria psicanalítica e os seus possíveis avanços. Nos textos pré-psicanalíticos, ressaltamos o estudo sobre a neurose

por Freud, a partir do escrito de Charcot, e realçamos os primeiros cinco casos acompanhados por Freud, com o auxílio de Josef Breuer, em forma de vinhetas.

Este estudo apresenta algumas vinhetas clínicas e associa o fenômeno sintomático a algumas noções fundamentais da psicanálise, forma criativa que a pesquisadora incluiu no título de cada tópico, como: transferência, posição do analista, desejo do analista, Nome-do-Pai. Abordamos, no terceiro capítulo, o sintoma na primeira tópica freudiana, a partir da primeira teoria sobre a organização do aparelho psíquico, considerando os fenômenos inconscientes descritos por Freud nos sonhos, de modo que, em todo o percurso do estudo do sintoma, a angústia se apresenta como o sinal do acontecimento de corpo. Nessa fase, destacamos o percurso da criação do método psicanalítico e a importância da interpretação do analista, advertido por Freud, nas *Conferências introdutórias à Psicanálise*.

No estudo da psicose extraordinária, ainda no terceiro capítulo, apontamos a importância das sutilezas da interpretação de um caso, pela análise do livro de Daniel Paul Schreber, por considerarmos uma questão preliminar, tal como explicitado na obra de Jacques Lacan. Finalmente, abordamos sobre a noção do sintoma, na segunda tópica freudiana, ao descrever as instâncias psíquicas, na clínica da neurose e psicose, e versamos o funcionamento psíquico na inibição, sintoma e angústia descritos por Freud.

Relatamos a hipótese estrutural do sintoma, sofrimento psíquico associado às instâncias inibição, sintoma e angústia, implicitamente nas vinhetas ⁴ dos primeiros casos atendidos por Freud, na análise do livro de Schreber, e, na última vinheta do terceiro capítulo, também abordamos sucintamente o *sinthoma* como estabilização, efeitos de elaboração da escuta no dispositivo da urgência subjetiva, destacando, sobretudo, o Nome-do-Pai. Na finalização da obra de Freud, abordamos sucintamente a posição do analista correlato ao intérprete do sintoma no mal-estar de sua época.

No quarto capítulo, apresentamos o dispositivo lacaniano, na clínica da urgência subjetiva, articulando ao binarismo estrutural (neurose e psicose). Tomando Freud como exemplo e evocando a sua presentificação, após 131 anos, reconhecendo o automatismo da repetição, conjugamos duas vinhetas clínicas, neste capítulo. Na primeira vinheta, abordamos a estrutura da neurose histérica com o caso Katharina; na segunda, uma extração de um caso suposto de psicose ordinária, localizado no Projeto *Escuta subjetiva da comunidade: clínica*

⁴ Quando se referir às palavras tanto do praticante, quanto do paciente, serão destacados em *italico*. Trata-se de uma reprodução realizada após o atendimento, “tal como ficou gravado na memória” da praticante, advertido por Freud; Breuer (1893-1895/2016, p. 181).

psicanalítica no SPA/UFS (Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe), resultando em possíveis efeitos de elaboração – trabalho apresentado pela pesquisadora no XI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana e XXIII Encontro Internacional do Campo Freudiano (ENAPOL) –, realizado em Buenos Aires/Argentina, no ano de 2023. Finalizamos esta seção com uma Leitura Lacaniana no tópico: A posição do analista.

Utilizaremos a discussão clínica sobre o manejo diferencial, ao supor a psicose ordinária por Henriques e Birman (2014), em *Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária* (Jean-Claude Maleval, 2003); por Guerra (2010), em *A Psicose*, o novo olhar diferencial sobre a loucura, descrita por Veras (2009), em *A loucura entre nós: a teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental*. Esses psicanalistas têm mostrado a importância do olhar para a clínica com psicóticos e o quanto ela nos ensina a riqueza excedente do questionamento do sujeito sobre si. Tomamos como referência sobre os estudos da escuta de urgência subjetiva, Ricardo Seldes (2019), em *La Urgencia Dicha* e Inês Sotelo (2015), em *Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas*, ambos psicanalistas argentinos, reconhecidos em nossa contemporaneidade.

Finalizamos a dissertação com as Considerações Finais, fazendo uma síntese do que foi percebido no percurso deste estudo: as contingências que se apresentaram; as contribuições percebidas durante o percurso, com as quais nos utilizamos para realizar a construção e o que apreendemos com as possíveis intervenções e interpretações, realizadas na clínica lacaniana, no ambiente universitário pela via do SPA/UFS.

Apresentamos, a seguir, o primeiro capítulo deste estudo, intitulado: *Percurso metodológico*

CAPÍTULO I

PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo compreende dois momentos da construção metodológica deste estudo: o primeiro se deu por meio de uma investigação psicanalítica teórico-clínico sobre o sintoma, em Freud e Lacan; no segundo momento, por meio da utilização de vinhetas clínicas, no intuito de discutir os possíveis efeitos da Psicanálise Lacaniana, no Projeto *Escuta subjetiva da comunidade: clínica psicanalítica no SPA/UFS* (Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe). Quanto à escolha da psicanálise como perspectiva teórica, levo em consideração minha transferência de trabalho e estudos, a partir desta práxis.

2.1 A PESQUISA TEÓRICA: MODO DE PRODUÇÃO DO SABER PSICANALÍTICO

Inicialmente, sublinho que este estudo se fundamenta e se orienta pela Psicanálise Lacaniana, partindo da experiência clínica de Freud. No entanto, de acordo com Ferreira (2018), a travessia lógica da psicanálise, na articulação com o saber, não é tarefa fácil. Freud nos convoca a realizar uma investigação de subversão do saber, partindo do não saber, envolvendo o entorno social, e, dos “restos visíveis” (Ferreira, 2018, p. 130), realizando um trabalho pelo deciframento do que foi encontrado pela escuta clínica. Realizamos a investigação teórico-clínico, não nos restringindo a Freud e a Lacan, mas também aos psicanalistas que têm sustentado discussões, alcançando a nossa cultura, seguindo a proposição de Lacan (1953/1998), em seu escrito *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, direcionadas aos psicanalistas sobre a importância de colocarem em seu horizonte a subjetividade de seu tempo.

A partir de Bastos (2009), seguimos com o método visando a discutir a noção de sintoma, utilizando algumas obras fundamentais da teoria psicanalítica em Freud, como fontes primárias. Utilizamos textos de psicanalistas contemporâneos como fontes secundárias, destacando algumas aulas do livro *Perspectivas do seminário 23 de Lacan: o Sinthoma*, de Jacques-Allain Miller (2009), que discute o *sintoma* como tema principal em sua obra, bem como algumas perspectivas sobre o sintoma, a partir da prática clínica, contribuições de psicanalistas como: Angelina Harari, Fabián Schejtman, Gerrardo Arenas, que vêm transmitindo a Psicanálise Lacaniana, na atualidade.

Além disso, partimos do pressuposto sustentado por Ferreira (2018) de que o método não é elaborado antes de se iniciar a investigação no seu todo, sendo constituído ao longo do

percurso, tomando forma e se organizando na medida em que o estudo vai progredindo. Nesse sentido, também realizamos um levantamento bibliográfico por meios eletrônicos, em duas bases de dados: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) e Google Acadêmico. Utilizamos três combinações de descritores: "Sintoma AND urgência subjetiva"; "Sintoma AND Instituições" e "Urgência subjetiva AND Universidade", considerando os dez últimos anos.

Ressaltamos o ponto essencial da revisão de literatura apontado por Zanotti e Miura (2020), como possibilidade de organizar, esclarecer e resumir as obras e pesquisas fundamentais vinculadas a este tema; foi considerado o cenário histórico dos casos para favorecer a compreensão do fenômeno investigado. Assim, realizamos o processo de investigação teórica, pelas releituras dos textos escolhidos sobre o sintoma, que, de forma cronológica em Freud, foi sendo construído como uma das etapas primordiais deste estudo, articulado à noção da angústia em Lacan e psicanalistas da atualidade, os quais se mostram indispensáveis, tendo uma notável relevância na perspectiva da prática clínica

Autores como Dias (2006) abordam, em seu artigo, *O sintoma: de Freud a Lacan*, e Maia, Medeiros e Fontes (2011) também versam, em *O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução*, um breve resumo, levando em conta alguns conceitos fundamentais da psicanálise. De acordo com o artigo *Sintoma: a fala enigmática do inconsciente*, de Garcia (1994), no estudo do sintoma, no âmbito da prática clínica, percebemos que se aproxima desta investigação.

Entretanto, pretendemos avançar nesta pesquisa realizando um estudo do sintoma cronologicamente articulado ao Dispositivo Lacaniano, uma oferta da escuta de urgências subjetivas, visando aos possíveis efeitos de elaboração sem, contudo, pretender abordar o todo, não deixando de visar à angústia, sinal do real. Neste estudo, testemunho, na prática clínica, um dispositivo lacaniano, por meio de atendimentos de urgência subjetiva na modalidade *online*, na Universidade Federal de Sergipe, ancorada nos exemplos como fonte primordial em Freud e no ensino de Lacan.

Então, no primeiro bloco de descritores, Sintoma AND urgência subjetiva, selecionamos textos, a partir de uma análise crítica e qualitativa dos títulos e leituras de resumos que versam sobre a discussão da urgência subjetiva em instituições. Após a leitura dos resumos, percebemos que alguns trabalhos produzidos abordam a clínica da urgência subjetiva na instituição hospitalar, apontando a presença de poucos psicanalistas, pela via da escuta, neste campo.

No primeiro momento que exploramos o primeiro bloco de descritores, foram encontrados poucos trabalhos que versam o tema da urgência subjetiva, na universidade, ligados a temas, como: cuidado, saúde mental, angústia e serviço escola. Nenhum desses trabalhos contemplaram especificamente a discussão acerca do sintoma articulado à urgência subjetiva e à escanção de alguns textos cronológicos sobre o sintoma em Freud e no ensino de Lacan, sobretudo articulado à angústia, sobre qual esta investigação propõe sua construção.

Utilizamos os descritores Sintoma AND urgência subjetiva, com os mesmos critérios de busca no segundo bloco, resultando, na maioria dos textos, que também estão concentrados na área hospitalar. Destacamos o único texto nesta área que se aproxima deste estudo, intitulado *Localização da urgência subjetiva em psicanálise*, trabalho resultante de uma residência, em Saúde Mental do Hospital Araoz Alfaro, Lanús (Buenos Aires-Argentina), no ano de 1987, produzido por Sandra Letícia Berta, sob a supervisão de Ricardo Seldes.

Esse texto aborda específica e diretamente o atendimento de urgência subjetiva em uma instituição hospitalar, assim como o importante trabalho atual do psicanalista argentino Seldes, resulta do seu trabalho com o auxílio de colegas de equipe de Urgência no Hospital Lanús e o dedicado trabalho produzido nos ciclos de estudos de casos clínicos, coordenada pela psicanalista Inés Sotelo, na residência de psicologia. A Argentina é membro da Escola de Orientação Lacaniana e da Associação Mundial de Psicanálise. Utilizamos ambos os livros como fonte secundária, importante para esta investigação.

No livro, *As clínicas públicas de Freud*, Danto (2019) descreve historicamente as origens da psicanálise nos países da América Latina, em especial na Argentina e sua influência na história da psicanálise no Brasil. Ressaltamos que a Argentina mostra o desejo da prática da psicanálise também fora do consultório particular, surgido por psicanalistas como Marie Langer, exilada na Argentina após o nazismo. Marie Langer lutou na Guerra Civil Espanhola, entre os anos de 1936 a 1939. Essa psicanalista uniu-se a outros psicanalistas, fundando a associação Psicanalítica Argentina que, por extensão e proximidade, aconteceu no Uruguai, vindo a psicanálise argentina ser uma forte influência na prática e na formação de psicanalistas.

Nas décadas de 1960 e 1970, emergiu em Buenos Aires com características latino-americanas, uma prática clínica em centros de saúde, hospitais, comunidades, no trabalho com grupos e instituições. No período do golpe militar de 1976, uma boa parte de psicanalistas, envolvidos nesse trabalho criativo, se dirigiu ao Brasil, movimento que emergiu na luta contra a ditadura militar e nas práticas insurgentes. Em São Paulo, no Rio de Janeiro, muitos centros urbanos brasileiros passaram a presentificar a psicanálise, na mesma época histórica do golpe de estado de 1976 da Argentina; muitos grupos foram se formando no Brasil. Hélio Pellegrino

e Anna Kemper, em 1973, criaram a Clínica Social de Psicanálise, época de forte impacto, gerando muitas referências e exercendo uma função ativa na transmissão de uma clínica psicanalítica, ética, em nosso país.

Em 1976, o psicanalista e professor de psicologia clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, Jorge Broide, inicia sozinho o atendimento a adolescentes, crianças e adultos em situação de rua, em um centro de defesa de direitos humanos às vítimas de violência de Estado. Individualmente e em diferentes grupos, a partir de 1978, psicanalistas foram espalhados para o mundo com a prática fora do consultório particular, atendendo em prisões, nas ruas e nas clínicas sociais. Psicanalistas brasileiros e argentinos criaram espaços de formação no Instituto Sedes Sapientiae que, além da formação de uma ampla quantidade de colegas, iniciou o desenvolvimento de uma série de produção no campo social, ancorados em grande parte no movimento minimizado no percurso militar argentino, entre os anos de 1976 a 1982, mesmo período em que se deu a luta contra a ditadura militar brasileira.

A partir dos anos 1990, a psicanálise se fortaleceu, nas universidades, em todo território brasileiro, sobretudo, nos cursos de pós-graduação, pois iniciou um efetivo papel nas produções de estudos desenvolvidos no campo social. Assim, podemos afirmar, a história da ética psicanalítica se apresenta, atualmente no Brasil, na tradição e transmissão, a partir de Freud. O trabalho de Danto (2019) corrobora, apresentando o percurso histórico da psicanálise e como tem sido criado um amplo número de instituições que investem no Dispositivo Lacaniano, de norte a sul, da Amazônia ao Chuí.

De acordo com Danto (2019, p. XVII), a psicanálise está presente no atendimento desenvolvido no Sistema Único de Saúde, na educação, na luta antimanicomial, enfim, em todos os setores que, em nosso país, se encontram no “olho da furação”. Tomamos os nossos antecessores como exemplo principalmente em Viena, sobretudo, Freud que “não se limitou aos seus geniais dispositivos que inventou (a poltrona e o divã)”. Ele, que se fez analista, estimula a criação de uma clínica no território da cidade, em distintas instituições, e já prenunciava que a psicanálise sobreviveria em sua profunda inserção social.

Seguindo nessa direção, atualmente o psicanalista argentino Seldes (2019), em seu livro *La urgencia dicha*, descreve a realização do seu trabalho de urgência orientado pela Psicanálise Lacaniana, no Hospital Evita de Lanús, a partir da década de 1980, e que, um pouco mais adiante, realiza junto aos seus companheiros, a criação da PAUSA – Centro psicanalítico de atenção à urgência, sendo ele o diretor dessa instituição.

O psicanalista propõe uma leitura da urgência subjetiva, a partir de casos, discutidos com colegas de equipe de psicanalistas, dentre eles, Esthela Solano, que aceitou participar

publicando suas elaborações; Graciela Brodsky, conselheira, que, ao escutar, percebe as mudanças no PAUSA. Assim, ele caracteriza a urgência como um sintoma contemporâneo que se apresenta nos modos de gozar, signos do mal-estar contemporâneo. O percurso de trabalho desse analista mostra a relevância para quem intervém em distintas instituições que acolhe e oferta escuta de urgência.

Seldes (2019) questiona a urgência, a partir de sua prática, ressaltando conceitos psicanalíticos, como: sintoma, inconsciente, tratamento, parlêtre, sublimação, gozo, real, tempo para psicanálise, dentre outros. O autor faz um percurso desde a obra de Freud, considerando o estatuto do inconsciente, no ensino de Lacan. Relata novas perspectivas do tratamento na clínica lacaniana da atualidade e como realizamos a clínica ao atender casos de urgência subjetiva. Destaca a urgência na atualidade, chamando atenção à importância de escutar os novos sintomas que se apresentam na clínica hoje.

No livro *Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas*, Sotelo (2015) inicia um trabalho com a clínica de urgência, com residentes, no Hospital Central de San Isidoro, situado na província de Buenos Aires, na Argentina. A referida psicanalista, visando formalizar o que ocorria com aquela comunidade, prossegue criando uma cadeira na universidade intitulada “Clínica de urgência”, fazendo um desdobramento pela via da transmissão da Psicanálise Lacaniana, com relatos de experiências clínicas.

A psicanalista argentina realiza trabalho de intercâmbio com docentes e alunos de faculdades de psicologia e profissionais de instituições hospitalares. Sotelo (2015, p. 23) afirma que, desde o ano de 2007, desenvolve programas de investigação, em parceria com a universidade que aposta, inaugurando com o primeiro projeto: PROINPSI – Programa de Fomento de Investigação da Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires (UBA), o trabalho que realiza com essa comunidade, intitulado *Análise da demanda e intervenções da urgência*.

Faz-se mister também abordar a produção de literatura psicanalítica que há quarenta anos liamos fundamentalmente no idioma espanhol; atualmente, há uma vasta produção editorial tanto na Argentina como também no Brasil. Grandes números de revistas e livros têm sido produzidos por psicanalistas de forma criativa, resultante de trabalhos de seminários, congressos, pós-graduação, promovidos por associações psicanalíticas e universidades públicas.

Além disso, existem estudos rigorosos em psicanálise sobre diversas situações humanas. A prática de atendimento clínico nos mostra que “o sujeito fala, onde quer que haja uma escuta, seja ela no divã, na instituição, nas ruas ou embaixo de uma ponte na mais tradição freudiana”

(Danto, 2019, p. XVIII). A nós, psicanalistas, cabe manter acesa a chama da criatividade, a melhor forma de nos posicionarmos frente às adversidades com as quais nos deparamos atualmente.

Prosseguindo, a pesquisa efetuada, utilizando o bloco de descritores Urgência subjetiva AND Universidade, pelo Google Acadêmico, resultou em diversos temas abordando questões de vulnerabilidades sociais e subjetivas, predominantes em áreas da saúde, em contextos hospitalar, educacional e político. Encontramos o livro *Psicologia em Construção: Saberes e Práticas* (2023), fruto da organização de importantes produções, a partir de estágios do curso de graduação em Psicologia na clínica-escola do SPA da Universidade privada, Veiga de Almeida, situada no Rio de Janeiro, uma organização de três psicólogas e docentes dessa instituição.

Nos dois primeiros tópicos da parte I do livro, é abordado de forma sucinta alguns assuntos mencionados aqui, como a necessidade que o curso de graduação em psicologia tem de um Serviço de Psicologia Aplicada, em sua estrutura, com o objetivo de os alunos terem um local de estágio e possibilitar a escolha do campo de sua identificação. Nessa parte do livro, Medeiros e Chiabi (2023) afirmam que a prática de supervisão ofertada aos alunos do curso de psicologia causou o desejo de pesquisar e ancora alguns textos freudianos e lacanianos, ao trazer a noção sobre transferência e seus impasses decorrentes do manejo, a partir dos relatos dos estagiários nas supervisões, bem como efeitos transferenciais entre supervisor-aluno.

As autoras, ainda nessa primeira do livro, abordam questões fundamentais sobre psicanálise, a saber: seu lugar na universidade; a questão da forma do analista, seu exercício; o modo distinto como a psicanálise entra na universidade em relação aos outros saberes e como o seu discurso se apresenta; a posição do professor no que concerne à transmissão do ensino em psicanálise. É descrito também a formação do psicanalista e a distinção sobre o lugar de formação, entre a universidade e a Escola, advertido por Lacan (1967/1981), em Proposição de 9 de outubro de 1967.

Na parte três do livro, intitulada *A prática psi: na clínica*, encontramos uma produção psicanalítica nomeada *A clínica da urgência subjetiva: condições indispensáveis para o atendimento de pacientes em uma clínica-escola (SPA)* que, inicialmente, mostra o estágio do Curso de Formação de Psicólogo, amparado pela Lei n. 4.119, de 1962 e pelo Decreto n. 53.464, de 1964, em que mostra que o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) é uma clínica-escola que regula o estágio profissional obrigatório, em um curso de graduação em Psicologia, que considera o tempo na clínica da urgência subjetiva, evidenciando questões sociais e teóricas que traduzem o sintoma em nossa cultura (Carissimi, 2023).

Ressaltamos a descrição que este estudo traz sobre o sintoma que se apresenta na clínica da atualidade resultantes do padecimento advindo da proliferação do discurso capitalista que velozmente está associado ao aceleração, à eficiência e ao ilimitado consumo. Diante disso, a velocidade do tempo rápido, curto, acontece e apaga o sujeito, apresentando-se desequilibrado na vida, com os laços sociais, com o corpo e o pensamento quebrados. A partir do exposto, podemos pensar os atendimentos de urgência, estabelecendo uma distância paralela entre a dita ciência médica que se ocupa com a homeostase ou integridade física do biológico.

A psicanálise entra pelo avesso visando à ruptura da cadeia significante ao acolher a angústia que o sujeito apresenta como sinal do real. A clínica da urgência subjetiva se ocupa com o olhar humano que, ao atender pessoas em momento de desespero, não falam e quando conseguem falar não articulam a fala ao seu dizer, de modo que isso nos mostra a imagem do sofrimento no nível do insuportável. Essa investigação nos mostra a importância do ato que psicanalistas, ao entrarem na universidade, de um lado acolhem o mal-estar humano, do outro lado revelam o declínio e a dissolução das organizações sociais, a dissociação entre poder e política, resultando no abandono do Estado no cuidado com a vida.

Durante a pesquisa pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos blocos dos descritores Sintoma AND urgência subjetiva, evidenciamos uma predominância de pesquisas sobre os diagnósticos psiquiátricos. Já nos blocos dos descritores Sintoma AND Instituições, as pesquisas destacam o estudo do sintoma articulado e a classificação das doenças pela medicina. Foi encontrado um artigo, *Reflexões sobre psicanálise, saúde mental e instituições: considerações acerca das dimensões do patológico e do sofrimento*, em que Braga e Fonseca (2018) versam criticamente a topografia do sintoma médico, considerando a escuta clínica em psicanálise.

Braga e Fonseca (2018) também abordam dois pontos, os quais consideramos relevantes na escrita deste estudo, a partir da posição de Freud e de Lacan, no que concerne à sustentação da clínica da neurose e psicose: 1) a posição do analista como chave do tratamento em psicanálise, ao possibilitar a fala do sintoma e o sofrimento psíquico; 2) a estigmatização da loucura, apontando a análise da inserção do psicótico no social e os efeitos do trabalho do analista em instituições públicas, por Veras (2009). Tais perspectivas convergem com a discussão desta pesquisa, pois utilizam o método clínico na investigação em psicanálise e articulam a invenção que o sujeito excluído realiza na psicose, testemunhado pelo analista. Entretanto, não abordam o sintoma da urgência subjetiva em uma universidade que atesta a relevância deste estudo.

Veras (2009) destaca a importância de priorizarmos as formas distintas e possíveis que o sujeito psicótico expressa em seu sofrimento humano, seja na arte, ou de outra forma. O psicanalista testemunha que o próprio corpo do psicótico fala, como um retrato de sua desorganização psíquica e a convocação do laço social.

Veras (2009) adverte a fazermos uma clínica diferencial, visando às questões familiares, do laço social e, sobretudo, à escuta atenta ao que o psicótico nos fala, para não fazermos interpretações selvagens equivalendo à clínica da neurose, perspectiva que dialoga com a norma do “leito de procusto” interpretado por Henriques e Birman (2014, p. 106). O psiquiatra e psicanalista ressalta a importância da presença do analista e o seu distinto olhar, ato que faz a diferença, ao priorizar o humano, como Freud (1911/2010) faz, ao interpretar as questões sociais do caso Schreber e Lacan (1955-1956/1988) que, ao iniciar a clínica, não resiste à clínica da psicose. E é nesse contexto que este estudo se ancora.

De acordo com Veras (2009), a teoria lacaniana, única no estudo das psicoses escandida em três grandes obras: os Seminários das psicoses, da angústia e o do *sinthoma*. O psicanalista e psiquiatra Veras afirma, nessa experiência de gestão no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em Salvador, Bahia, escrita em seu livro “A loucura entre nós”, a existência do lugar específico da psicanálise na saúde mental com vistas ao resgate da subjetividade e à invenção singular do *sinthoma*, correlato ao trabalho elaborado por Lacan, no *Seminário*, livro 23. Tanto o livro quanto o filme deste autor retratam e testemunham a proposição cunhada por Lacan, em que o *sinthoma* é um instrumento de conexão entre o gozo privado do paciente e a sua saída construída pela via da linguagem pública, um acontecimento que faz o laço social com o analista que escuta.

No que concerne à escuta do excluído, na clínica da psicose, consideramos *O Seminário, livro 3: As psicoses*, em que Lacan (1955-1956/1988), ao tentar penetrar na noção do testemunho, nos adverte que aí está o valor como comunicação e cada um sabe que é o ideal da transmissão do conhecimento, a própria abertura pode resultar da experiência, que é função do testemunho. Ao entrar pela clínica da psicose, Lacan afirma que a entrada é pelo avesso, pelo buraco, a própria realidade aberta inconscientemente em primeiro lugar.

Neste sentido, ainda sobre a psicose, em *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*, Lacan (1966/2003) nos adverte a não esquecermos do “Caso Schreber” e que Freud, ao analisar esse texto, soube extrair o revelador deste caso, assentando melhor sua base e se apoiando no próprio texto, que lhe serviu como objeto de estudo. Assim, Lacan avança sendo o primeiro a fazer amplitude deste caso; entretanto, afirma que é um grande texto freudiano e não bastou invocar a genialidade, mas uma grande desenvoltura sustentada em relação ao saber.

Lacan ainda nesse texto afirma: Freud promove a categoria de caso, deixando ser guiado por um texto muito brilhante (caso Schreber), expondo-se à censura de delirar com o paciente com um gigante cérebro, observando um sentido em sua história, que pôde entrar pela posição na qual somente a lógica do tratamento introduz. Assim, considerando vinhetas “[...] o resíduo irreduzível da constituição do sujeito é levado ao máximo de seu emprego ansiogênico pela função psicanalisante” (Lacan, 1966/2003, p. 222). Dito de outro modo, uma psicanálise de um texto que esta pesquisa se identifica e tenta se aproximar.

Na neurose, o sujeito faz fuga parcial de sua realidade pelas resistências evidenciadas na escuta do analista. Entretanto, faz dois questionamentos aos psicanalistas: primeiro, será que o sujeito fala conosco?; segundo, de que será que ele fala?. Nisso, supomos que na clínica construímos o saber com o outro, com um a maiúsculo, fundamental para a fonte do conhecimento (Lacan, 1955-1956/1988). Assim, consideramos a imprescindível inclusão do sujeito pela escuta ofertada no tratamento pelo viés da invenção psicótica.

Nessa direção, operamos com o método clínico em psicanálise que, segundo Ferreira (2018), consentimos pela apreensão, ainda que moderadamente, dos movimentos que atravessaram a produção pelo conhecimento adquirido nas leituras. Assim, esta investigação foi se constituindo pela compreensão teórica articulada aos processos inconscientes, advindos pela estranheza de nosso próprio objeto e campo de investigação. A despeito disso, rememoramos a forma usual recomendada por Freud, ao reivindicar a favor da psicanálise, na qual, em sua execução, tratamento e investigação coincidem.

Recordamos a palavra de (Ellenberger, 2023) em *A descoberta do inconsciente: história e evolução da psiquiatria dinâmica*, ao reconhecer Freud, um exemplo de progresso gradual de vida social que, por meio de amigos se livra da ocupação nazista, em Viena; no ano de 1838, encontra a saída nos estudos em Londres. Assim, prossegue, mas passa por anos difíceis tornando-se um dos mais conhecidos médicos de Viena com um invejável título de professor associado. Freud faz sua história clínica, a partir dos estudos neurológicos com pacientes da população mais baixa. Funda os estudos da psicanálise escrevendo sobre a histeria no enlace com o sintoma analítico, em sua clínica particular, a partir da história de pacientes dos círculos sociais elevados.

No entanto, é mister ressaltar que, desde o início da prática de psicanálise, Freud deixa pistas de como se dá a noção de urgência subjetiva, descrita entre as vinhetas abordadas no capítulo três desta pesquisa. Então, ele acolhe a paciente que lhe requer um pouco de tempo de seu gozo de férias para que escutasse o seu sintoma, que ela supunha ser uma angústia que queria abusar do seu corpo (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). Em *Perspectivas do seminário*

23 de Lacan: *O sintoma*, Miller (2009) diz que o paciente atendido de urgência vale como um testemunho para quem o quiser. Ele ratifica que Lacan chama de urgência a modalidade temporal que responde ao advento ou à inscrição de um traumatismo.

2.2 A URGÊNCIA SUBJETIVA: UMA PRÁTICA LACANIANA

Neste estudo, elegemos a urgência subjetiva como objeto principal, um dispositivo lacaniano, um ponto associado ao estudo do sintoma pela demanda de escuta. Notamos a relevância de investigar este campo e a discussão que tem sido feita, sobre esta temática, na universidade. Segundo Costa (2021), a urgência é originada pela criação de outro nome, observado no atendimento breve, geralmente entre uma sessão e dois anos de atendimentos.

Assim, ela descreve que, nessa perspectiva, outros nomes possíveis começam a aparecer para a urgência subjetiva, como: angústia iminente, desespero, aspectos subjetivos da clínica, urgência e subjetividade, urgência de vida, urgência de fala, a partir do contexto político, social e territorial. Por essa via, elegemos outro nome – o sintoma, que dialoga com a clínica da escuta da urgência subjetiva.

Dessa forma, consideramos Seldes (2019), sobre a prática lacaniana em uma instituição hospitalar, que nos mostra a relevância para quem intervém em instituições distintas, que acolhem e ofertam a escuta da urgência. Nesse ponto, fazemos uma aproximação com esta pesquisa e seus possíveis efeitos de elaboração, nos atendimentos realizados junto às comunidades universitária e extrauniversitária da Universidade Federal de Sergipe. Evoco aqui as palavras do argentino Ricardo Seldes (2019, p. 19-20, tradução nossa) sobre o conceito de urgência, em seu livro *A dita Urgência*:

[...] a urgência é como uma ruptura aguda na cadeia do significante, produzindo um corte no tempo, uma forma de trauma, que nos ejeta em um novo lapso, um traço no tempo, marcando um antes e um depois, fazendo o sujeito elaborar uma nova relação com o real. A urgência subsidia a dimensão temporal, tanto em seu surgimento como em sua relação, fazendo eternizá-lo [...] A urgência em qualquer ser falante, pode ser definida como um tempo, o momento que responde ao advento de um trauma, sempre segundo com respeito ao *traumatismo* da linguagem.

Dito isso, segundo Seldes (2019), a urgência é algo essencial para aceitarmos a demanda de alguém que sofre em seu próprio corpo ou no seu pensamento ou ambas de uma única vez. A melhor forma de traduzir a urgência é dizer que ela é a dita urgência subjetiva, uma demanda causada pela nossa oferta, ao se referir àqueles que ofertam a escuta psicanalítica, o que fazem

os praticantes da psicanálise na universidade. Sujeitos que resolveram não retroceder diante de um trauma. Assim, dizemos que a urgência subjetiva é um tópico relevante nesta investigação universitária.

Para tanto, como pesquisadora, me senti desafiada pelo orientador que, no percurso desta investigação, apontou caminhos de construções teóricas, fazendo ressonância na apresentação do XI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana e XXIII Encontro Internacional do Campo Freudiano (ENAPOL), e pelo convite à participação do cartel - Do sintoma ao *sinthome* na EBP-Ba em 2024, ressonâncias de possíveis efeitos de elaboração da Psicanálise Lacaniana em uma universidade.

Neste estudo, faremos a utilização de vinhetas clínicas, no intuito de discutir e interpretar possíveis elementos sintomáticos que se apresentam nos atendimentos da clínica lacaniana do Projeto intitulado *Escuta subjetiva da comunidade: clínica psicanalítica no SPA/UFS* (Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe), no qual, como pesquisadora, realizou atendimentos a pacientes, como estagiária. Esta investigação não foi submetida ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos, por não se referir a um estudo de caso propriamente dito, mas apenas à utilização de fragmentos de caso não identificáveis, por meio de vinhetas clínicas.

Consideramos a conclusão de uma pesquisa em psicanálise, ao reconhecermos a relevância do lugar da alteridade e da inscrição da falta na constituição de uma investigação e na direção de um possível término de um percurso de estudo, ofertado pela criatividade da pesquisadora, submetida à alteridade, representado pelo Outro da investigação. Assim, como Freud operou em suas correspondências e conferências psicanalíticas, a pesquisadora também fez a imersão na singularidade do seu próprio mundo, se esforçando continuamente. No tempo de compreender as noções já estabelecidas, trabalha para se manter sensível, encorajada a construir sob novas conjecturas, colocando seu estudo à prova diante da alteridade, representada pelos seus pares – a banca (Tavares; Hashimoto, 2013).

Segundo Ferreira (2018), a escrita na pesquisa em psicanálise denota a posição singular do pesquisador e o modo de reinventar a psicanálise em seu tempo, no campo do conhecimento. Assim, Coutinho (2015) corrobora, ao afirmar que a psicanálise sempre questiona a sua práxis diante da velocidade das mudanças sociais e subjetivas, acentuadas na contemporaneidade. Contexto que convoca a praticante a atualizar-se constantemente em relação aos problemas de sua cultura.

Veras (2009) aborda em *A Loucura entre nós: a teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental*, a ideia de que a prática clínica é um eixo fundamental na relação da atenção às

questões psicossociais, a afirmação de uma nova chave de interpretação da relação do sujeito psicótico com o laço social. A confirmação hipotética de um lugar específico da psicanálise na saúde mental, a fim de resgatar a subjetividade e a invenção particular do *sinthoma*, perspectivas que esta pesquisa se interessa. O psicanalista, ao realizar a clínica no contexto do hospital Juliano Moreira, mostra a importância dos ditos expostos nas imagens criadas pelos sujeitos internados, que revelam suas subjetividades, na maioria das vezes, tamponadas pela hipermedicalização.

Contudo, Veras (2009), advertido pelos estudos de Freud e Lacan, faz a diferença, dando voz aos ditos dos sujeitos, mostrando com a equipe do Criamundo o que os olhos da instituição não conseguem enxergar. O psicanalista repete o que Freud faz quando interpreta e publica a produção subjetiva da obra de Schreber (2021). Portanto, considero o estudo teórico-clínico em psicanálise, por permitir a realização desta pesquisa também no contexto atual, de relevância social e com implicação pessoal.

Aderimos ao método de pesquisa psicanalítica para interpretar o material discursivo dos atendimentos da clínica do SPA, na qual, como estagiária voluntária, analisei, e, no investimento como pesquisadora, participei de reuniões de supervisão e preceptoria *online*, realizado pelo orientador desta investigação. Promove encontros presenciais com colegas e com a secretaria do serviço, Andréa Melo, secretária do SPA/UFS, que nos concedeu algumas entrevistas, na modalidade online, e nos acolheu presencialmente.

Esses encontros nos permitiram compreender como o serviço funciona, desde a sua origem; seu processo de fundação se deu por meio da criação do Departamento de Psicologia, com a autorização da UFS, formalmente fundado no ano de 2003. Nessa época, estavam presentes na instituição: o professor Roberto de Carvalho Lima e o Prof. Rosauto Luna Torres, que assumiram as disciplinas da área de psicanálise e a Professora Vanda Maria de Carvalho Pimenta, trabalhando na supervisão de estágio em psicanálise. No ano 2000, a professora Dr^a. Liliana da Escóssia Melo era coordenadora do SPA.

Dando prosseguimento, o atual coordenador, o professor Dr. Daniel Menezes Coelho, desde o ano 2006, reestruturou o espaço físico, no qual não havia condições de infraestrutura para o devido funcionamento, outrora situado na Estação UFS (atualmente, o prédio está fechado), situada na Rua do Lagarto, 952 – Centro, Aracaju/SE. Por meio dessa entrevista, atualmente testemunhamos uma nova estrutura, organizada e bem situada junto à faculdade de psicologia, no interior da universidade Federal de Sergipe, possibilitando melhor acolhimento humano, vinculando profissional e paciente aos devidos atendimentos.

Utilizamos esse espaço para o encontro dessa entrevista, resultando nas informações aqui descritas. A entrevista, que foi acompanhada pelo nosso colega e parceiro da Linha de Pesquisa: Psicanálise e Cultura Contemporânea, doutorando Rodrigo da Silva Almeida. Quanto ao orientador desta pesquisa, além de ter vínculo com a instituição, é parceiro do coordenador do SPA/UFS. O Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques (orientador) é também preceptor do *Programa de Saúde Mental e Bem-Estar* da Universidade Federal da Bahia (PsiU/UFBA), atos que condiz com a prática lacaniana na instituição pela noção de analista cidadão, expressão cunhada por Laurent, em 2007, que vai ao encontro a um ideal de marginalização social do psicanalista, e se retira “de sua posição de crítico, da posição de exílio de si mesmo, e levando-o a ser mais participativo no plano social” (Harari, 2018, p. 21).

A prática lacaniana nas instituições revela os novos sintomas pela parceria que faz com a civilização, que apresenta seus impasses. É aí que a psicanálise entra, pelo laço social fundamentado pelo “discurso que digo analítico é o laço social determinado pela prática” (Lacan, 1973/2003, p. 517). Da prática, o analista não é excluído; inclusive, com esse discurso, fazemos cultura, com o falasser e o parceiro-sintoma, o que Miller denominou de par do sujeito com o outro, “calçados na teorização dos sintomas” (Harari, 2018, p. 80). O psicanalista, pela prática, se coloca como artífice, na arte do sujeito, suposto saber para aprender a interpretar, na arte de seu ofício, como praticante da psicanálise lacaniana.

No livro, *As clínicas públicas de Freud*, Danto (2019) apresenta, em uma investigação rigorosa e detalhada, os acontecimentos da prática psicanalítica e ressalta o discurso de Freud, no V Congresso Psicanalítico Internacional, ocorrido em Budapeste, publicado no Brasil, no texto intitulado “Caminhos da Psicoterapia Psicanalítica, em Freud” (1919/2010). Discurso em que Freud se posiciona sobre a psicanálise ser um direito de todos os cidadãos, tanto ricos quanto pobres e que esses deveriam ser atendidos no setor público e nos diversos setores da sociedade. Discurso que ecoa nesta investigação, sustentado pela posição em ato do discurso analítico.

Assim, Freud se fez Exemplo de analista, na década de 1920, e convoca os psicanalistas a se reunirem em seu V Congresso Internacional em Budapeste, com fins de garantir o direito aos pobres de ter assistência mental. Então, médicos mesmo ocupados, inclusive Freud, assim o faz: abraça em sua época a nova retórica da social-democracia austríaca; ele afirma: “Possa ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. Tais instituições, provavelmente, iniciar-se-ão graças à caridade privada” (Danto, 2019, p. XXX). Mais adiante, em 1935, Freud escreve que “com recursos próprios sociedades [psicanalistas] locais sustentam [...] ambulatórios nos quais analistas experientes,

bem como analistas em formação dão tratamento gratuito a pacientes de recursos limitados” (Ibid). No entanto, adverte sobre o melhor valor da eficácia do tratamento percebido pelo próprio paciente.

Freud adverte sobre o sintoma apresentado pelo mal-estar do período da primeira guerra mundial, trazido na história das famílias daquela civilização e proclama:

[...] as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, e tampouco podem ser deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Então serão criados instituições e clínicas ambulatoriais, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados (Danto, 2019, p. 9).

Tal afirmação converge com o percurso em que Freud (1916-1917/2014, p. 344, *grifo nosso*) postula sobre o sintoma e sua relação com o inconsciente e constata que “os sintomas neuróticos têm seu sentido, os atos falhos e os sonhos, e, como estes, guardam também relação com a vida das pessoas que os exibem. Ele (Freud) apresenta a neurose como estrutura em sua obra, *Conferências introdutórias à psicanálise*, em seu texto *O sentido dos sintomas* e afirma: “eu gostaria apenas de, com alguns exemplos, aproximar os senhores dessa importante descoberta. Só não posso comprová-lo. Todo aquele que sair em busca de experiência própria se convencerá disso”.

No livro, *El sinsentido del sintoma*, Arenas (2023) discute algumas formas que os sintomas podem tomar quando se descarta o princípio do prazer; dois deles se encontram entre os mais amplamente discutidos na leitura analítica, como: a tosse nervosa de Ida Bauer do caso Dora, abordando a experiência analítica inaugurada por Freud, a partir da história da paciente, pela interpretação do caso clínico. Lacan, por sua vez, entra na psicanálise pela via das psicoses (paranoicas, em particular), e sua formalização do sintoma schrebianos.

Lacan trabalha com uma nova abordagem clínica na estrutura psicótica, pela via do delírio paranoico de Paul Schreber. Assim, por outro lado, elege o par de sintomas que permite a comparação entre o que ocorre no discurso e o sentido, quando o desejo do Outro se metaforiza. O psicanalista se ancora na crítica da posição do sentido respectivo dos sintomas na neurose e psicose, e o significante que produz a metáfora, tendo um papel chave, e o aspecto que toma esta significação. Lacan propõe entender o sintoma como uma função cuja variável é que o inconsciente pode traduzir-se por meio de uma letra, essa variável é representada pelo (S_1), em que o inconsciente é um laço entre o significante amo e o significante que o interpreta é o (S_2) (Arenas, 2023).

Concernente ao sintoma devemos levar ao extremo o dito de Freud:

[...] o sintoma não traz consigo um sentido, este “lhe é emprestado, é corporificado com ele”. A corporificação, mais ou menos arbitrária, nos possibilita manobrar o trabalho de transferência. Por acaso, isso não contradiz a tese do último Lacan, em que o sintoma “conserva um sentido no real”? É possível corrigir que o sentido, como tal, não se encontra no real, embora isso não impede associar ao que o sintoma tem de real (Arenas, 2023, p. 88).

A respeito do relato de Freud, Arenas (2023) assinala que o sintoma traz consigo o sinal marcado no corpo que se apresenta, pela via transferencial, na cena analítica, uma construção entre analista e analisando, por meio da clínica da escuta subjetiva. Então, “cabe pensar a ação da interpretação freudiana sobre os sintomas e a função da transferência nessas análises” (Arenas, 2023, p. 84). Seguimos com o próximo capítulo versando sobre: *O sintoma: uma descoberta freudiana*.

CAPÍTULO II

O SINTOMA: UMA DESCOBERTA FREUDIANA

O presente capítulo consiste em um ensaio teórico-clínico em Psicanálise Lacaniana, cujo intuito é investigar o conceito de sintoma na obra de Freud, abordando o que foi revelado pelas leituras dos textos, no percurso desta investigação, sem a pretensão de esgotá-los. No percurso da escrita deste texto, de forma natural, “nos introduzem, quanto ao que há de comum entre nós, na ordem da *Angústia*” (Lacan, 1963/2005, p. 181, grifo nosso), como sinal do real. Para isso, serão percorridos alguns textos freudianos que abordam o conceito de sintoma, de forma cronológica, partindo de alguns escritos iniciais até os últimos textos que Freud escreveu e como se posiciona frente ao fenômeno do sintoma, nos estudos sobre a histeria. Trazemos Lacan nos *Escritos*, *Outros Escritos* e alguns de seus *Seminários* para uma possível leitura de alguns textos de Freud.

Segundo Ellenberger (2023), na adolescência, Freud em parceria com Eduard Silberstein, colega de escola, fundam entre si uma espécie de “Academia Espanhola” de dois membros com a mitologia própria, idioma não muito utilizado pelos judeus de sua época. Nessa época, os biógrafos de Freud ficaram intrigados com o conhecimento que ele demonstrava sobre esse idioma, visto que a língua não era estudada na Áustria.

Concernente à posição de Freud, nos atendimentos com seus pacientes, Ellenberger (2023, p. 462) nos aponta que, desde a infância, o psicanalista se destacava nos estudos de forma organizada, resistente e comprometida, apesar de ter uma infância privada de estudos, iniciando na fase ginásial. Em sua ficha de qualificação como oficial médico, “oferece uma descrição substancial” do ato comprometido diante dos pacientes, homologa a função lógica do analista.

Sigmund Freud avança e investiga o sintoma em toda sua obra, inicialmente na posição de médico neurologista e, no percurso de seu estudo, se desloca para a posição de analista, ao considerar a singularidade das histórias dos seus pacientes, posição “feminina”, “não-toda” fálica, que não forma conjunto fechado (Lacan, 1973/1985, p. 86). O psicanalista austríaco analisou o sintoma, partindo de um lugar de escuta distinto da medicina de sua época, investindo na direção do tratamento pela via da verdade do sujeito. No percurso dos estudos sobre histeria, o sintoma tornou-se um conceito fundamental para demarcar os limites da Psicanálise Lacaniana, bem como a sua *práxis*.

Nesta investigação, apresentaremos o sintoma em três momentos distintos, na obra de Freud, os quais se articulam, a saber, o tema proposto: nos textos pré-psicanalíticos (antes do

ano de 1900), abordados neste capítulo; na primeira tópica freudiana (entre os anos de 1900 até 1920) e, finalmente, na segunda tópica freudiana (após 1920), descrito no capítulo três deste estudo. A seguir, *O sintoma nos textos pré-psicanalíticos*.

3.1 O SINTOMA NOS TEXTOS PRÉ-PSICANALÍTICOS

O escrito *Charcot* (Freud, 1893/2023) dedica a Jean-Martin Charcot, seu mestre neurologista, referindo-o como um destaque, pela sua vivacidade intelectual, associado ao seu desejo explícito pelos seus muitos trabalhos do século ao qual pertencia. Freud destaca a honesta e humana alegria que Charcot sentia e que gostava de falar de sua experiência científica como estagiário em uma instituição – Hospital Salpêtrière, ressaltando a visita no asilo para mulheres. Neste ponto, o aprendiz relata o dom artístico de Charcot – olhar repetido nas coisas que não entendia, mas vindo subitamente a clareza do entendimento, assim Freud descreve: “Ante o *olhar* do seu espírito adquiria ordem, então, o aparente caos que era repetição dos mesmos sintomas” (Freud, 1893/2023, p. 17, grifo nosso).

Em sua experiência, no hospital soteropolitano Juliano Moreira, Veras (2009) aborda a dificuldade que muitas pessoas, que compõem a instituição hospitalar, têm de enxergar o aparente caos subjetivo, ao se referir ao sintoma que os sujeitos psicóticos apresentam em seus corpos que “se confundiam com a arquitetura, por vezes criando insólitas mensagens, cartas que a instituição se negava a ler” (Veras, 2009, p. 196). No início da investigação, com o auxílio do trabalho do antropólogo Stéphane Malysse, reuniram-se diversas fotos, que compuseram uma exposição aberta ao público, idealizada pela gestão daquele hospital, na cidade de Salvador.

Esse evento foi prestigiado pela presença de críticos da arte, uma grande comunidade de intelectuais, jornalistas que circulavam nas alas, em meio a pacientes, conhecendo as instalações do hospital. De forma forçada, a exposição do antropólogo mais visitada foi a *Louco pra ver*, pois estava situada no saguão da entrada do hospital. Diante do que foi exposto, podemos supor que a investigação em psicanálise promove a inserção social e abertura de olhos para quem o deseja; o que está em jogo aqui, como dito no artigo “Psicanálise *In* tensão & as políticas identitárias” de Paes Henriques (2020), no livro do PsiU, *Escutas do indizível: a urgência subjetiva dos universitários*, é o desafio imposto à psicanálise: tentar transmitir a relevância do singular ao coletivo – isso para além de qualquer viés educativo de conscientização.

Seguindo com Freud, concernente ao olhar, destaca-se quando ele se refere aos novos quadros nosológicos, identificados pelas características de certos tipos de sintomas. Ele supôs que o olhar psicanalítico já dizia da presentificação do ato do fazer diferente do que a Psicanálise se interessa, no tratamento dado ao sintoma. Freud visa à necessidade de voltar o olhar para o sintoma, como fez Charcot, retornando à Salpêtrière, não como estagiário e sim como colaborador da instituição – um gênero de trabalho ímpar, do qual se ouvia dizer pela satisfação em enxergar algo novo; no entanto, por outro lado: “[...] indagava por que as pessoas da medicina enxergavam apenas o que aprenderam a enxergar [...]” (Freud, 1893/2023, p. 18).

A satisfação descrita por Freud, na posição de estagiário, ao se referir à experiência do seu mestre Charcot, ao testemunhar, pela via escópica, o sintoma, correlata ao gozo descrita no mito de Adão: “[...] quando Deus lhe mostrou os seres vivos do paraíso para separar e nomear, o prazer intelectual que Charcot tanto louvou” (Freud, 1893/2023, p. 18).

Freud, ainda nesse texto, menciona Charcot nas conferências, que este último realiza sobre a localização, sendo sua maior e melhor contribuição ao harmonizar as novas teorias relacionadas ao trabalho clínico, tornando-se fecundas. Freud ressalta a importância das atividades de seu mestre como docente e de suas pesquisas. Entretanto, os métodos habituais, utilizados em sua época e do lugar de pesquisa, não se ilude, quanto à sua eficácia. Eleva as aulas de Charcot, associando-as a obras de artes e destaca a sala em que havia a pintura de Pinel retirando as algemas dos pobres loucos do Salpêtrière, hospício que presenciou horrores na Revolução Francesa, também local das mais humanas revoluções (Freud, 1893/2023).

Freud (1893/2023), ao considerar a experiência de Charcot nos estudos sobre a histeria, relata, pela via da repetição das paralisias de suas pacientes, anteriormente diferenciadas por meio dos cuidados orgânicos, pelo autor, utiliza a técnica da hipnose colocando-as em estado de sonambulismo. Assim, disse ele:

[...] É inevitável que o progresso da nossa ciência, ao ampliar nossos conhecimentos, também reduza o valor de parte do que Charcot nos ensinou; mas mudança nenhuma dos tempos e das opiniões poderá diminuir a glória do homem cuja perda agora pranteamos – na França e em outros países [...] (Freud, 1893/2023, p. 31).

O Pai da Psicanálise ainda nos adverte que Charcot realizou um longo percurso de estudos, classificando o sintoma, minuciosamente, no texto *Sintomatologia clínica da neurose de angústia*. Tendo se endereçado nele a necessidade de investigar etiologicamente a histeria, apresentou uma fórmula simples para ela, a única causa pela via da hereditariedade, uma forma de degeneração da doença, na família, teoria aceita também pelos neuropatologistas da Alemanha. Entretanto, não encontrou o caminho para os esclarecimentos da histeria. A pesquisa

clínica sobre o fenômeno histérico prosseguiu com Pierre Janet e Breuer, discípulos de Charcot. Freud (1893/2023) vai mais adiante e aponta a insuficiência dos estudos da neurologia do seu mestre e acrescenta, em seus estudos, a teoria da neurose a importância das questões humanas.

Já na obra *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/2016), Freud, em parceria com Josef Breuer, faz uma introdução aos estudos do sintoma, a partir da posição médica, apresentando os primeiros cinco casos de histeria, datados de 1880 a 1892, considerando as histórias das pacientes: *Srta. Anna O.*, - paciente de Breuer -; e os casos: *Srta. Emmy Von N.*; *Srta. Miss Lucy R.*; *Katharina* e *Srta. Elizabeth Von R.*, de Freud, apresentadas em vinheta, articulada à interpretação lacaniana, neste estudo. Seguimos com a primeira vinheta Anna O.: um amor de transferência.

Neste estudo, apresentaremos vinhetas clínicas por considerarmos imprescindível, na realização da pesquisa em psicanálise, uma possível teorização posterior por parte do trabalho de interpretação do analista, consideradas pelos exemplos de casos trazidos por Freud. Assim, entendemos a vinheta clínica como um ato de escrever a clínica, descrita por Reis, Sanches e Mostagi (2018), em *Estudos de casos em Psicanálise na literatura online: uma revisão narrativa*, que demonstram exemplos de trabalhos teórico-clínicos transformados em teoria. Lacan (1967), em *O ato psicanalítico*, afirma que o ato é apropriado para reverberar com mais clareza, reproduzido pelo próprio fazer, em outros modos, o fazer psicanálise pela causa do desejo.

Destacamos o ato de trazer vinhetas clínicas, iniciado por Freud, que, ao fazer interpretação sobre o “mundo da sexualidade” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 183), faz uma extração em nota de rodapé fazendo associações dos primeiros atendimentos de seus pacientes e outros casos que atendera, a saber: O nome dado ao tratamento do sintoma por Anna O.: “*talking cure*” (cura pela fala) e “*chimney sweeping*” (limpeza de chaminé) (Freud; Breuer, 1893/1895, 2016, p. 53); a captura da vinheta por Freud, sobre a posição do analista (semblante) escutada na fala de Emmy Von N.: “*Fique quieto!*” – “*Não diga nada!*” – “*Não me toque!*” (*ibid.*, p. 87); O desejo do analista, suposto na resistência de Miss Lucy R.: “[...] *a doente só podia visitar-me na hora da consulta, quando tinha pouco tempo para lhe dedicar*” [...] (*ibid.*, p. 157); a bússola edípica no caso Elizabeth, indagação teórica de Freud, sobre a conversão da dor corporal que ela sentia, uma concepção de “*amor inconsciente*” (*ibid.*, p. 240).

No terceiro capítulo, avançamos com a vinheta em Freud, que acolhe a jovem Katharina e escuta sua angústia, o sinal do real, uma representação do seu sintoma e a paciente o procura, inaugurando a associação livre e deixa pistas da noção da escuta de urgência subjetiva, um dispositivo lacaniano. Neste capítulo, também apresentamos a vinheta de um caso suposto de

psicose ordinária, atendido na modalidade online, pela analista, na condição de psicóloga voluntária no Projeto *Escuta subjetiva da comunidade: clínica psicanalítica no SPA/UFS* (Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe). Iniciaremos, a seguir com a primeira vinheta do primeiro caso atendido por Freud, o qual intitulamos – Anna O.: um amor de transferência.

3.1.1 Anna O.: um amor de transferência

A primeira vinheta resulta da relação humana percebida no atendimento que Freud relata sobre a Anna O., sua paciente de número 0, marcando ali um início de parceria psicanalítica. O curso da doença dessa paciente foi classificado em quatro estágios por Breuer, a saber: incubação latente, entre os meses de julho a dezembro de 1880; doença manifesta, fase de sonambulismo, com alternância de estágios normais, estágios que permaneceram até 1881; finalizando com a descontinuação gradual dos estados e sintomas, encerrando o tratamento em junho de 1882 (Rosa, 2019).

Anna O. já havia sido tratada por Breuer, aproximadamente por 13 anos, sofrendo com diagnóstico estrutural duvidoso de psicose, época em que já percebemos a hipermedicalização da vida cotidiana. A paciente usava a dose de 80g diárias de morfina, cuja manutenção acentuou, mantendo diariamente para 100g somada de 5g de cloral, já classificada, naquela época, de paciente morfinômana grave. No encontro dado ao tratamento sob transferência, realizado em parceria com Freud, ela encontrou sentido trabalhando pela via *writing cure*, não sendo encontrados “no campo da linguagem elementos evidentes e manifestos de uma esquizofrenia” (Rosa, 2019).

No *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* – na lição de 19 de fevereiro de 1964, sobre *A esquizo do olho e do olhar* –, podemos perceber as divergências sobre os efeitos do tratamento entre psicanálise e a (ciência médica), no caso Anna O. A Psicanálise Lacaniana considera “[...] o sujeito do significante – determinado por ele –, podemos imaginar a rede sincrônica de tal modo que ela dê, na diacronia, efeitos preferenciais” (*Ibid.*, p. 71). Nessa direção, operamos, pois é “[...] através da elucidação do que chamamos estratégias, o *autômaton* de Aristóteles. E também, é o mesmo por automatismo que traduzimos a *zwang* da *Wiederholungszwang*, compulsão a repetição.” E entendemos “[...] bem que não se trata de efeitos estatísticos imprevisíveis, mas que é a estrutura mesma da rede que implica os retornos” (Rosa, 2019, p. 71).

Nesse atendimento, Freud inicia seu fazer analista, essencial significante da transferência. Ele é reconhecido como ponto primordial para que a psicanálise se distinga da ciência, pela via de sua invenção, desconhecido pelo abandono de Breuer à Anna O. Não obstante, ele sustenta e opera, com dificuldades, o tratamento, e acolhe a demanda de amor dessa paciente, sem, contudo, responder desse lugar. Lacan nos adverte a posição de abstinência de nossas perspectivas, sem, contudo, deixar de amalgamar os motivos éticos e técnicos, não respondendo às necessidades infantis do paciente (Miller, 2017). No texto intitulado *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*, Lacan (1958/1998) nomeia essa função, desejo do analista, cuja função significante ele situou em Freud, a partir da situação analítica.

Concernente aos possíveis efeitos que a psicanálise realiza, é importante ressaltar que Anna O. obteve uma melhora, porém interrompida com o grave trauma da morte do pai, seguindo as fases de sua dita doença e assim o tratamento foi finalizado com Breuer. Posteriormente, entra o amor de transferência pelo Outro - Pai da Psicanálise. De acordo com Miller (2015), o Outro é aquele que tem o enigma, o que pode responder pela via do desejo do analista, que tem uma relação significante com o sujeito acolhido em análise.

Sobre a perspectiva transferencial, Lacan afirma que é a segurança do analista e a sua relação com o real é um campo que decide o combate. A transferência é reabsorvida em um *working through*, “que podemos muito bem traduzir, simplesmente, por trabalho da transferência” (Lacan, 1958/1998, p. 602); serve de álibi para abrir as portas das dificuldades de inibição, no início do tratamento, sem, contudo, criticar Freud, que apresentou *O homem dos ratos*, procedendo pelo avesso; ao iniciar, introduziu o paciente em uma primeira localização da sua posição ao real, assim como obrigou Dora a constatar que ela se constituía objeto da reclamação da grande desordem do mundo de seu pai. Lacan afirma que esses casos são preciosos devido a Freud não ficar em posição de incômodo, lugar de intervenção inconsciente.

Então, Lacan (1958/1998, p. 613) faz uma observação:

[...] se a transferência retira sua virtude do ser reconduzida à realidade da qual o analista é o representante, e se se trata de fazer o Objeto amadurecer na estufa de uma situação confinada, já não resta ao analisando senão um objeto, se nos permitem a expressão, em que fincar os dentes, e este é o analista.

Sobre essa observação, a transferência se mostrou um fator primordial e traduz a psicanálise, ao passo que Freud subverte a medicina e inicia, com dificuldades, a prática clínica. A despeito disso ele afirma:

[...] nem sempre era fácil movê-la a se expressar [...] então, eu tinha de arrancar-lhe, incitando, pedindo e utilizando alguns artifícios como de proferir

uma fórmula estereotipada do início de suas histórias. Mas nunca falava antes de ter se convencido de minha identidade, tateando cuidadosamente minhas mãos [...] (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 53).

Tal afirmação aponta para a apresentação das mudanças rápidas de humor e em outros momentos que a paciente sofria de uma evidente angústia, uma resistência a qualquer esforço terapêutico, apresentando alucinações assustadoras que via seus cabelos, fitas e coisas semelhantes associadas a cobras. Ao despertar de um momento de sonolência, no final da tarde, queixava-se de algo que lhe atormentava e repetia no infinitivo: “atormentar, atormentar” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 45).

No texto *Função e campo da fala e da linguagem*, Lacan (1953/1998) recomenda que nós, psicanalistas, que trabalhamos com energias mais explosivas, sejamos cautelosos e sutis, fazendo um adendo sobre a nossa operação, análogo ao químico. Cabe ao analista manipular os diversos impulsos químicos até dominar a situação para o bem do paciente, sendo necessário o rigor na prática do analista. A teoria do desejo aponta a posição do analista, que se arrisca a responder honestamente, pelo menos à demanda, conforme afirma Lacan (1953/1998, p. 641).

Reduzir essa demanda ao seu lugar pode efetuar no desejo uma aparência de redução, através da atenuação da necessidade. Mas, isso não passa, antes, do efeito do peso do analista. Pois, se os significantes da demanda sustentaram as frustrações em que o desejo se fixou (a *Fixierung* de Freud), é somente no lugar deles que o desejo é sujeitador.

Diante do exposto, o psicanalista reconhece a fixação e o peso do desejo de Freud e afirma: “Foi preciso o capítulo da *Psicologia das massas e análise do eu* sobre ‘a identificação’ para que Freud distingue claramente esse terceiro modo de identificação, condicionado por sua função de sustentação do desejo e especificado, portanto, pela indiferença do seu objeto” (Lacan, 1958/1998, p. 646). Além disso, Lacan ressalta que a substância do objeto faz a diferença na psicanálise, em que o analista se coloca em posição de oferenda para a redenção do analisando, pela via de sua efusão imaginária, que traz o sinal da angústia.

No *Seminário, livro 10 – A angústia*, na aula de 6 de março de 1963, “A angústia, sinal do real”, Lacan afirma: “O próprio Freud diz que a angústia é, essencialmente, *Angst vor etwas*, angústia diante de algo” (Lacan, 1963/2005, p. 176). E devemos “ir mais longe, falar mais dessa estrutura” (*ibid.*, p. 176), para introduzir a causa do desejo, ao se colocar à frente com o seu objeto, pois a angústia não é sem o medo.

Anna O. mostrava-se muito aflita com a presença de alguns parentes próximos, atitudes que aumentavam cada vez mais a sua angústia. Somente a presença de Freud era reconhecida

pela paciente; quando entrava em seu quarto, ficava animada enquanto ele conversava com ela, fase que só falava em inglês e as pessoas que a rodeavam eram obrigadas a dirigir-se nesse idioma; inclusive, a enfermeira precisou aprender. Anna não compreendia alemão, somente lia em italiano e francês, período em que seus sintomas histéricos surgiam sob a ação de um afeto. Nesse caso, foi feita uma consideração sobre a cura, no final da histeria, apontando para a observação da origem nos outros casos em que a histeria crônica termina em psicose (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No livro *O tempo e a cura na clínica psicanalítica*, no capítulo intitulado: “O conceito de cura na clínica psicanalítica (há tempo para tudo... ou não)?”, a reversibilidade é desconhecida no tempo lógico. Existem “três batidas desse tempo, aqui: eu posso ver, depois compreender e depois concluir” (Garcia, 2010, p. 45). Assim, consideramos a saída que Anna O. encontrou no trabalho, após a morte de seu pai, ao estabelecer a transferência com Freud, pois a paciente havia dedicado todas as suas energias ao cuidado do pai, resultando, aos poucos, no aparecimento dos seus sintomas, motivo que veio a adoecer de forma acentuada. No início da doença, ela sofreu com sentimentos de angústia.

Para Freud, a moça, dotada de grande inteligência, falava quatro ou cinco idiomas, aprendia as coisas com uma rapidez impressionante e era possuidora de uma intuição aguçada com grande aptidão poética e imaginativa. Tinha vigor, força de vontade, determinação e persistência. “O cuidado e a assistência a alguns pobres e doentes prestavam-lhe, mesmo em sua doença, extraordinários serviços, pois desse modo podia satisfazer um forte impulso” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 40).

No livro *Por onde andarão as histéricas de outrora? Um estudo lacaniano sobre histerias*, Rosa (2019) corrobora com Freud, afirmando que Anna O. foi educada pelos pais a se voltar para a vida profissional, motivo pelo qual recusou muitas propostas de casamento e a sua permanência como solteira, empreendendo em trabalhos de enfermagem e literário, envolvendo-se em uma “carreira de assistente social, ajudando mulheres e crianças que fugiam dos *pogroms* no Leste” (Rosa, 2019, p. 69) europeu. É importante anotar que Anna O. encontrou estabilização do seu sintoma, pela via da “*writing cure*” (*ibid*, p. 72), ou seja, uma cura pela escrita.

Consideramos, nesse atendimento, a transferência um fator primordial, uma invenção freudiana, o motor do tratamento analítico, desconhecido pelo abandono de Breuer à paciente. Freud sustenta, ao acolher a demanda de amor da paciente Anna O., sem, contudo, responder desse lugar. Freud e Breuer (1893-1895/2016) relatam uma carga hereditária moderada forte, devido a algumas psicoses ocorridas em sua extensa família.

Portanto, nesse caso, evidenciamos dois pontos importantes abordados: 1) a falta de etiologia sexual, a partir do direcionamento educacional que a família de Anna O. lhe conduziu a empreender nas atividades profissionais de saúde e literárias, motivo que possibilitaram a recusa de muitas propostas de casamento; e 2) a evidente saída que a paciente encontrou na escrita, publicando anonimamente, com seus próprios recursos, os primeiros livros de contos de fadas, traduzidos para o inglês com o título: *Little Stories for Children*, no ano de 1888 e em 1890; sob o pseudônimo de Paul Berthold, publicou o livro de contos intitulado: *In the junk shop* (Rosa, 2019, p. 69). Supomos que a contingência da evolução de seu quadro foi atravessada pela morte de seu pai, apontando para a desestruturação psíquica, sua entrada no diagnóstico de morfinômana, resultando na hipermedicalização.

No entanto, a psicanalista Rosa afirma que Ellenberger, ao concluir seu artigo em 1972, se mostrou “admirado que ela tenha atravessado suas provações, sublimado sua personalidade e se tornado uma das grandes militantes dos direitos humanos e fundadora dos trabalhos de assistência social”, esses foram “os dois modos que Anna O./Berta Pappenheim encontrou para estabilizar – a cura pela escrita e a luta e defesa dos ideais” (*ibid.*, p. 69). Rosa afirma que, apesar desses modos serem clássicos da psicose, os escritos da paciente não evidenciam, no campo da linguagem, elementos manifestos de uma esquizofrenia, mas sim possíveis efeitos de *writing cure*, observados em seus escritos. A seguir, continuamos com a primeira paciente de Freud, Emmy Von N..

3.1.2 Emmy Von N.: a posição do analista

Iniciamos a segunda vinheta trazendo o primeiro caso atendido por Freud, Emmy Von N., uma senhora de aproximadamente quarenta anos, de família originária da Alemanha Central, mas que fixou residência na Rússia, onde possuía grandes propriedades. A paciente recebeu uma educação sob a disciplina rígida de uma mãe excessivamente enérgica e severa. Casou-se com um homem muito bem-sucedido na área industrial, porém muito mais velho que ela. Depois de um casamento de pequena duração, após a morte do esposo, a paciente atribuía sua doença a este acontecimento (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No livro *El sinsentido del sintoma*, Arenas (2023, p. 87) afirma que Freud e Lacan nos deixaram portas abertas quanto à escuta da história do paciente e nos advertiram em não deixarmos de ser surpreendidos e de nos questionarmos pelo caso. Assim, o psicanalista nos chama a atenção com a seguinte questão: “Que tem de verdadeiras, então, as interpretações que temos aprendido a soletrar graças ao relato com que Freud nos transmitiu seu trabalho?”

No livro *Perspectiva do Seminário 23 de Lacan. O Sinthoma*, na lição de 22 de novembro de 2006, lemos que a história tem articulação com o Outro e então a história é escrita com as letras da histeria. “A histeria é, no caso, o nome do um ao Outro. É a estrutura subjetiva que responde precisamente a essa articulação” (Miller, 2009, p. 34). Em outros modos, observamos que, assim como Freud se fez essencial como significante da transferência, as históricas também se fizeram, ao contar suas histórias a Freud e Breuer (1893-1895/2016), contribuindo para a interpretação da estrutura psíquica associada ao mal-estar da época.

Segundo o psiquiatra Ellenberger (2023), Freud retorna de Paris entusiasmado com a experiência adquirida no Salpêtrière e apresenta “uma comunicação sobre histeria masculina na Sociedade de Médicos em 15 de outubro de 1886” (*ibid.*, p. 442), recebido com incredulidade e hostilidade sobre os seus estudos. Desafiado, Freud se apresenta à sociedade e no seu relato diz que se trata “de um jovem que havia sofrido um acidente no trabalho, desenvolvendo paralisia no braço, bem como uma gama de estigmas” (Ellenberger, 2023). Em Viena, não houve questionamentos, entretanto, não houve também aceitação por parte dos neurologistas reconhecidos.

Ellenberger (2023, p. 443) levanta o questionamento sobre o “que aconteceu na reunião de 15 de outubro de 1886 é ininteligível caso não se defina o que o termo ‘histeria masculina’ significava na época”. O psiquiatra recorda que, na “década anterior, havia ocorrido um enorme aumento do tráfego ferroviário de acidentes de trem e de acionamentos de seguro”, contexto em que a medicina britânica iniciou a classificação patológica, descrita como “espinha de ferrovia” e “cérebro de ferrovia”.

Contrapondo a essa perspectiva, supomos que o sofrimento psíquico da paciente Emmy Von N. apontava para o reflexo do mal-estar, que acontecia naquela época em Viena, tendo em vista que seu esposo era funcionário da indústria e morreu de infarto. Na França, Charcot afirmou que, ao utilizar o tratamento hipnótico, percebeu que as paralisias sintomáticas eram idênticas às traumáticas, visto que os acidentes ocorriam em homens e os diagnósticos eram restritos a eles com sintomas histéricos clássicos.

Em meio às divergências encontradas no minucioso e crítico estudo do psiquiatra Ellenberger, em 1905, com a publicação de três obras: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*; *O chiste e sua relação com o inconsciente* e *A história da paciente Dora*, Freud é reconhecido nos arredores de Viena “como um explorador do inconsciente e intérprete de sonhos” (Ellenberger, 2023, p. 458), insurgindo como proponente de uma teoria sexual. Freud enriquece sua primeira clínica e passa anos de intensa produção. O Pai da Psicanálise se reunia com os interessados em sua casa, às quartas-feiras, à noite, discutindo questões psicanalíticas

com os primeiros seguidores Kahane, Reitler, Adler e Stekel. Esses encontros, denominados na época de Sociedade Psicológica das Quartas-feiras, deram início ao movimento psicanalítico, expandindo-se até alcançar dimensões mundiais.

No livro *As clínicas públicas de Freud*, no capítulo intitulado: “Os solicitantes masculinos de tratamento [eram] regularmente mais numerosos que as mulheres”, Danto (2019) confirma que “os homens eram usuários mais frequentes de psicanálise que mulheres”. Décadas mais adiante, foi publicado, no extenso relatório do *Ambulatorium*, sobre a oferta de atendimento. Este relatório visava a “o quão bem o ambulatório havia levado a cabo a missão declarada por Freud em 1918” (Danto, 2019, p. 305). No entanto, apontava a função da clínica no mal-estar que ocorrera com o marco da Viena vermelha. O médico Hitschmann descreveu que esse ambulatório se tornou conhecido como um centro independente, acolhendo agricultores, profissionais liberais, estudantes, trabalhadores e outros frequentadores. Nos anos 1923 e 1924, os jornais de Bettauer promoveram uma publicação dizendo que a psicanálise era como o remédio para a solidão daquela juventude e a professora e especialista em história da psicanálise, Danto, sobre a psicanálise, declara:

Na Viena Vermelha a maior parte dos sociais-democratas, de Tandler a Reich e a Hitschmann, supunha que a qualidade viril da psicanálise libertaria os homens para que buscassem ocupações, autorrealizações e independência [...] do fato de que qualquer pessoa exausta pela exploração brutal da indústria se converte em uma presa fácil para qualquer tipo de germe com que esteja em contato (Danto, 2019, p. 307).

Essa declaração recorda a suposição levantada por Ellenberger (2023), a respeito da reunião do dia 15 de outubro de 1886, e nos leva a questionar se a queixa principal da morte repentina do esposo de Emmy Von N. não estaria associada a um desses casos que a indústria demandava à população vienense, resultando nos acidentes férreo, discutida por Danto (2019) como Viena Vermelha. Freud escuta as histéricas inicialmente pela hipnose e avança com o seu método da associação livre, que hoje seguimos escutando na clínica, “o grito dos psicofármacos silenciando as histéricas, grito propiciado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM)” (Rosa, 2019, p. 27).

Emmy Von N. (Fanny Moser), casada aos vinte e três anos com um homem aproximadamente quarenta anos mais velho do que ela, que veio a falecer repentinamente, deixando-a aproximadamente, após três anos de casamento, com duas filhas, uma delas recém-nascida. Após a morte súbita do marido, Emmy Von N. foi investigada pelos filhos do primeiro casamento de seu falecido marido, sendo inocentada. Freud atende Emmy Von N., após o

falecimento do esposo em dois momentos distintos, no ano de 1888, a primeira vez, durante sete semanas; no ano seguinte, um período de 8 semanas. Nessa fase, queixava-se de intenso sofrimento com depressão, insônia e se sentia atormentada com dores (Rosa, 2019).

No contexto de Emmy Von N., podemos abordar a *Angústia* em (Besset, 2002), entendida como sinal do *mais-além*, localizada ao lado do excesso do um a-mais, do que o sujeito goza, apresentando-se com o outro nome, o real. Neste caso, podemos considerar a angústia pela via do falasser, apontando para o sujeito \$, tomando aqui as formulações excludentes, referindo-se a ambos, o sujeito e a angústia, que, embora não se completem, dizemos que eles se conjugam ao se apresentarem.

Concernente à experiência do tratamento na Psicanálise Lacaniana, a psicanalista descreve o enlace da teorização e da experiência, denominada de segunda clínica, a borromeana sem, contudo, eliminar a primeira, a estruturalista, o que nos valem da segunda tópica freudiana e suas relações com o primeiro Freud, nos textos pré-psicanalíticos e a primeira tópica. Sendo assim, as duas tópicas lacanianas nos fornecem estrutura para instauração do dispositivo clínico; por essa via, dizemos que a clínica estrutural e a borromeana se conjugam com acentuada diferença não discutida nesta investigação. No entanto, podemos afirmar:

[...] a clínica que chamamos borromeana é uma clínica aparentemente mais continuísta porque, primeiramente, valoriza as suplências (como o sujeito faz para suprir a falha no simbólico). O problema de uma clínica contínua ou descontínua é de interesse sobretudo prático. Uma clínica do descontínuo, uma clínica estruturalista, valoriza sobretudo as crises [...] e as rupturas. O desencadeamento é o encontro no real de algo não simbolizável, sem seu correspondente simbólico, operador da castração simbólica (Cottet, 1998 *apud* Besset, 2002, p. 23).

Esta afirmação coaduna-se, com o fazer de Freud, ao empenhar todos os esforços para que Emmy Von N. pudesse ter efeitos no seu sintoma de saúde, porém todos se mostraram infrutíferos. Freud se disponibiliza a visitá-la todos os dias. A paciente era excelente aos efeitos sugestivos da hipnose, bastava ele estender os dedos diante dela e lhe ordenar que dormisse: ela reclinava, em expressão atormentada e confusa, desfalecendo, e ficava em estado de sonambulismo (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). O que podemos supor dessa atitude da paciente apontando para uma transferência erótica angustiada, é “entendida como o que não engana e situada do lado do inconsciente” (Besset, 2002, p. 22).

Freud se interessa em atender essa paciente, a partir da apresentação dos sintomas; dedicando grande parte do seu tempo, desejou fazer tudo o que fosse possível para recuperá-la, o que supomos na demonstração do seu *furor sanandis*. No início do tratamento, Freud utiliza

a técnica de investigação, aplicando a sugestão hipnótica de Breuer, banhos quentes e massagens. Entretanto, percebeu estar distante da análise dos sintomas (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

De acordo com Costa (2021), dependendo do caso a caso, podemos considerar o desenrolar da escuta nos atendimentos em que o paciente endereça sua demanda sintomática ao analista, considerando-o na posição de sujeito suposto saber. Nesta posição, Lacan (1962-1963/2005) evoca Freud no texto “A angústia, sinal do real”, e deixa pistas para seguirmos um caminho pela via do singular, presentificado na posição de analista, ao escutar a angústia da paciente. Lacan toma o sinal da angústia como base e maneja a contingência do medo, um sinal do real.

No atendimento à Emmy Von N., supomos que Freud subverte a posição de médico à de analista, fazendo-a na construção teórico-clínica, pela via da escuta das histórias aterradoras sobre animais, que a paciente lhe relata. Emmy Von N. fala que leu, no *Frankfurter Zeitung*, que estava na mesa à sua frente, uma história de como um aprendiz amarrou um menino e colocou um rato em sua boca; o menino havia morrido, assustado. Relatou, demonstrando todos os sinais de horror, que o Dr. K. lhe disse ter enviado uma caixa repleta de ratos brancos para Tiflis (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). Ao falar sobre as histórias de animais, a paciente expressava sinais de horror, torcendo e retorcendo as mãos muitas vezes, repetindo sua fórmula protetora: “Fique quieto! – Não diga nada! – Não me toque!”. Diante disso, percebemos a abertura do discurso traumático da paciente pela via do ato que Freud faz:

[...] Hoje lhe pergunto o que significam as frases “Fique quieto!”, etc. Ela explica que, quando tem pensamentos angustiantes, teme ser interrompida no curso de suas ideias porque então tudo se embaralha e é ainda pior. O “Fique quieto” se relaciona ao fato de que as formas de animais que lhe aparecem em maus estados põem-se em movimento e se lançam sobre ela, se alguém se move à sua frente; finalmente a exortação “Não me toque!” vem dos seguintes episódios: como seu irmão, que estava muito doente por ter usado morfina em excesso e tinha ataques terríveis, muitas vezes a agarrava de repente (com dezenove anos); mais tarde, em sua casa, um conhecido enlouquecera de repente e havia segurado pelo braço (um terceiro caso similar, do qual não se recorda com precisão) e, finalmente (com 28 anos), como sua pequena, estando então muito doente, tinha agarrado tão violentamente em seu delírio que quase fora sufocada [...] (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 87).

Tal discurso, nesse mesmo texto, Freud afirma que os quatro acontecimentos descritos pela paciente constituem uma única cena, a primordial, assinalado por Seldes (2019, p. 20) como o momento que responde ao advento de um trauma – “*traumatismo*”. Analisamos, também, nesse contexto, recorrendo ao texto *Observações sobre o amor de transferência*, a

advertência de Freud (1915/2010, p. 218) sobre a condução do tratamento dado ao sintoma, em posição de abstinência, o psicanalista “recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia”, e sustentando a posição de analista, não responda como homem da sociedade. “O caminho do psicanalista é um outro para o qual não há modelos na vida real” (*ibid*, p. 220). Dito de outro modo, localizamos aqui o que Lacan (1960/1998, p. 811) nos assinala sobre a Doute ignorância, homóloga ao desejo do analista, em seu texto “Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano”. Além disso, adverte que: “Eis-nos pois levados à fronteira sensível entre a verdade e o saber [...]”.

Finalmente, Freud interpreta o caso Emmy Von N. ser uma evidência da “compulsão à repetição” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 154). O analista Freud faz referência à repetição, ao lembrar que a paciente inicia o tratamento com vários médicos e, de súbito, o encerra; logo, procura outro colega, não sendo com ele diferente. Observamos também, nos atendimentos de Emmy Von N., os limites do método hipnótico, na cura dos sintomas histéricos, recordando o dito de Freud: “A hipnose não evidencia nenhum conteúdo psíquico desse estado de “cãibra na nuca” (*ibid*, p. 113).

Freud relata os atendimentos dessa paciente, descrevendo sua história traumática, cujas riquezas de detalhes contribuíram para sobrelevar as construções da teoria psicanalítica. Supomos que apontaram questões de sua época denominada de “Viena Vermelha” por (Danto, 2019, p. 307) associado ao grande tráfego ferroviário de acidentes por (Ellenberger, 2023). O mal-estar situado na época, dialogava com os sintomas sexuais encarnados no corpo da paciente e se apresentava no desejo de se casar novamente (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No primeiro momento, Freud abre a discussão sobre a questão diagnóstica, referindo-se a delírios e alucinações saudáveis, mas que não afetam as outras atividades mentais. Em outro momento, ele afirma que os sintomas psíquicos são descritos como alterações do temperamento que a paciente apresentava (ansiedade, depressão melancólica), fobias e abulias, essas duas últimas (Rosa, 2019, p. 61), originadas das experiências traumáticas.

Freud relata que, após quarenta anos, a filha mais velha da paciente lhe procura para solicitar um parecer sobre a saúde mental da sua mãe, pois pretendia entrar com medidas judiciais, visto que ela se recusava a ajudar financeiramente as suas duas filhas. O que destacamos como o mal-estar, naquela família, pela falta da aceitação das filhas em relação à escolha de sua mãe, à satisfação sexual pela via do casamento, denominada como neurose de angústia.

Não podemos omitir que é nesse caso que Freud, ao interromper a sua paciente que relata sua experiência no hospício, supôs nada haver ganhado. No entanto, percebemos que ele

destaca que, pela análise do sintoma, faz um destaque em nota de rodapé e menciona pela terceira vez a “palavra psicanálise”, ao associar à análise, e descreve os textos até o momento em que percebe que menciona o seu método. Freud, vendo a importância de deixar de questionar a paciente, oferta sua escuta para que ela fale, em análise, sobre as relações de seu sintoma. Direcionado para os ganhos do tratamento, afirmou que não podia omitir, na escuta das histórias da paciente, as riquezas e sutilezas que trazia até a sua última palavra (Freud, 1893-1895/1996, p. 82).

Concernente aos atendimentos de Anna O. e Emmy Von N., Rosa (2019) levanta a hipótese de histeria *sinthomamática*, levando em conta a ponta inicial dos estudos sobre a histeria. Nessa perspectiva, a psicanalista, Rosa, faz algumas considerações sobre a distinção do diagnóstico estrutural entre neurose e psicose, sem, contudo, desconsiderar as questões inscritas pela clínica do *sinthoma* ao tratamento e a leitura estrutural da histeria. Ela destaca o discurso “coerente e bem-construído” (p. 59) da paciente, evidências dos sintomas histéricos.

É válido destacar o apontamento de Rosa (2019) sobre a abstinência sexual da jovem viúva que pode ter gerado uma neurose de angústia e corrobora com a afirmativa de Lacan, descrita no *Seminário, livro 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*: “Tudo que é definido no nível do *Ics* só toma valor sexual” (Lacan, 1964/2008, p. 187). Nessa afirmação, supomos uma associação inconsciente das três frases em que a paciente explica a Freud sobre as cenas que lhe marcaram (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Os dados biográficos apresentados Rosa (2019) atestam que Fanny Moser, nome verdadeiro de Emmy Von N., não é abstinente da atividade sexual, devido a sua exagerada vida sexual com seus amantes. Supomos constatar, então, uma neurose obsessiva, ponto que diverge de Anna O., de ser uma neurose histérica, que encontra a saída no trabalho. Freud segue nos estudos sobre a histeria com a próxima paciente de número dois, que abordaremos no subtópico seguinte, intitulado Miss Lucy R.: o desejo do analista.

3.1.3 Miss Lucy R.: o desejo do analista

Nessa terceira vinheta, o Pai da Psicanálise atende Miss Lucy R., uma jovem senhora de trinta anos, o segundo caso encaminhado por um colega. A paciente se queixa de rinite com uma ou duas sensações olfativas subjetivas que muito lhe angustiavam. Sente-se deprimida, exausta, com vigor e apetite diminuídos. De origem inglesa, vivia como governanta na casa de um diretor de uma fábrica localizada nos arredores de Viena e fazia sessões em tempo

intercalados. Freud toma como ponto de partida a análise do odor de “torta queimada”, interpretados como sintomas histéricos (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Ele faz a tentativa de hipnotizá-la e a percebe resistente ao sonambulismo, logo renuncia à hipnose e aposta em um método diferente – a análise. Nesse caso, Freud utiliza outros métodos, como a técnica de pressão sobre a cabeça, dizendo-lhe à paciente que ela iria pensar algo e que deveria falar de qualquer maneira; porém, ela permaneceu em silêncio. Nesta fase, supomos Freud em posição de analista, em que declara que o sintoma se originava das tentativas que Lucy fazia para provocar o aparecimento das lembranças traumáticas, porém recalçadas. É válido sublinhar que neste caso é destacado também a resistência, pois adveio de um encaminhamento; então, questionamos, por que o colega direcionou a paciente ao analista, Freud?

O analista Miller (2009) afirma que pensou no conceito de resistência, a partir da montagem da eletricidade, pelo qual foi atraído e se inspirou na montagem da construção dos grafos, que Lacan realizou pela via da matemática francesa. Lacan (1958/1998, p. 595) enfatiza que Freud insiste, de forma espontânea, com o paciente e nisso se faz “baluarte”: conforme se coloca na balança de prato, equilibra o peso da transferência na resistência.

Freud explica que o desafio que este caso lhe demandou precisava: “[...] ainda de um fator ocasional que houvesse provocado a lembrança justo naquele momento. Faço, a esse respeito, uma conjectura casualmente feliz [...]” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 164). No percurso deste caso, Freud também declara que: “[...] já sabia que, para a aquisição de uma histeria, uma condição psíquica é indispensável, a saber, que uma ideia seja intencionalmente afastada da consciência e excluída da elaboração associativa [...]” (*ibid.*, p. 169).

Nesse ponto, localizamos, nas palavras de Freud, a leitura lacaniana da transferência que “torna a segurança do analista, e a relação com o real, o terreno em que decide o combate” (Lacan, 1958/1998, p. 602). No caso Lucy R., Freud afirma: “renunciei ao sonambulismo e fiz toda a análise tendo-a num estado talvez pouco diferente do normal” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 157). Em outros modos, uma posição de desejo do analista, que persiste no trabalho em sustentar o trabalho de transferência. A esse respeito, Ellenberger (2023, p. 425) corrobora, em sua afirmação, que Freud tinha “assoberbantes atividades” psicanalíticas em Viena.

A nova clínica datada por Freud trata o afeto da angústia se utilizando do recurso da colocação das palavras, que o paciente relata, proposta da psicanálise que vê a angústia como sinal do humano, daquilo que revela pelo gozo. Após cento e trinta e um anos, a angústia tem se apresentado na clínica psicanalítica sob inúmeras classificações como: pânico, ansiedade,

circunscrita pelo discurso da psiquiatria de nossa cultura que faz, da angústia, um sintoma para justificar a medicalização de muitos pacientes que são consumidos pelas novidades produzidas pela ciência, ponto que se distancia da Psicanálise Lacaniana. No entanto, buscamos nos aproximar situando a nossa experiência na justa posição de analista, cunhada por Lacan, como “mestre do amor” (Besset, 2002, p. 17) respondendo à demanda neurótica, inventada por Freud.

Miller (2015) aponta a posição de analista, no nível da relação que o sujeito tem com o Outro em termos da fala. O Outro é aquele que tem o enigma, o que pode responder pela via do desejo do analista, que tem uma relação significativa com o sujeito. Lacan (1962-1963/2005) se baseia no desejo do analista; Freud, contudo, nos adverte quanto ao cuidado no manejo temporal e à não expectativa do analista quanto à eficácia da análise na clínica da neurose, utilizando do recurso da fala.

No texto *A ciência e a verdade*, Lacan (1965/1998) afirma que a fala do sujeito da psicanálise é sustentada pela presença de desejo do analista e a sua palavra “ultrapassa a alegoria” (p. 882), no que se refere à aparição da fala inconsciente; converge com o seu dito da aula de 15 de abril de 1964, intitulada “Presença do analista”, em que aborda a noção de inconsciente, em sua afirmação: “A presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente, de modo que quando se manifesta hoje em dia em certos encontros” (Lacan, 1964/2008 p. 125). Pela fala também é confessada, pela via do pensamento, que alguns se manifestam inconscientemente à resistência, que, pela lógica, atraiu o desejo do analista (Miller, 2009).

Nesse contexto, o desejo do analista se presentifica na declaração das tentativas que Freud realiza no atendimento de Lucy R., visando à descoberta que provocara a lembrança da cena primordial de seu sintoma; ele interpreta que, neste caso, tudo se encaixava pelas lembranças que a paciente recordava. Assim, o sintoma se estabelecia pela falta e se transformava em símbolo mnêmico, agindo no corpo pela conversão inconsciente, intelectualmente recalcada da consciência.

A palavra descrita como sintoma mnêmico, transmitida por Freud, associa-se aos tiques, estalidos da língua e a gagueira que Lucy apresentava, nomeadas de “acionamento de ideias antitéticas”, ou seja, contra a vontade ou ação involuntária, dando um sentido mais claro ao que foi chamado de símbolo mnêmico, termo empregado em toda obra freudiana (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). Em outros modos, a resistência do pensamento descrito por Lacan no parágrafo anterior.

Para arrematar este tópico, observamos que Freud conduz o tratamento de Lucy R. em ato pelo desejo do analista. Assim, vale ressaltar a pesquisa na qual ele focaliza que sua escuta

captura as marcas sintomáticas no corpo apresentadas no discurso da paciente. Na discussão deste caso, Freud descreve como o sintoma original é sobreposto por outros, vindo o último a ser alcançado pela análise, que contém a chave de todo sintoma, correlata alegoria descrita por Lacan (1965/1998), no texto “A ciência e a verdade”, já discutido neste estudo. Supomos que Freud inicia esse caso deixando marcado o pivô do sintoma original de Lucy R., e faz disso a questão preliminar do caso que a perturbava: o cheiro de torta queimada (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Podemos supor que Freud se coloca em posição de analista, ao acolher Lucy R., excedendo o limite de sua prática com o método hipnótico que deixa e aposta em um novo fazer clínico com o recurso das palavras, visando ao saber sobre o sintoma. Nesse caso, abordamos a questão da angústia que se apresenta circunscrevendo nas relações com o real e relata a Freud pela via dos sentidos olfativos. Essa forma enigmática se oferece para a decifração na clínica da Psicanálise Lacaniana (Besset, 2002). Assim, Freud constrói a nova clínica da teoria psicanalítica, em parceria sintomática com suas pacientes, aqui, Lucy R., que o analista atende em nove semanas (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Iniciamos essa vinheta com o desejo de Freud, que atende Miss Lucy R., e avançamos nessa posição. Concluímos, com a “Angústia, signo do desejo”, tema da segunda aula do *Seminário, livro 10*, e nos referimos ao sujeito do desejo, situado no analista e sua relação dual, que Lacan descreve:

[...] Esse Outro (A), antes de saber o que quer dizer minha relação com seu desejo quando estou angustiado, coloco-o primeiro ali, com A maiusculo. Para me aproximar de seu desejo, retomarei os caminhos que já abri. Eu lhes disse: o desejo do homem é o desejo do Outro. [...] É por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isso, o \$, que expressa a dependência necessária do sujeito [...] (Lacan, 1962/2005, p. 31-33).

Diante do exposto de Lacan, podemos supor que o desejo se conjuga à posição de analista na “função privilegiada do significante falo” (Lacan, 1958/1998, p. 614). O analista como variável da função fálica, presentificado no sujeito do desejo, como fez o analista Freud, que acolhe a sua segunda paciente. E prosseguimos, com a quarta vinheta, Elizabeth Von R.: a bússola edípica.

3.1.4 Elizabeth Von R.: a bússola edípica

Nesta quarta vinheta, abordamos a questão edípica, que supomos no atendimento que Freud realiza quando recebe a paciente encaminhada de um colega e, ao direcioná-la, prevê ser um caso de histeria, mesmo sem encontrar sinais de neurose. Na primeira entrevista, a jovem Elizabeth Von R., tinha vinte e quatro anos e se queixava de dor para o Pai da Psicanálise, um sintoma amoroso, a partir da morte de seu pai, descrita por ela como *um golpe que sofreu na vida*. Quanto à origem do sintoma da paciente, Freud explica que “um trecho da narrativa a tocava profundamente... Permanecia então deitada sem se mover e mantinha seus olhos firmemente cerrados” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 200). Supomos que, nesse acontecimento, Freud testemunha estar a paciente aturdida, ao falar do seu sintoma original – o Pai. Tal relato nos faz recordar a advertência de Lacan (1972/2003, p. 449) de que aprenderíamos com os acontecimentos, ao nos lembrar que o “discurso toca no real”.

Elizabeth Von R. era a mais nova de três filhas e a mais afeiçoada ao pai. Sua mãe tinha problemas de visão e do sistema nervoso, motivo pelo qual Elizabeth se lança ao contato mais próximo com o pai, pois ele era alegre e a considerava um filho ou um amigo com quem podia conversar com linearidade; a paciente tinha planos ambiciosos, naquela época, de estudar e Freud afirma que, na relação com a paciente, não tinha muita resistência (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No que concerne ao tratamento de Elizabeth Von R., Ellenberger (2023, p. 491) afirma que a paciente sugere a Freud que utilize o método da “associação livre”. Neste atendimento, é válido sublinhar a afirmação do psiquiatra que, em 1894, o analista Freud emerge definitivamente pela escrita sobre a defesa (*abwehr*), cujo significado é esquecimento de memória e, posteriormente, no ano de 1895, Freud inova ao “conectar uma forma específica de neurose de angústia com uma teoria etiológica da frustração sexual” (Ellenberger, 2023, p. 490).

Em relação à transferência, Lacan (1958/1998) afirma que o analista surge como parceiro no amor transferencial, vínculo que faz acontecer pela abnegação de sua impostura pelo “cacife” (p. 595), dado pela partida da situação analítica, cuja metáfora deduz sua posição no jogo, conforme se coloca tanto na direita como na esquerda do paciente. No entanto, cabe ao analista abster-se de seus sentimentos, colocando-se no jogo no lugar possível como “morto” (Lacan, 1958/1998, p. 595).

Na interpretação de Freud, o tratamento psíquico de Elizabeth deu luz aos estudos teóricos sobre a histeria, e o percurso do seu tratamento proporcionou a compreensão da descoberta tanto das causas quanto das questões que originaram os sintomas histéricos. Ele

considerou as dores da paciente como bússola para se orientar quanto ao escoamento pela fala e insistia para que Elizabeth continuasse a contar sua história, em que encontrou uma forma simbólica para seu sofrimento psíquico. Para Freud, o período que a paciente revelou estar apaixonada pelo cunhado foi um resgate da representação recalcada, porém a jovem moça vivenciou de forma devastadora (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No que concerne ao tratamento, supomos que o Pai da Psicanálise se coloca em posição de desejo “sempre ali, sempre à disposição” (Lacan, 1981/2005, p. 36), em relação transferencial simbólica de não deixar atender “à srta. Elizabeth uma profunda simpatia humana” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 207). Freud atende a paciente e descobre o seu sintoma amoroso, localizado na perda de seu pai. Nessa fase, a paciente apresenta isolamento social, desânimo, sentimento de intenso desamparo e incapacidade de cuidar de sua mãe, que também ficou doente. No início desse atendimento, ele prescinde da hipnose ressaltando usar mais adiante. No entanto, descreve mais tarde que eleva seu novo método utilizando o divã e compara a uma “técnica de escavação de uma cidade soterrada” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 200).

Inicialmente, Freud descreve que não avançou na compreensão desse caso, devido à aparência inteligente e psiquicamente normal da paciente, cujo sofrimento minava suas relações e prazeres, mostrando-se distante de um possível diagnóstico de histeria. Entretanto, apresentava dores nas pernas e caminhava com dificuldade, tendo o tronco inclinado para frente, sem equilíbrio e tinha uma marcha patológica desconhecida.

Para Freud, mesmo com a experiência de outros casos similares, considerou que este não seria fácil de chegar a um diagnóstico, devido a fisionomia da paciente não sintonizar a dor quando ele beliscava seus músculos e sua pele. No entanto, era associado ao conteúdo dos pensamentos que se ocultavam por trás da dor associada pela excitação das regiões corporais, que Freud descreve:

[...] quando se beliscava ou se pressionava a pele e a musculatura hiperálgica das pernas da srta. v. R..., seu rosto tomava uma expressão peculiar, mas de prazer que de dor, ela soltava gritos – como em meio a cócegas voluptuosas, não pude evitar de pensar – seu rosto se enrubescia, ela jogava a cabeça para trás, cerrava os olhos, o tronco curvava para trás, e tudo isso era muito grosseiro, mas sim bastante nítido, e só podia se harmonizar com a concepção de que o distúrbio era uma histeria e a excitação teria atingido uma zona histérica (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 197).

Essa descrição, podemos supor, que converge com a perspectiva psicanalítica que Vieira (2002) faz no tópico “Da angústia e do sexo”, no segundo capítulo do livro *Angústia*,

organizado por Besset (2002). O psicanalista articula a angústia ao sexo e descreve que uma das ideias psicanalíticas da angústia consiste no que ele denominou de estranhamento, o *Unheimliche* freudiano, em que, somente em certas circunstâncias, a angústia passa para a condição de enigma.

Vale lembrar que a teoria da angústia freudiana advém daquilo que do sexo é represado e que sem sexo o homem se desespera. Assim, lemos que, sem a revelação freudiana, a angústia não passaria pelo recalque ou ficaria vinculada à interdição, ou seja, mais para o lado do impedimento. No entanto, a suposição de Freud é que o recalque cria angústia. Ele a concebe pela transformação da libido associada à apresentação da censura; sem Freud, a angústia ficaria represada, seu ato inicial foi dar primazia ao recalque para afirmar que a angústia está articulada ao real, uma forma mais direta do sintoma. O sintoma pode ser produzido pelo recalque e ratificado pela oscilação das relações entre a angústia e o recalque.

Freud relata que Elizabeth era a filha predileta de seu pai e, de forma amigável e brincalhona, ele a aconselhava que não falasse dos seus sentimentos, pois ela lhe dizia que tinha dificuldade de encontrar uma parceria amorosa. As três filhas foram morar na cidade, momento em que a paciente recebe a notícia de que seu pai sofria, desde os dezoito anos, de um problema cardíológico e pulmonar, fato que ele havia escondido ou suspeitava. A partir daí, Elizabeth desempenhou a função de cuidado principal até a morte de seu pai, o que abalou a felicidade da família. Freud associou este marco ao início dos sintomas histéricos da paciente (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Concernente à morte do pai de Elizabeth Von R., podemos supor o que Lacan afirma em relação ao avesso da fala, da palavra em que, pela via simbólica, ele fala do fechamento, do sepultamento, do túmulo, do que falta na fala dos pacientes, uma característica humana justificada pela morte. Essa perspectiva pode sustentar a ideia de elaboração do luto pela via simbólica do buraco. “A lápide ou qualquer outro sinal de sepultura merece exatamente o nome de simbólico” (Lacan, 1981/2005, p. 36). A esse respeito, Mena (2021) corrobora ao dizer que o Nome-do-Pai é notório no Seminário das psicoses, marcado na articulação entre o primeiro Lacan e o primeiro Freud.

Em nossa suposição, no primeiro Freud, referido aos textos pré-psicanalíticos, o pai aparece como bússola norteadora e, por esse ponto, ele descobre o sintoma de Elizabeth Von R.; aí, supomos a localização do ponto de partida para o seu tratamento dado ao sintoma, pela via da angústia, como um sinal do desejo de ser amada, que testemunhamos no relato em que essa paciente faz ao pai, indicando o caminho da castração, de não-falar (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (Lacan, 1958/1998, p.

645), afirma “forçando o apelo do amor no objeto da identificação (no tocante a Elizabeth Von R., o cunhado).”

Apresentamos o pai como *Metáfora paterna*, título da aula de 15 de janeiro de 1958, do *Seminário, livro 5 – As formações do inconsciente*, em que Lacan (1958/1999, p. 166) nos adverte que a função do pai está enraizada nas relações humanas e a questão edípica é central, presentificada desde o início da prática clínica de Freud; Lacan associa a função do pai a “um lugar bastante grande na história da análise”. O pai passa pela via metafórica e “substitui a mãe como significante que vem a se produzir o resultado comum da metáfora” (Lacan, 1958/1999, p. 181).

Mena (2021) corrobora ao trazer a fórmula da metáfora paterna em Lacan e afirma, ao articular ao dito de Maleval (2000), que seria uma “formalização do complexo de Édipo fundada sobre o princípio de uma redução deste a um processo metafórico” (Maleval, 2000, p. 89). O psicanalista aborda a metáfora como figura de linguagem em que o significante surge como substituto de outro significante, descrito por Lacan (1964/2008), no *Seminário Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*.

Freud captura, no choro alto da paciente, que o mal-estar é presentificado na encenação recalçada do sintoma quando a jovem moça relata que o marido de sua irmã representava o seu amor. Destacamos, nesse caso, o relato de Freud quando Elizabeth diz que as dores que sentia se localizavam na coxa direita, região que o seu pai costumava se apoiar enquanto ela trocava a atadura dele. Consideramos este ponto um sintoma corporal, um sinal do real, nomeado por Freud zona histerogênica. Ele supôs que, de forma inconsciente, a paciente estabeleceu uma associação entre suas dolorosas lembranças psíquicas e dores corporais. A paciente se utilizava das sensações corporais como símbolo da psíquica (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Freud e Breuer levaram mais de uma década pesquisando as diversas formas que os sintomas histéricos se apresentavam, visando à descoberta da gênese deste fenômeno, tempo compreendido entre o caso Anna O. até a paciente Elisabeth Von R. No início dos *Estudos sobre a histeria*, afirmavam que, na grande maioria dos casos, não era possível encontrar o ponto original do simples questionamento que o paciente trazia em sua queixa sobre o seu sintoma, mesmo com todo trabalho que fizesse para esta finalidade.

Por mais de uma década, a fase marcada com o tratamento hipnótico, uma posição freudiana ainda caracterizada pelo viés médico, em relação à posição do paciente, a responsabilização estava sob a operação do médico que o conduzia para fazer falar sobre seu sintoma de forma passiva. Freud conceitua o sintoma na histeria como um resultado de um

conflito psíquico, notado pelas marcas contingenciais dos traumas que as pacientes conseguiam recordar sob hipnose.

A partir dos estudos dos sintomas histéricos, ao longo dos anos, Freud construiu a teoria da Psicanálise, a partir das observações interpretadas dos casos de pacientes, os quais lhes possibilitaram a distinção das estruturas psíquicas, publicada nos textos “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos”, e “O caso Schreber”, acerca da clínica do binarismo estrutural (neurose, psicose) (Freud, 1911/2010). Prosseguimos, então, a discussão sobre o sintoma na primeira tópica freudiana.

Finalizando a vinheta do atendimento Elizabeth Von R., evidenciamos a importante função do Pai da Psicanálise, significante primordial, simbolizado pela via metafórica da morte do pai da paciente que fala de sua angústia no real do corpo. Ela sustenta a estrutura da neurose histérica pela significação essencial, presentificado no amor transferencial, substituído por Freud. Supomos que a paciente encontrou a saída, ao se utilizar do lugar da análise com o Pai da Psicanálise, para elaborar a angústia.

Concernente à fala angústia em análise, Santiago (2017) afirma que podemos conceber a morte como um modo de verdadeira satisfação pulsional, encontrada na ordem do real que, ao passar a ser denominada de “Coisa” (Santiago, 2017, p. 45), não tem mais poder de dominar o processo psíquico, o funcionamento da rede significante, aspecto no qual Lacan (1958/1999) afirma ser o pai, a própria metáfora significante. Seguimos abordando com o significante primordial, no próximo capítulo, denominado: *O sintoma na primeira tópica freudiana*.

CAPÍTULO III

O SINTOMA NA PRIMEIRA E SEGUNDA TÓPICAS FREUDIANAS

Neste capítulo, ressaltamos o que nomeamos como primeira tópica, o primeiro momento da obra de Freud, descrito nos textos datados especificamente entre os anos de 1900 e 1920, quando foi apresentada a primeira teoria sobre a organização do aparelho psíquico. Nesse momento, Freud explora a teoria do inconsciente, em seu livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900/2019), iniciando, pela via dos sonhos, a ideia de que os atos falhos, os lapsos de memória, são manifestações do inconsciente. Sobre os sonhos, diz que: “[...] Trata-se de um fenômeno psíquico de pleno valor; é a realização de um desejo [...]” (Freud, 1900/2019, p. 155).

4.1 O SINTOMA NA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA

Na “Observação preliminar” à segunda edição desse livro, Freud, ao expor a interpretação dos sonhos, busca compreender a origem do sintoma e supõe que o inconsciente está entretido nos sonhos. Assim, ele relata que o sonho se revela como primeiro elo na formação psíquica e os demais elos estão associados aos sintomas das fobias histéricas, às obsessões e aos delírios. Ele nos adverte sobre o valor teórico tanto quanto paradigmático existente na articulação das imagens dos sonhos e assinala que devemos buscar entender as ideias sintomáticas dessas imagens e operar uma influência terapêutica nas mesmas.

Nesse texto, ao apresentar a interpretação dos sonhos como um fenômeno sintomático, Freud faz referência a si mesmo não como poeta, mas como homem de ciência, recorre aos componentes sintomáticos do seu próprio sonho e aos casos de seus pacientes em tratamento psicanalítico, momento difícil e embaraçoso para o autor. Freud aposta no campo do saber científico para fins de compartilhar os resultados psicológicos de sua teoria clínica, contudo, fez algumas omissões e substituições dos casos expostos que acompanhara, considerando o valor dado ao sintoma, o tesouro de sua obra.

Ainda nesse livro, Freud destaca textos que versam sobre a concepção do sintoma nas manifestações, fonte de estimulação psíquica da realidade da vida cotidiana do sujeito. No texto intitulado *Excitação sensorial interna [subjetiva]*, a despeito das objeções, nos adverte sobre a função incontestável das excitações sensoriais objetivas, como instigadores do sonho, durante o sono. No entanto, ratifica que devemos considerar tanto os estímulos sensoriais externos quanto as excitações internas (subjetivas) dos órgãos sensoriais, ao marcar a insuficiência da explicação de todas as imagens do sonho. A este respeito, Freud, recorrendo a Wundt, diz que:

[...] Nas ilusões do sonho, um papel essencial é exercido, creio eu, também por aquelas sensações subjetivas de visão e audição que conhecemos no estado de vigília como caos luminoso do campo de visão obscurecido, como tinido ou zumbido nos ouvidos etc., sobretudo as excitações subjetivas da retina. Isso explica a estranha tendência do sonho de apresentar aos olhos múltiplos objetos semelhantes ou perfeitamente idênticos. Vemos diante de nós inúmeros pássaros, borboletas, peixes, pérolas coloridas, flores etc. [...] Disso deve provir também a preferência do sonho pelas mais variadas figuras animais, cuja abundância de formas se adequa facilmente à forma especial das imagens luminosas subjetivas [...] (Freud, 1900/2019, p. 95-96).

No capítulo “O sonho é a realização de um desejo” dessa obra, Freud afirma que, assim como o sonho, o sintoma é a realização de um desejo que é sempre sexual, descrito por ele em seus primeiros cinco casos nos textos pré-psicanalíticos, já abordados neste estudo. Discute sobre o porquê de esquecermos o sonho, após o despertar, observando que, por um lado, a lembrança do sonho aparece como se estivesse vivida pela manhã, se dissolvendo no transcorrer do dia, exceto alguns fragmentos. Por outro lado, mostra a persistência extraordinária do sonho, na memória, e exemplifica isso, a partir da análise que realizou em pacientes acompanhados por mais de 25 anos, relatando também sua própria experiência onírica de 37 anos, que nada perdeu do frescor em suas memórias.

É importante apontar que entre o sonho e o desejo há uma distância.

Ainda nesse livro, no tópico denominado “Por que esquecemos o sonho após o despertar?”, prossegue explicitando o sintoma pela via do sonho, citando as contribuições de vários autores, ao demarcar pontos como a exatidão da reprodução do sonho. Usando a expressão de Strümpell (1877), em que a consciência desperta de forma involuntária e insere componentes na lembrança do sonho, traz a imagem do sonhador como uma ficção, algo que não existiu de fato no sonho.

Freud descreve as manifestações de Jassen (1855), ao considerar a análise da interpretação do sonho, sua coerência e consistência dos fatos, as quais sempre faltam à verdade. Freud, ao ler Jassen, relata que o indivíduo, por mais comprometido que esteja com a veracidade, não consegue descrever um sonho notável sem acrescentar algo ou lapidar. Sobre as palavras de Jassen, diz Freud: “[...] tornamo-nos artistas à nossa própria revelia, e o relato periodicamente repetido se impõe à crença de seu autor, que, de boa-fé, o apresenta como um fato autêntico, devidamente estabelecido segundo os métodos adequados [...]” (Freud, 1900/2019, p. 73).

Já no texto “O Método Psicanalítico de Freud”, Freud (1904/2016) relata a importância da fala sob transferência e mostra sua eficácia terapêutica na elaboração dos sintomas,

considerando também as resistências do paciente no processo analítico. Por cerca de dez anos, Breuer e Freud discutem e fazem considerações em conjunto sobre o sintoma dos primeiros casos de histeria.

Ainda nesse mesmo texto, Freud ressalta a descoberta do seu método designado psicanálise. Dito de outro modo, Freud introduz mudanças na técnica do procedimento catártico, que o levaram a novos resultados. Um novo método possibilita alcançar o material reprimido, a partir dos pensamentos espontâneos, podendo tornar acessível à consciência sem a utilização da hipnose. Logo após, avança renunciando à técnica da sugestão e abandona também a hipnose, momento em que funda a associação livre, sobrepondo a importância da fala do paciente, a qual se constituía de relatos dos afetos e sintomas (Freud, 1904/2016).

No método psicanalítico, Freud desenvolveu a arte da interpretação, correlato ao garimpeiro, que extrai do minério bruto – a fala do paciente em associação livre – o puro metal, os pensamentos recalcados. Os objetos extraídos desse trabalho analítico, além das ideias, foram considerados os sonhos, os quais dão acesso diretamente ao inconsciente. Neste ponto, o paciente encontra-se mais vulnerável ao falar dos seus erros e acertos que o acometem no dia a dia, observados nos lapsos e equívocos descritos também nos casos explanados de sua conferência.

No nascimento do método psicanalítico por associação livre, Freud descobre e faz referências a conceitos psicanalíticos como a resistência, segundo a qual alguns pacientes tinham dificuldade de relatar suas histórias, encontrando impasses ao tentar lembrar os acontecimentos reais e se confundiam com as relações de tempo. Dando início ao diagnóstico das estruturas clínicas sintomáticas das neuroses, Freud propõe que as amnésias resultam do processo chamado de recalque, motivado pela identificação do sentido de desprazer encontrada na resistência para que as lembranças não sejam restauradas. A resistência tornou-se um dos conceitos fundamentais da teoria freudiana e mostra que, quanto maior a resistência, mais ampliada será a distorção do sintoma.

No texto “Recomendações ao médico que pratica a Psicanálise”, Freud (1912/2010) ainda faz referência ao tratamento, exclusivamente, a escuta do paciente e a ressonância em que, na maioria das vezes, o que se fala só se vê o significado *a posteriori*. Ele compara o inconsciente a um aparelho que transmite um saber ao paciente sobre o seu desejo e o analista diz ser correlato a um receptor telefônico, devendo ajustar-se ao que é transmitido, sendo necessário concentrar sua atenção, selecionando o que o paciente fala sobre o seu sintoma. No tratamento psicanalítico, o sintoma é também percebido pela expressão do conflito psíquico, através de mensagem inconsciente e pela satisfação pulsional.

Em “Apresentação das Memórias de um doente dos nervos”, Lacan (1966/2003) nos adverte a não nos esquecermos do “Caso Schreber”, texto que Freud analisa tendo sido aí que ele assenta melhor sua base, apoiando-se no próprio texto que lhe serviu como objeto de estudo. Lacan avança, fazendo a ampliação desse caso, e afirma tratar-se de um grande texto freudiano, que sustenta uma relação com o saber. Seguimos com a vinheta, a qual denominamos – *Schreber: a queda do falo na psicose extraordinária*.

4.1.1 Schreber: a queda do falo na psicose (extraordinária)

Nesta vinheta, abordaremos o escrito no momento da primeira tópica freudiana nas “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [Dementia Paranoides], relatado em autobiografia [‘O Caso Schreber’]” que, segundo Freud (1911/2010), era um suposto paciente paranoico e atesta jamais tê-lo conhecido. A história clínica é redigida pelo próprio paciente, levada ao público de forma impressa em *Memórias de um Doente dos Nervos*. No início de sua escrita, faz referência a um termo de consentimento livre e esclarecido declarado por ele próprio, afirmando que seu trabalho seria recebido “como valiosa contribuição para a pesquisa científica, servindo de fonte de reflexão para as gerações futuras” (Schreber, 1911/2021, p. 11).

O suposto paciente era casado com Ottlin Sabine Behr, tendo exercido a função de expresidente da corte de apelação da Saxônia. Seu quadro grave da doença apareceu no ano de 1893, queixando-se “de angústia e de insônia insuportável” (p. 26), e o caso despertou o interesse de psiquiatras. Um homem de espírito elevado, de inteligência ampla e de observação minuciosa.

Segundo Freud, Schreber relatou que esteve doente dos nervos por duas vezes, ambas alegadamente pelo excesso de fadiga intelectual. A primeira vez aconteceu na ocasião de sua candidatura ao Parlamento, quando era diretor do Tribunal em Chemnitz. Naquela ocasião, no ano de 1884, ficou internado durante seis meses, foi diagnosticado com um quadro de severa hipocondria. Depois da cura desse primeiro momento da doença, ocorreram alguns sonhos, que lhe fizeram se sentir infeliz. Ao despertar de um deles, no estado entre o sono e a vigília, teve “[...] a ideia de que deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (Freud, 1911/2010, p. 18).

É válido anotar que a cronologia de Schreber aponta um corte de vinte e seis anos de três contingências importantes antes de sua primeira internação, as quais supomos estarem associadas à questão paterna, a saber: 1) aos dezesseis anos, seu pai tem um comprometimento cerebral irreversível, resultante de uma barra de ferro que caíra em sua cabeça; 2) aos dezenove

anos, seu pai morre de obstrução intestinal e, em seus últimos anos, apresenta um quadro de neurose obsessiva com graves impulsos suicidas. Naquele momento, era um médico reconhecido tanto na Alemanha quanto no exterior, por seus livros sobre pedagogia, ginástica e higiene; 3) aos trinta e seis anos, Daniel Paul casa com Ottlin de vinte um ano de idade, diabética, com temperamento infantil, dando-lhe pouco apoio na fase em que ele ficara doente. E, mais ainda, a contingência de seis abortos espontâneos que Ottlin sofreu, não tendo filhos com ele, presumido motivo pelo qual Schreber sofria de hipocondria, tratada ambulatorialmente (Schreber, 1911/2021).

A primeira internação de Schreber se deu na fase de sua estrondosa derrota das eleições parlamentares, aos seus quarenta e dois anos de idade, quando foi internado com diagnóstico de hipocondria, durante seis meses, em uma clínica para doenças nervosas da Universidade de Leipzig, cujo diretor era o professor Paul Emil Flechsig, autoridade em neurologia e psiquiatria. Assim, relatou Schreber: “no início eu vivia em uma reclusão quase carcerária, *excluído* do contato com as pessoas cultas e até mesmo da mesa familiar do diretor do sanatório” (Schreber, 1911/2021, p. 31, grifo nosso).

No *Seminário, livro 3*, intitulado *As psicoses*, na primeira aula de 16 de novembro de 1955, intitulada “Introdução à questão das psicoses”, Lacan afirma sua saída do campo alusivo de Freud no caso Schreber para entrar na prática clínica das psicoses, contudo vivifica a doutrina freudiana, apreciando o que dali podia seguir apreendendo. O psicanalista assinala que seu trabalho visa ao tratamento das psicoses, não sendo por acaso que admite seu lapso significativo em apresentar a saída com esse título (Lacan, 1955/1988).

Sobre o desencadeamento da psicose, Lacan afirma que a fonte desse fenômeno elementar associa-se às questões da história do sujeito no simbólico e ratifica que “toda história é por definição simbólica” (Lacan, 1955/1988, p. 23), que o falar em análise é homólogo a se colocar na “antecâmara” (*ibid.*, p. 24) da loucura, em que Lacan expressa a satisfação de servirmos com a clínica da psicose e nos adverte sobre a nossa posição na direção do tratamento e no manejo prudente em nos colocar na relação de objeto com psicóticos, uma relação analítica, criada como dual, a fim de evitarmos, com o nosso fazer, o desencadeamento do surto.

É importante anotar a questão do fracasso evidenciado no livro de Schreber, apontado por Freud concernente ao significante paterno, questão sobre a qual nos servimos de bússola para trazer alguns apontamentos presentificados em seu delírio, que nos incitaram a dissertar, ao lermos o seu livro. Uma das questões declaradas importantes no relato do suposto paciente está associada ao fracasso de não poder ser pai, disse ele: “Depois da cura de minha primeira doença, vivi oito anos, no geral, bem felizes, ricos também de honrarias exteriores e apenas

passageiramente turvados pelas numerosas frustrações da esperança de ter filhos” (Schreber, 1911/2021, p. 62).

Na aula de 18 de janeiro de 1956, sobre “A dissolução imaginária”, Lacan assinala a olhar a clínica da psicose, a partir da leitura do caso Schreber, em Freud, e o enigma do texto o torna extraordinário. Lacan afirma que Schreber toma seu corpo como objeto e se coloca em posição feminina para com o seu pai, que a castração se revela no instante em que ele toma Deus como “parceiro único” (Lacan, 1956/1988, p. 110). Quando ocorre o fenômeno persecutório, ele aparece esvaziado, homólogo à sua subjetividade, sua relação com Deus possui uma produção mística significativa.

Em continuação, mencionamos o relato que Freud faz sobre a análise do livro de Schreber, dizendo que um jurista, aos 53 anos, produziu, pela via do sonho, uma associação delirante de emasculação amalgamada à ideia de ser Redentor, dizendo:

“[...] Mas a partir daí tive a absoluta convicção de que a Ordem do Mundo exigia imperiosamente de mim a emasculação, quer isso me agradasse pessoalmente ou não e, portanto, por motivos racionais, nada mais me restava senão me conciliar com a ideia de ser transformado em mulher. Naturalmente, a emasculação só poderia ter como consequência uma fecundação por raios divinos com a finalidade de criar novos homens [...]” (Freud, 1911/2010, p. 28).

Tal exposto, aponta para a descrição de Morel (2012) quanto à literalidade da privação do nome-do-pai, que corrobora com o que Freud (1911/2010) localiza no caso Schreber, ao perder o pai e não poder ser pai, não pode realizar seu desejo – os Schreibers. Para Schreber (1911/2021), a perda de seis filhos por abortos espontâneos que sua esposa Ottlin Sabine sofreu, mais ainda ele sofreu, em sua fragorosa derrota nas eleições parlamentares pelo Partido Nacional Liberal, aos quarenta e dois anos, época em que fica internado por seis meses pela primeira vez com quadro de hipocondria.

De acordo com Morel (2012), o *sinthoma*, na teoria lacaniana, refere-se ao quarto registro, mantendo o enodamento entre real, simbólico e imaginário, o qual Lacan adaptou à escrita do “*sinthome*”, a fim de designar a função do sintoma, em sustentar a união dos três registros. Sobre os três registros, simbólico, imaginário e real, Lacan (1955/1988, p. 24) adverte que, na psicose, “o sujeito fala literalmente com o seu eu” e ele mesmo comenta como se fosse a terceira pessoa, que se funda no desconhecimento da autonomia da organização simbólica, resultando em “uma confusão do plano imaginário e do plano real” (*ibid*, p. 24), enquanto, na psicose, o sujeito está radicalmente privado do nome-do-pai, havendo uma forclusão e os três registros estão desenodados.

Morel (2012) prossegue afirmando que a desarticulação dos três registros, no discurso sexual, induz a uma metáfora delirante do presidente Schreber pela identificação “À mulher”, na travessia da psicose, isso em dois lados distintos: o lado direito das fórmulas da sexuação localiza a invenção significativa “A mulher”, no delírio paranoico; no lado esquerdo, o significado da metáfora delirante, a diferença qualitativa do gozo feminino não-todo fálico, através de uma demanda de emasculação, em outros modos, uma invenção transsexualizada. Neste ponto, Lacan (1955-1956/1988, p. 209) faz algumas considerações, ao dizer:

[...] Tornar-se uma mulher e interrogar-se sobre o que é uma mulher são duas coisas essencialmente diferentes. Eu direi mesmo mais - é porque não nos tornamos assim que nos interrogamos, e até certo ponto, interrogar-se é o contrário de tornar-se. A metáfora de sua posição é o subterfúgio imposto à realidade subjetiva na mulher. Sua posição é essencialmente problemática, e até certo ponto inassimilável. Mas, uma vez que a mulher é introduzida *na histeria*, é preciso dizer que sua posição apresenta uma estabilidade particular, em que sua simplicidade estrutural - quanto mais simples é uma estrutura, menos ela revela pontos de ruptura. Quando sua questão adquire forma sob o aspecto da histeria, é fácil para a mulher colocá-la pela via mais curta, a saber: a da identificação com o pai [...].

Neste trecho, dentre muitas interpretações que podemos supor, Lacan, menciona que a mulher não faz referência ao órgão sexual, mas antes à posição subjetiva em que se coloca no mundo. Ao se referir à neurose histérica, marca o enodamento pelo amor ao pai. Já na psicose, ocorre a disrupção desse amor, tal como descrito por Schreber, que buscava o amor do Pai: Deus – sendo obrigado por Ele (= Deus) a tornar-se sua mulher em carne e osso.

Freud prossegue dizendo que a segunda fase do adoecimento de Schreber ocorreu em outubro de 1893, devido à sobrecarga de trabalho quando assumiu o cargo de presidente da corte de apelação de Chemnitz. O suposto paciente teve uma insônia atormentadora, queixava-se de um sofrimento por amolecimento cerebral, sendo posteriormente acrescentado de um quadro mórbido caracterizado por ideias de perseguição, originadas de alucinações, avançando para perturbações auditivas e acústicas.

Tinha uma suposição de que o seu corpo era objeto de horríveis manipulações de todo tipo, um abuso que sofria das coisas mais terríveis que se podia imaginar, em nome de uma causa sagrada. Os delírios lhe tomavam, ficando por horas completamente rígido e imóvel (estupor alucinatório). Ao invocar a morte, chega ao ponto de tentar, por muitas vezes, realizar atos de afogamento no banho. Os delírios tomavam um caráter místico e religioso, noa quais dizia se comunicar com Deus, e o diabo fazia das suas com ele. O suposto paciente relatava estar vivendo em outro mundo.

Schreber xingava diversas pessoas, ressaltando Flechsig, seu ex-médico, chamando-o de “assassino de alma”. Em seu delírio persecutório, o perseguidor inicialmente era Flechsig, posteriormente substituído pelo próprio Deus, a partir do momento em que foi internado no sanatório Sonnenstein. A partir do desencadeamento psicótico inicial mais agudo, envolvendo todo o seu psiquismo, foi diagnosticado com delírio alucinatório, que fora classificado como um quadro paranoico. O paciente, considerado capaz de levar sua existência, tomou medidas necessárias para excluir a tutela e obter sua dispensa da clínica. Entretanto, o diretor Dr. Weber se opôs ao desejo do paciente, fazendo pareceres contrários, porém acabaria por descrever a pessoa e a conduta do paciente de modo favorável em 1900.

Schreber apresenta elementos do seu ponto de vista sobre os nervos do corpo – estruturas de sutileza extraordinárias, correlatas ao fio de costura mais sutis-; a beatitude seria um estado de gozo ininterrupto, associado à contemplação de Deus, após a emasculação, o delírio primário da transformação em mulher, a certeza da convicção de que Deus lhe exigia a feminilidade que, para o paciente, era necessário fazer por todos os meios imagináveis, se sentia mulher de Deus.

Diante do exposto, supomos que a angústia pode ser descrita na exploração, elementos que o livro nos oferece, levando em conta o Nome-do-Pai, pela via do Pai divino de Deus, tomado como excesso de um delírio fora de sentido. Assim, podemos dizer que a angústia alucinatória de Schreber passa pela causalidade lógica do Pai, dos acontecimentos e fantasias proibidas que, uma vez privado, teria engendrado, Freud, analisando o livro, percebe o tempo original e explica que da privação da paternidade pode ter causado a desorganização psíquica como o sinal da angústia no campo pulsional. Na Psicanálise Lacaniana, a angústia pode advir de uma questão que engendra o enigma, presentificado na fantasia, do sem sentido, do nada, a coisa do real (Besset, 2002).

Schreber estava convicto de ser o seu objeto exclusivo. Dizia que experimentava os milagres na própria carne, comprovadas pelas vozes que falavam com ele: a hierarquia divina e os atributos de Deus, sendo inicialmente somente nervos infinitos e eternos, com a capacidade de se transfigurar em todas as coisas possíveis do mundo, denominado de raios, tendo uma relação entre Deus e o céu estrelado ou Sol, no delírio de Schreber.

No que concerne ao corpo, o paciente descreve como sofreu nos primeiros anos de sua doença: “viveu muito tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com o esôfago dilacerado, sem bexiga, com as costelas esfaceladas, algumas vezes teria engolido parte de sua laringe junto com a comida etc.” (Freud, 1911/2010, p. 23). Entretanto, dizia que milagres divinos (raios) o restauraram e por isso se tornara um homem imortal. Falava de sua imagem

fragmentada no espelho, em que via seu tronco seminu, enfeitado com adereços femininos (fitas, colares de bijuteria e outras coisas).

Para Freud, o caso Schreber descreve um estado de gozo ininterrupto associado à questão edípica, apontada ao enlevo que ele, em delírio, dirige-se em “posição feminina” (Lacan, 1955/1988, p. 110), doando-se ao pai – Deus como o seu “parceiro” sintoma, posição em que o sujeito se coloca na castração, alienação. Na análise do livro de Schreber, Freud afirma que essa posição proporciona o aparecimento do material “para a fantasia-desejo de transformação em mulher, primeiro combatida e depois aceita” (Freud, 1911/2010, p. 75). O suposto paciente se refere a um mínimo esforço da imaginação de estar na cama para adquirir o bem-estar dos sentidos, que renuncia o gozo sexual; ao se transformar pela emasculação, coloca-se na posição de satisfação sexual e no desejo de conceber: a pulsão de vida.

Esse contexto evidencia que “toda” mulher, na cultura, ao se colocar na posição de objeto, causa de desejo, ao buscar a via materna, alcança sua identidade de ser – a mulher, processo que Schreber concebe como emasculação. Isso converge com a questão em que Schreber parece ser a encarnação da exceção “A mulher” que não existe, mas que, ao passar a existir em seu delírio, funda o conjunto das mulheres. Lacan (1973/2002) em “O artudito”, designa esse delírio erotômico de “empuxo-à-mulher”, na psicose.

No livro *Ambigüedades sexuais: sexuación y psicosis*, Morel (2012, p. 211) converge com Lacan ao levantar o tópico “A concepção do empuxo-à-mulher”, no capítulo oito; em Freud, a causalidade sexual é articulada ao significante “falo” e que o enigma da feminilidade da histeria à psicose predomina a discussão analítica. A autora afirma que o empuxo-à-mulher é uma expressão tardia que faz referência a Schreber, um caso paradigmático para a paranoia. Essa expressão é uma extração que Lacan faz para definir o caso que, na concepção analítica, mantém-se, ao associar a história do sujeito no entorno do falo.

Morel (2012), com essa perspectiva, trazendo a questão da consequência da forclusão sobre “ser ou ter o falo”, discorre que, como sujeito, Schreber confunde e busca encontrar um lugar com a *Entmannung* e *Verweiblichung*, em que a primeira é a consequência da forclusão de “ter o falo”, enquanto a *Verweiblichung* é ficar no lugar substituto do significante e “ser o falo”. Lacan postula a concepção da *Entmannung* como equivalência da “morte do sujeito” e se justifica pelo significante da virilidade do seu texto, da vida, o significante do sujeito como ser vivente.

Assim, na *Entmannung*, negação forclusiva que recai sobre o efeito de “ter o falo”, ao mesmo tempo ocorre o apagamento da virilidade e o signo da “morte do sujeito”. Esse signo se materializa no face a face mortal pela via do espelho, Freud (1911/2010, p. 23), ao ler o texto,

testemunha e relata a “imagem fragmentada no espelho” (*ibid.*, p. 23) do sujeito, suposto. Morel (2012) afirma que a “morte do sujeito” apresenta um ponto morto que descreve o sujeito e que enodam o *Entmannung* e *Verweiblichung*. Supomos ser o enodamento das três questões contingências apresentadas na história de Schreber, já descritas neste estudo, antes do seu primeiro internamento. Assim, testifica a afirmativa de Lacan (1955/1988) sobre a associação da história do sujeito e o desencadeamento da psicose.

No processo primário delirante de Schreber, a sua transformação em uma mulher – emasculação –, acarretou delírio de perseguição sexual, posteriormente culminando em delírio de grandeza religiosa. Esse processo persecutório se iniciou com o professor Flechsig, o médico que cuidava do jurista, substituído consecutivamente pelo próprio Deus. Na emasculação, evidenciamos a certeza em seu delírio de grandeza que: “Está certo de ser ele objeto exclusivo de milagres divinos, sendo desse modo o homem mais extraordinário que já viveu sobre a Terra” (Freud, 1911/2010, p. 23).

Freud analisa a morte do pai e do irmão de Schreber, associando a causalidade psíquica e aponta tais acontecimentos como primordiais à segunda fase de sua doença ou também, talvez, à primeira. Freud encontra no livro palavras de grande peso do afeto que Schreber sentia pelo pai e pelo irmão, ao se referir às lembranças sagradas para ele. Consideramos esse momento de pesar uma denotação do amor símbolo da paternidade, tomado como espelho para ser refletido. Nessa mesma perspectiva, ele apresenta, em seu delírio, o desejo em receber de Deus o reflexo, e em posição gozante diz estar empalidecido pelo “sol como símbolo do pai” (Freud, 1911/2010, p. 106).

Nesse caso, Freud associa o efeito simbólico sublimado do pai do suposto paciente, ao referir-se ao sol na posição masculina, na maioria das línguas europeias, exceto o alemão, e como Schreber se sente atravessado por ele, efeito que se imagina empalidecido. O Pai da Psicanálise considerou a mesma expressão nostálgica do hino “Antes do nascer do Sol” de Nietzsche, associando a uma de suas pacientes quando havia perdido o pai, buscando encontrá-lo em tudo que acreditava ser grande e sublime. Freud, ao analisar o caso Schreber, encontrou no familiar complexo paterno a luta com Flechsig, revelada pelo paciente como um conflito com Deus, interpretado pelo conflito com o pai amado, que, ao pesquisar, localiza nas particularidades que não conhecia, mas que determinaram o conteúdo do delírio desse paciente.

É válido notar o relato sobre a importância do conteúdo do terceiro capítulo do livro de Schreber (1911/2021), que afirma ser uma preparação para que o leitor compreenda os capítulos posteriores do seu livro. No entanto, ele foi cortado, o que só pode aparecer em parte, homólogo ao axioma que “encontrará sua fundamentação, na medida em que permite o estado da questão”

(p. 60). A justificativa do capítulo três diz que ele podia apresentar algumas questões relativas a outros membros de sua família, associando-o ao “suposto assassinato de alma” (Schreber, 1911/2021, p. 60) que, de alguma forma, mostra a marca do enigma, sendo difícil de ser explicado, mas que retrata as experiências humanas.

A nota de rodapé dessa única página ratifica a falta da impressão do capítulo por consideração à família do suposto paciente, apaga, em parte, sua declaração consentida livremente no início do seu livro. Não obstante, testemunhamos o buraco que Lacan (1955/1988) encontra para entrar na clínica da psicose e sustenta sua afirmação associando família e desestruturação psíquica.

Nesse texto, Freud acrescenta o conflito à fantasia de desejo feminino, à privação de Schreber ter filhos no seu casamento, principalmente filho homem, pois ele tinha bastante orgulho das famílias, Flechsigs e os Schreibers, principalmente esta última, que ostentava título de: “margens da Toscana e da Tasmânia, de acordo com um hábito das almas de se adornar com títulos terrenos pomposos [...]” (Freud, 1911/2010, p. 77). A identificação do paciente com essas famílias nos lembra o amor de transferência.

Para arrematar este tópico, recorreremos a três pontos que supomos ser importantes na análise desse caso, em relação ao seu sintoma: o primeiro ponto mostra a insatisfação de Schreber, em junho de 1893, após receber sua iminente nomeação para a presidência da Corte de Apelação de Chemnitz. No segundo ponto, percebemos o desejo manifesto do sonho e o fracasso de não poder ser pai, pela perda de seis sucessivos abortos espontâneos, em decorrência da frágil saúde de Ottlin, descrito no início deste tópico; um rompimento de um sonho, uma renúncia à inscrição na psicose nessa fase; o terceiro e último ponto, o que supomos ser o principal: a morte do pai – o seu declínio.

Utilizamos a leitura da lição de 18 de dezembro de 1975, do *Seminário livro 23, O sinthoma*, para apontar a importância do processo de escrita de Schreber, em sua autobiografia, a sua estabilização, a qual associamos ao *sinthome*, chamado por Lacan de *sint’home*, significando a independência fálica de sua escrita. A partir da falta primordial do pai, ele toma o caminho para escrever, homologa “a última obra de Joyce *Finnegans Wake*” (p. 12), que conteve o artista por um longo tempo. Assim, Schreber tratou seu *sinthoma* que até hoje rola entre nós, “o *sinthoma* com rodinhas, que Joyce junta com o outro” (p. 16) e ao se deslocar, conteve sua estrutura psicótica, escrevendo o seu delírio.

Lacan nomeou esses dois termos *sinthoma*, a “arte de Joyce”, “boa maneira” (*ibid.*, p. 16) do *sinthoma* não ser privado pelo uso da lógica para “atingir seu real, até se faltar” (*ibid.*, p. 16). Foi com a arte da escrita que Schreber supriu sua firmeza fálica com a função da fala; a

sua escrita foi a fiadora de seu falo e pelo equívoco ele operou sua interpretação do Nome-do-Pai. O pai que ele inventa pela inversão, o pai-versão, “o símbolo só podia ser uma peça quebrada” (p. 20). E foi “preciso supor um quarto” (p. 21) para fazer o nó, símbolo borromeano de sua invenção paterna. Assim, “o pai é um sintoma ou *sinthoma*, se quiserem” (*ibid.*, p. 21) e com o *sinthoma* mostramos que Schreber faz o quarto laço, para inscrever seu nome, “Schreber escritor (*Schreiber*, em alemão)” (Gruner; Weinmann; Souza, 2020).

Supomos que os três pontos tocam a questão fálica, do desejo de estar ligado ao seu pai, pela via profissional, pela procriação e pela simbolização do nome do pai – os Schreibers. É aí que “aparece em Schreber uma estruturação de significante e do significado que apresenta dessa forma” (Lacan, 1955/1988, p. 300-301) – enraizado nesse período traduzindo o significado do seu livro pela escrita que vem a ser o seu nome em alemão – autor, ao localizar a escrita passa ao *sinthome* lacaniano. Na queda do amor transferencial do seu pai pela morte, o suposto analisando inventa, na cristalização paranoica, um Outro pai – Deus.

Para tanto, Schreber apresenta signos das questões paternas significativas, conectando-se particularmente pela via do *sinthome* e, sob o delírio, entra em confusão no plano do imaginário e do real, apresentando pontos de vista sobre “os nervos, a beatitude, a hierarquia divina e os atributos de Deus” (Freud, 1911/2010, p. 29). Os pontos de sua teoria se tornaram curiosos, devido à mistura de elementos banais, intelectuais e, sobretudo, os primordiais de sua história, o que Lacan (1955/1988) denomina de signo, que aprende com um dos seus pacientes psicóticos que relata ter entrado em um “mundo estranho” (p. 18), lugar em que ele é espionado, olhado, recebe uma piscadinha de olho, contudo, isso é invadido e Lacan nos adverte que veríamos a ambiguidade se estabelecer na função imaginária.

Apreendemos, nos textos da obra de Freud, utilizados nessa investigação, que o estudo do sintoma é marcadamente enodado à posição transferencial do analista às suas pacientes. A transferência é evidenciada como marco no atendimento de sua paciente de número 0 - Anna O./Berta Pappenheim, pois Freud acolhe e sustenta o tratamento dado ao sintoma, direcionado pelo seu colega e amigo Dr. Josef Breuer; por esse motivo, optamos por utilizar também, nesta discussão, o sintoma pela via transferencial.

Sobre a transferência, Freud (1915/2012) escreve o texto intitulado “Observações sobre o amor de transferência”; nele, descreve as dificuldades que o iniciante da prática da psicanálise encontra ao interpretar o sintoma nas associações que o paciente traz e o cuidado que deve ter com a reprodução do recalcado. A essas dificuldades, Freud adverte em não darmos importância, porém nos encoraja a nos convenceremos de que o único valor para o tratamento

psicanalítico está na transferência. A transferência é essencial à técnica da psicanálise e, para que aconteça, é inevitável a existência de aspectos sérios, dolorosos e cômicos.

Ainda nesse texto, Freud infere, ao destacar uma situação sobre o valor da transferência no tratamento dado ao sintoma, ao fazer referência do caso em que a paciente dá a entender que se apaixona pelo médico que a analisa. Para Freud (1915/2012), é necessário não se descuidar para não nos distanciarmos da transferência amorosa, não rechaçá-la, não estragá-la para o paciente. Dito de outro modo, abstermo-nos de forma segura correlativa a ela, de modo a corresponder para tratar o sintoma. A transferência deve ser tratada de forma irreal, como uma situação a ser atravessada e direcionada ao retorno originário do inconsciente; uma vez controlada, ajudar ao paciente a colocar, na consciência, pelo viés da elaboração do sintoma analítico, um espaço que convoca esta situação.

Ainda sobre a transferência, Freud percebe o cuidado afetuoso da paciente e concebe ser lícito usar de sua docilidade e atitude acolhedora respaldada analiticamente para que o tratamento do sintoma tenha progresso terapêutico. Esse manejo transferencial que Freud realiza assegura a si mesmo, evitando as manifestações da resistência da paciente. Ao analista, Freud adverte que a sua posição na condução do tratamento analítico dado ao sintoma deve ser de abstinência. Assim, declara o psicanalista: “recuse a paciente necessitada de amor a satisfação pela qual almeja” (Freud, 1915/2012, p. 218).

No tratamento do sintoma, o psicanalista deve utilizar-se da posição de abstinência ao amalgamarem os motivos éticos e técnicos na condução do tratamento, não possibilitando responder às necessidades infantis do paciente. De acordo com o argumento de Freud, o fenômeno da transferência corresponde ao caráter essencial de toda paixão e que toda paixão repete como energias infantis, em outros termos, o sintoma em sua origem. O psicanalista que trabalha com energias mais explosivas, precisa de cautela e sutileza, análogo ao químico. Cabe ao analista manipular os diversos impulsos químicos até dominar a situação para o bem do paciente. Freud relata que o neurótico demanda o *furor sanandis* [furor de curar], mesmo sem querer, pois se ancora ao desejo pelo viés do sofrimento, para demandar ao analista o amor de transferência.

Já no texto das conferências introdutórias, no ensaio teórico-clínico denominado “O sentido dos sintomas”, Freud (1916/1917, 2014) explica o sentido dos sintomas pela psicanálise, ao fazer o relato de dois casos. Ele analisou as questões individuais do paciente e suas experiências como um ponto que estabelece o sintoma, considerando o seu sentido. Para Freud, os sintomas neuróticos têm um sentido, como as parapraxias e os sonhos, fazendo uma correlação com a vida de quem os produz. Traz ainda que, no tratamento, a psicanálise não se

ocupa com a complexidade da doença, entretanto, considera os relatos da história do paciente e, a partir daí, interpreta o sintoma analítico.

Nessa mesma conferência, Freud descreve o ponto que a psicanálise se distancia da psiquiatria, ao delimitar seu campo – a saber: a subjetividade – no conteúdo dos sintomas descritos pelas experiências dos pacientes. Sua perspectiva não desprezou os colegas que iniciaram o estudo sobre o sentido dos sintomas neuróticos, desenvolvido em um caso famoso de histeria pelo psiquiatra Leuret, mesmo sem saber interpretá-lo, vindo antes da publicação de Breuer, seu único feito.

Freud, durante um longo tempo, deu mérito ao pesquisador francês Pierre Janet, ao trazer a compreensão sobre o sintoma neurótico como um conjunto de ideias inconscientes que dominavam o paciente, entretanto, passa a se manifestar com acentuada reserva, deixando de acreditar no inconsciente, com exceção da forma de dizer, *une façon de parler*, que não pensava nele mais como algo de real. Assim, Freud não mais compreendia suas exposições e nisto ele supôs que Pierre Janet perdeu sua excelência.

Freud (1916/1917, 2014) também ratifica a importância da continuação dos estudos e ressalta que a descoberta não é feita de uma única vez, que o mérito nem sempre está acompanhado do sucesso. A esse respeito, trouxe ainda a importância da interpretação dos sintomas para compreender o sentido, considerando as ideias inconscientes que comandam o paciente. Nessa elaboração sobre o sentido do sintoma, Freud deixa de dar créditos aos seus antecessores e segue mais além com as sutilezas nas interpretações da história do paciente.

Nessa conferência sobre o sintoma, Freud ainda enfatiza que o trabalho que a psicanálise realiza diverge do trabalho da ciência. Os sintomas psíquicos, apresentados nos casos clínicos expostos por Freud, se tornaram base para seus estudos, feita a proposição do método de tratamento psicanalítico. Esses casos servem de bússola para este estudo. Freud toma como sintoma a concepção mental como processos do sentir, do pensar e do desejar.

Freud, ao discutir os dois exemplos de sintoma obsessivo nessa conferência, faz interpretação e aponta elementos inconscientes na construção, ao trazer riquezas de detalhes ao expor os casos, leva em consideração a singularidade e a forma de atuação das pacientes. No entanto, Freud não podia comprovar, ponto em que diverge da medicina. Ele acreditava e desejava provar, mas se contentou em expor aos médicos apenas uma amostra para sustentar a afirmação dos seus estudos, advertindo que todo aquele que buscasse uma experiência própria seria convencido disso.

Freud explana, no primeiro exemplo trazido por ele, o caso de um sintoma obsessivo, uma velha observação que realizou e que não quis compensar por outra. Uma mulher de trinta

anos que, devido à impotência do esposo na noite de núpcias, tinha um comportamento obsessivo que ele identificou pelas idas e vindas de um quarto a outro, na presença da empregada. A paciente se colocava à mesa de maneira que, quando a criada fosse chamada, visse a mancha de tinta vermelha na toalha.

Freud fez diversas interpretações desse caso, fazendo equivalência ao substituir cama e lençol por mesa e toalha, lembrando-nos dos estudos sobre o simbolismo nos sonhos em que podemos supor as fantasias dessa paciente expostas por ele, do que a empregada pode pensar sobre o ato sexual do casal. Freud mostra também o caminho da interpretação do sintoma na estrutura obsessiva que, pela paciente, ele conheceu, mostrando mais a psicanálise como uma clínica da escuta e prossegue a interpretação do sintoma, ao trazer seus elementos: o cerne do caso, a repetição, a forma do sonho, a realização de um desejo.

No segundo caso, Freud traz um exemplo diferente: uma moça de dezessete anos que faz uma cerimônia ao ir para a cama, mostrando-se o amor ao pai e a rivalidade com sua mãe, resultando em sofrimento para os seus pais. Traz os elementos sintomáticos descritos pela paciente, a saber: o recolhimento de todos os relógios, até o minúsculo de pulso, a disposição dos travesseiros na cabeceira de madeira e o sacudir do edredom para criação do inchaço. Na interpretação dos dois casos, Freud mostra o sentido do sintoma para cada elemento, contrapondo aí a palavra de descrença de Janet sobre o inconsciente como apenas uma forma de dizer, *une façon de parler*, não como algo de real.

Nesse sentido, Freud (1916-1917/2014), em sua trajetória de estudos divergente aos estudos da medicina, progride os seus estudos, avançando de forma solitária na construção, por mais de quatro décadas, da teoria psicanalítica. Em construção, faz um percurso exaustivo de estudos em discussões de casos sobre o sintoma da histeria e, de forma sólida, sustenta seu desejo de saber. Ao atravessar de um século a outro, a prática clínica, passando pelo estudo de caso e escrita sobre o sintoma analítico, chega a nos alcançar, bem como outros psicanalistas da nossa contemporaneidade têm sustentado.

Na psicanálise, o tratamento dado ao sintoma é observado pelo analista pela via da fala inconsciente do sujeito. Freud ressalta as sutilezas que o sintoma apresenta em cada caso, o que faz a diferença em psicanálise, a clínica da escuta um-a-um (Coutinho, 2015). Apreendemos, em Freud, que essa clínica opera, ao perceber a singularidade do sujeito pela via sintomática.

Portanto, na primeira tópica freudiana, sublinhamos a dimensão da transferência dentre outros pontos importantes, abordados nos estudos sobre o sintoma na neurose e na psicose em Freud. Tal fenômeno nos ensina que a clínica psicanalítica constitui um importante e distinto fator que a psicanálise possui e que se desencontra das outras áreas. A partir de então, Freud

relata pontos que convergem para o manejo clínico do tratamento sob transferência, que vem a ser o fator primordial sustentado por ele, a partir do caso Anna O.

Nos estudos sobre o sintoma, o Pai da Psicanálise subverte e aponta um caminho ao psicanalista, a saber: da abstinência, de não responder às paixões infantis da paciente, do acolhimento, da escuta do sintoma na clínica da neurose e da psicose. Consideramos, também, na primeira tópica freudiana, uma contribuição valiosa por parte dos analisandos, ao apontar inconscientemente a posição do analista pelas interpretações a Freud, ao realizar os seus atendimentos nos casos de neurose e, sobre a análise da autobiografia de Schreber, supomos o desejo de ser um caso a ser investigado, pela sua declaração: “[...] oferecer minha pessoa ao julgamento dos especialistas, como objeto de observação científica. Este convite é o principal objetivo que persigo com a publicação do meu trabalho” (Schreber, 1911/ 2021, p. 293) e, mais ainda, um ponto inicial da clínica da psicose de Freud.

4.2 O SINTOMA NA SEGUNDA TÓPICA FREUDIANA

Após os anos de 1920, Freud, tomando como base o estudo clínico sobre a psicose e considerando que a primeira tópica não dava conta de certos fenômenos, cunhou uma nova teoria psíquica, um modelo estrutural. A este respeito, faz-se mister a análise do sintoma no escrito da publicação que Freud faz do caso Schreber, exímio artigo publicado por ele (Freud, 1911/2010), considerado uma direção para apresentação e análise do sintoma, nos relatos de caso desta dissertação, bem como outros textos que nos conduzem à interpretação desse caso, no que concerne à construção de noções teórico-clínico em psicanálise que nos ajudam no engendramento deste estudo.

Em “Neurose e psicose”, Freud (1924/2011a) se refere à prevenção das psicoses, expondo que o sujeito fala de si ao analista que escuta sua urgência subjetiva. Freud associa esse processo a uma trajetória de pensamento que o paciente dirige ao outro exterior, evidenciando a origem da psicose; em outros termos, o que foi reprimido da realidade psíquica, o sintoma. Neste ponto, faz a distinção genética entre neurose e psicose, ao relatar que: “[...] a neurose seria um resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior” (Freud, 1924/2011a, p. 177).

Ainda nesse texto, Freud, ao diferenciar a neurose, referindo-se à soma do conflito entre o Eu e o Id, relata que a luta contra o sintoma ocorre em todas as neuroses de transferências em que o Eu se encontra em conflito com o Id, a serviço do Super-eu e da realidade. O sintoma

aqui seria descrito como um substituto do poder do Eu, uma luta contra uma criação pela via pulsional. Assim, as neuroses de transferência surgem apresentando a fórmula mais simples de solucionar um problema, contestando o objeto que ela deseja.

Nesse mesmo artigo, Freud descreve a origem estrutural da psicose, apontada como um distúrbio na relação entre o *Eu e o mundo externo*, ou seja, uma dificuldade na relação social; faz uma referência ao que Meynert chamou de “amência”, uma perturbação alucinatória aguda, talvez a mais extraordinária forma da psicose, em que o mundo externo não é compreendido ou dele não seja percebido nenhum efeito, devido ao acúmulo mnêmico das percepções anteriores que, como “mundo interior”, é o caso dos pensamentos que constitui patrimônio e material do Eu. Na amência, não é retirado das novas percepções o que foi colhido, porém é retirado a importância do mundo interno.

Na afirmação de Freud, tanto a neurose quanto a psicose se originam dos conflitos entre o Eu e as outras instâncias superiores, ou seja, correspondem ao fracasso do Eu ao conciliar com suas diferenças reivindicadoras, pedindo que as complemente. Ele afirma ainda que a irrupção da psicose está sempre relacionada à frustração, à falta de uma realização de um dos desejos infantis, excessivamente enraizado. Freud ainda relata a despeito da psicose:

[...] autonomicamente o Eu cria um novo mundo exterior e interior, e não há dúvida quanto a dois fatos: de que esse novo mundo é edificado conforme os impulsos de desejo do Id, e de que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente intolerável frustração do desejo por parte da realidade. Não podemos ignorar o íntimo parentesco entre essa psicose e o sonho normal. Mas a precondição para o sonho é o estado do sono, caracterizado, entre outras coisas, pelo total afastamento da percepção do mundo externo [...] sobre a gênese das formações delirantes, algumas análises nos ensinaram que o delírio é como o remendo colocado onde originalmente surgirá uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior (Freud, 1924/2011a, p. 180).

Dito de outro modo, a certeza é um ponto importante a ser considerado na psicose, assim como a interpretação na forma literal do sonho pode ser um sinal de rompimento dessa estrutura. Nessa perspectiva, consideramos a certeza descrita por Freud no caso Schreber, de ser o escolhido por Deus para, via emasculação, salvar a humanidade, renunciada pelo sonho que teve após a sua frustração de não poder ter filhos e ficar no estado de melancolia, por não poder ostentar o título pomposo de “os Schreibers”, uma importante insígnia para o suposto analisando, após a morte de seu pai; uma descoberta freudiana, o nome do pai na psicose, a realização de um desejo – o sintoma Schrebianos.

No texto “A dissolução do complexo de Édipo”, Freud (1924/2011b) revela a importância desse complexo como fenômeno central da fase sexual na primeira infância. O interesse que o menino direciona ao seu órgão genital, somente o masculino, o pênis, ao manipular frequentemente esta parte que mais admira, aparece a ameaça de perder parte do seu corpo – a mão. A criança descobre que os adultos o reprovam, em sua grande maioria, as mulheres, como foi no caso de Hans, um garoto de cinco anos de idade, ameaçado pela castração da mãe, resultou no sintoma de inibição de não sair para a rua.

A psicanálise atribui valor a duas experiências que quase toda criança passa e pode conferir preparo em perdas valiosas na vida, tais como: a retirada do peito materno e a expulsão diária do excremento intestinal pela via retal. No entanto, com a ameaça de castração, essas experiências não possuem efeito, fazendo a contragosto, diminuindo o impulso libidinal do seu desejo. Nessa perspectiva, o sintoma se apresenta em sua forma mais original pela via do desejo sexual, na primeira infância. Freud aponta que a menina procura ser a amada do pai acima de qualquer coisa, porém se vê expulsa deste prazer experimentado no paraíso. Quanto ao menino, tem a mãe como sua propriedade, mas o seu amor é ameaçado pelo recém-nascido, o qual recebe a maior dedicação de amor da sua mãe.

Nessa tópica, Freud afirma a importância do declínio do complexo de Édipo para que, nessa fase de desintegração, seja proporcionada uma experiência na maioria das pessoas, um fenômeno que sinaliza o advento do sujeito do inconsciente. Na abolição desse processo, supomos haver uma linha divisória entre o normal e o patológico para a sociedade. Freud também associa a dissolução edípica a duas experiências humanas necessárias; faz um traço divisor, essencial para o desenvolvimento nessa fase, a saber: a queda dos dentes de leite, no surgimento dos dentes permanentes, e o nascimento do indivíduo supostamente saudável.

Ainda sobre o sintoma como satisfação pulsional, Freud descreve que o complexo de Édipo oferece ao menino duas possibilidades. De um lado, a função ativa; pela masculinidade, a criança se coloca na posição do pai para se relacionar com a mãe; neste caso, o pai vem a ser o empecilho da relação; do outro lado, a possibilidade de ficar na posição passiva de substituto da mãe para ser o amado do pai. Freud afirma que os pensamentos vagos que o menino sempre tem, se constituem numa relação sexual satisfatória, envolvendo a participação do seu pênis, atestado pelas sensações sentidas no seu próprio órgão.

Concernente à origem do sintoma como satisfação pulsional na menina, Freud relata a origem pela possibilidade da castração. Na satisfação amorosa, no campo do complexo de Édipo, o valor do falo é substituído pela necessidade de conflito de interesse que a menina tem por essa parte do corpo e investe nos objetos que representam seus pais. Rememoramos o

exemplo do caso de uma garota que Freud expôs, em suas conferências introdutórias à psicanálise, em que assevera que a neurose é percebida pelo sintoma da insatisfação. Ao se referir à castração, Freud nos adverte que a questão sexual pode ser uma consequência da educação mais pesada para a menina, uma repressão. É preciso tomar esse texto freudiano sobre o Édipo de forma mais crítica.

Em “Psicanálise”, Freud (1926/2014) considera a impossibilidade de limitar o progresso dos seus estudos desde 1910, destacando, contudo, o período mais importante da sua pré-história entre 1880 e 1882, o método catártico, uma invenção do médico vienense, Dr. Josef Breuer, para livrar os inúmeros sintomas sofridos por sua paciente, no caso célebre de uma garota que sofria gravemente de sintomas histéricos. Naquela época, ainda não existiam os estudos de Charcot e Pierre Janet sobre a gênese dos sintomas histéricos, e Breuer também não deu prosseguimento à sua descoberta. Dez anos depois, em 1895, Breuer retoma seus estudos em colaboração com Freud e ambos publicam o livro *Estudos sobre a histeria*, visando a explicar o sentido do sintoma, a partir dos achados de Breuer, mediante a teoria da catarse.

Freud acredita, em sua hipótese, que o sintoma histérico surge porque a energia do processo psíquico interrompe a elaboração consciente e segue na direção da conversão. O sintoma histérico, então, seria substituído por um ato psíquico que não aconteceu, ocasionado pela reminiscência do momento. O tratamento catártico obteve ótimos resultados terapêuticos, porém não eram duradouros e dependiam da relação entre o médico e o paciente. Freud, posteriormente, segue solitário e modifica a técnica, instante em que cria o nome Psicanálise, e, no decorrer do tempo, adquire dois significados: 1) método original para o tratamento dos sintomas neuróticos; 2) a ciência dos processos psíquicos inconscientes, denominado também de “psicologia profunda” (Freud, 1926/2014).

Em relação ao trabalho inicial da psicanálise, Freud sublinha a elucidação da neurose; sua teoria se baseava em três fundamentos: 1) a teoria da repressão; 2) da importância das pulsões sexuais; 3) da transferência. A respeito do estudo do sintoma, pelo marco do primeiro caso acolhido por Freud, há uma evidente teoria por efeito da transferência, entre muitos conceitos produzidos em seu percurso de investigação. Assim, referente ao valor da psicanálise, previu Freud ao dizer que: “O futuro provavelmente dirá que a importância da psicanálise como ciência do inconsciente ultrapassa em muito a sua importância terapêutica” (Freud, 1926/2014a, p. 314).

Freud (1926/2014b), em sua obra “Inibição, sintoma e angústia”, nos esclarece que o fenômeno estrutural nos possibilita diferenciar os sintomas da inibição, os quais se originaram do mesmo solo, apresentando-se amalgamados à estrutura psíquica. Enquanto a inibição tem

uma relação importante com a função do eu, o sintoma nos dá evidência de uma estrutura psíquica. Nesse sentido, na linguagem psicanalítica, a inibição pode ser um sintoma, e este está relacionado à pulsão de vida, ao movimento de fazer funcionar, indica uma estrutura psíquica, neurose ou psicose. Face a essa perspectiva, a função sexual está estritamente ligada ao estudo do sintoma.

Ainda nesse texto, Freud afirma que, tanto a angústia quanto o sintoma não se apresentam entrelaçados, explicitamente, em razão da consequente situação de perigo inserida entre a distância da angústia e o sintoma, porém, o exercício da inibição geraria angústia, uma reação ao perigo. A angústia é um afeto que tem a capacidade de conquistar uma posição essencial na economia psíquica, percepção que está associada à fundamentação do perigo. Foi no “pequeno Hans” que Freud considerou o primeiro exemplo de zoofobia histérica infantil, caso típico pela apresentação do traço primordial, o medo, em que Hans se recusa a sair de casa pela ideia fixa de ser mordido pelo cavalo, assim como o Homem dos Lobos tinha medo de ser devorado pelo lobo, que representa as ideias substituídas da realidade, o sintoma, no qual está situado o motivo da repressão.

Nesse mesmo texto, o sintoma incorpora a passividade do Eu. Sobre essa perspectiva, Freud supõe que a angústia pode ser sentida nas sensações corporais, como o exemplo do caso da fobia de Hans. Freud afirma que, na neurose de conversão, os sintomas mais evidentes são: paralisia motora, ação involuntária ou descarga, dor. O caminho da formação do sintoma, na neurose de conversão, não pode ser discernido, pois se trata de um terreno infecundo. O sintoma na neurose obsessiva possui tendências opostas: de um lado, são interdições, medidas de precaução, penitências de forma negativa; de outro, são satisfações substitutivas, geralmente em forma simbólica.

Destacamos o sintoma no momento inicial em que Freud o descreve por uma linguagem distinta à medicina. Ele não fixa os estudos desse fenômeno na classificação como é de praxe, na medicina determinista, que delimitam os conceitos. Freud não dissocia o sintoma da estrutura neurótica, o faz em paralelo, ao iniciar os estudos dessa estrutura. Ao avançar, descreve a formação do sintoma juntamente à neurose de conversão e à neurose obsessiva, e investiga pontos de fixação dessas estruturas psíquicas.

Freud afirma a existência da relação significativa entre o sintoma enodado à instância da inibição e à angústia, no que concerne à relação sexual. No tocante ao enlaçamento do sintoma a outras instâncias, diz Freud: “O fato de o Eu, na fobia, poder escapar à angústia evitando algo ou desenvolvendo um sintoma de inibição harmoniza-se muito bem com a concepção de que essa angústia é apenas um sinal afetivo” (Freud, 1926/2014b, p. 65-66).

A inibição está ligada conceitualmente à função, ao pensarmos no estudo do sintoma. Em linguagem mais simples, a inibição tem a função diminuída ao supor uma possível neurose obsessiva, enquanto, no sintoma, há o aumento da função, supondo uma neurose histérica, originada pelo medo sexual. Para Freud, este último exemplo é frequente na mulher, no caso de histeria; em relação ao medo da função sexual, e da mesma forma que se origina o sintoma do nojo posterior à relação sexual, vivenciado na posição passiva.

Ainda em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud afirma que a inibição no homem é descrita pela função sexual, em que, pelo afastamento da libido no ato, a falta de preparação física pode abreviar a relação sexual, por uma ejaculação precoce, um corte pela falta de acontecimento do efeito psíquico; dito de outro modo, um desprazer pelo orgasmo, consequência do processo de repressão. Outras perturbações decorrem da ligação entre a função e condições especiais de forma perversa ou fetichista. Ao descrever a conceituação da inibição, verificamos que ela expressa uma limitação funcional do Eu e sua análise demonstra a razão que requer das funções, ou seja, o necessário uso dos dedos e dos pés, observadas nas atividades de tocar piano, escrever ou andar, que são executadas por inibição neurótica e também podem ser descritas como sintoma (Freud, 1926/2014b).

Freud prenuncia a permanência do sintoma, ao afirmar que a sua presença não pode ser eliminada. Entretanto, afirma que é possível levar melhor vantagem em situações em que ele se inscreve, a sua existência reduz a exigência do Super-eu. Nesse sentido, o sintoma se torna gradativamente um representante de maior valor, ao assegurar em si mesmo, no enlace íntimo que se estabelece com o Eu. Ele aparece também em outras estruturas, na neurose obsessiva engrandecem o seu amor-próprio na ilusão de serem as melhores pessoas, sua autossuficiência. De acordo com Freud, a fase da puberdade constituiu-se num momento importante para o desenvolvimento da neurose obsessiva, em que o desenvolvimento sexual infantil cristaliza a direção do recomeço, que ocorre na juventude.

Na paranoia, o sintoma é testemunhado pela via do delírio, que sustenta a perspicácia e a fantasia do paciente, um campo que não pode ser deslocado para a realidade com facilidade. Tanto a neurose obsessiva, quanto a paranoia convertem-se em grande valor para o Eu, pela via da satisfação narcísica que lhe é conferida. Na histeria de conversão, os sintomas se apresentam frequentemente em forma de: “paralisia motora, contração, ação voluntária ou descarga, dor, alucinação” (Freud, 1926/2014b, p. 46). Pela análise, pode ser descoberto o processo de confusão, a situação sob a qual ocorreu a repressão, transformado em sintoma. Ele é criado para reduzir a situação de ameaça sobre a qual está envolvido, análogo ao nascimento, em que o Eu

se vê desamparado nas maiores cobranças libidinais, concepção primordial que a angústia se apresenta.

Freud (1926/2014b) afirma que tanto a angústia quanto o sintoma não se apresentam entrelaçados explicitamente, devido à consequente situação de perigo inserido entre angústia e sintoma, porém, o exercício da inibição geraria angústia, uma reação ao perigo. No sentimento da angústia, o afeto tem a capacidade de conquistar uma posição essencial na economia psíquica, percepção que está associada à fundamentação do perigo. Nesse tópico, Freud versa sobre a angústia, a partir da análise crítica que faz do livro escrito em 1923, por Otto Rank, sobre o trauma do nascimento, a cena primordial. Ele dá um destaque reconhecendo que essa perspectiva permanece no campo da psicanálise e essas ideias legitimam o interesse em resolver os problemas analíticos, ponto principal que considera para a formação do sintoma.

Em certo ponto, Rank (1923) dá atenção à veemência do perigo e ressalta o nascimento como situação primordial da angústia, pelo acontecimento de corpo, pela convulsão econômica gerada pela contingência do nascimento. No “só depois”, mantém-se uma situação comum a todas as outras pelo sentido da falta, ao se constituir na separação materna, a perda do objeto, segundo e importante ponto da teoria edípica freudiana. O trauma do nascimento afeta a pessoa de acordo com a singularidade de cada um, considerando a dimensão inicial gerada pela angústia e determina como o indivíduo poderá dominar o medo, a partir dessa experiência. Freud relata que a tentativa de Rank, em relação ao trauma do nascimento, não contribuiu para os problemas da neurose, mas considera sua perspectiva do sofrimento na angústia do nascimento, o trauma, fato primordial para a origem do sintoma.

Referente ao sintoma como sofrimento psíquico, Freud (1930/2010), em sua obra denominada “O mal-estar na civilização”, questiona a dificuldade que o homem tem em ser feliz e indica três fontes das quais advém o sofrer: pelo autoritarismo da natureza; pelas limitações do nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os laços na família, no Estado e na sociedade. As duas primeiras fontes não devemos duvidar, pois somos obrigados a reconhecer o sofrimento que nos rende ao inevitável fim, partindo da nossa experiência milenar. Não podemos ab-rogar o sofrimento, mas podemos eliminar parte dele; dito de outro modo, não podemos eliminar o sintoma, mas podemos aprender a viver com ele.

Em relação à terceira fonte de sofrimento, a social, faz-se mister admitir o lugar que a psicanálise nos convoca, o de analisar-se sobre a responsabilização das escolhas que fazemos em nossa cultura, dito de outro modo, de lembrarmos como fracassamos, na posição de conjecturarmos o sofrimento. Assim, Freud declara: “nasce a suspeita de que aí se esconderia um quê da natureza indomável, desta vez da nossa própria constituição psíquica” (Freud,

1930/2010, p. 44). Ele faz referência à última técnica da vida que o jovem escolhe, na busca da promessa para sua satisfação substitutiva ao sofrimento, referindo-se à fuga para a neurose. Quanto ao indivíduo adulto, aponta para o fracasso na busca da felicidade, encontrando alívio ao consolar-se no prazer que adquire na religião, no álcool e outras drogas, o ópio para o mal-estar da civilização.

Analizamos o sintoma como uma criação psíquica, uma satisfação pulsional, análogo à digressão que Freud faz ao sobrepujar a origem da realização humana, referindo-se ao acontecimento do domínio que o homem tem sobre o fogo, a primeira e mais extraordinária invenção. Ele associa o ato cultural criativo que o homem primitivo realiza à satisfação infantil, o que supomos ser a conversão sintomática na neurose histérica e obsessiva. A este respeito, consideramos a rememoração criativa, quando Freud (1930/2010, p. 51) diz:

[...] Com os óculos ele corrige as falhas da lente de seu olho, com o telescópio enxerga a enormes distâncias, com o microscópio supera as fronteiras da visibilidade, que foram demarcadas pelas estruturas de sua retina. Com a câmera fotográfica ele criou um instrumento que guarda as fugidias impressões visuais, o que o disco de gramofone também faz com as igualmente transitórias impressões sonoras; no fundo os dois são materializações da sua faculdade de lembrar, de sua memória. Com o auxílio do telefone, ele ouve bem longe, de distâncias que seriam tidas por inalcançáveis mesmo em contos de fadas; a escrita é, na sua origem, a linguagem do ausente, e a casa, um sucedâneo do útero materno, a primeira e ainda, provavelmente, a mais ansiada moradia [...].

Consideramos, nesta tópica, a descrição que Freud faz sobre o sintoma, uma invenção humana, uma ficção pela via da satisfação pulsional, apontado para a origem do desejo, a partir da infância que não cessa de se apresentar. Ele versa sobre o sintoma por duas óticas: de um lado, pelo sofrimento humano, o mal-estar na cultura; do outro lado, na ilusória de que o homem cria seu ópio presentificando, na religião e na intoxicação das substâncias psicoativas, o “consolo” para tamponar o sintoma desde a sua época.

Para lapidar este capítulo sobre o sintoma, tesouro da obra freudiana, interpretamos, nos textos pré-psicanalíticos, uma invenção teórica, em que Freud vai mais além tanto do seu mestre Charcot, quanto dos seus estudos sobre a histeria, em parceria com Breuer. Seus estudos amalgamados com os casos clínicos traz a marca, a partir de Anna O., na transferência do tratamento dado ao sintoma, de um percurso constitutivo dos conceitos psicanalíticos em parceria com a sua cultura. Na primeira tópica, consideramos o avanço da teoria freudiana nos estudos das estruturas psíquicas, nas apresentações de casos de neurose e na análise de psicose, a partir da obra do presidente da corte, Schreber.

O estudo sobre o sintoma aborda o percurso do trabalho constitutivo que Freud realiza na minuciosa descoberta das estruturas psíquicas, neurose histérica e neurose obsessiva, descritas em seus primeiros casos, e psicose, na análise do livro de Schreber. Em sua obra, funda o seu método e avança nos estudos do sintoma, versando sobre as instâncias: Eu, Id e Super-eu, em cuja elaboração seguimos pela perspectiva do complexo de Édipo. Freud vai mais além, na segunda tópica, ao discutir o sintoma nas suas relações com a inibição e a angústia. Finalmente, discorre sobre o sofrimento psíquico na cultura, discutindo seus problemas. Ele adverte o interesse da psicanálise, ao apontar a posição do analista na clínica da escuta do sintoma, já descrito nos efeitos da psicanálise pela via da interpretação a qual versamos no quarto e último capítulo deste estudo: *Efeitos da escuta no dispositivo lacaniano da urgência subjetiva*.

CAPÍTULO IV

EFEITOS DA ESCUTA NO DISPOSITIVO LACANIANO DA URGÊNCIA SUBJETIVA

5.1 A ESCUTA DO SINTOMA NA URGÊNCIA SUBJETIVA

Neste capítulo, propomos uma articulação sobre a escuta da angústia associada à questão sexual que, em sua presentificação mais direta com o sintoma, se constrói na organização do discurso do paciente com o analista, no atendimento de urgência subjetiva, apresentado na clínica do binarismo estrutural (neurose e psicose). A fim de alcançar o objetivo deste capítulo, apresentamos duas vinhetas: a primeira, atendida pelo Pai da Psicanálise que nos deixa pistas da noção de escuta subjetiva na clínica da neurose, descritas nos textos pré-psicanalíticos e, após cento e trinta e um anos, faz a clínica psicanalítica sempre atual.

A segunda vinheta inclui um caso suposto de psicose ordinária, no atendimento de urgência subjetiva, pelo dispositivo lacaniano, resultando em possíveis efeitos de elaboração que a pesquisadora testemunha como estagiária no Projeto *Escuta subjetiva da comunidade: clínica psicanalítica no SPA/UFS* (Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe). Em ambas as vinhetas, mostramos que Freud faz extensão à clínica da urgência subjetiva, inaugurando a associação livre e, com esse ato, presentifica a psicanálise no mundo, a qual testemunhamos também na escrita do livro do psiquiatra Ellenberger (2023) que, em riquezas de detalhes, descreve tão bem o percurso de Freud, desde a privada infância distante do estudo. E, finalmente, abordamos a posição do analista finalizando este terceiro e último capítulo deste estudo.

De acordo com Fonteles (2015), os textos de Freud tidos como culturais/sociológicos, a saber: “Totem e tabu” (Freud, 1912-1913/2012); “O futuro de uma ilusão” (Freud, 1927/2014); “O mal-estar na civilização” (Freud, 1930/2010) apontam seu interesse para o social, em que as relações com a cultura, constituição e questões incestuosas na família, do laço social e da sociedade foram por ele abordados. Esse fato ratifica as potencialidades da aplicação da psicanálise e sua extensão em diversos campos.

Utilizaremos obras de autores psicanalistas argentinos, reconhecidos em atendimento de urgência subjetiva, como: Ricardo Seldes (2019), em *La Urgencia Dicha*; Sotelo (2015), com *Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Faremos a discussão clínica sobre o manejo diferencial da psicose ordinária, descrita por Lacan, em o Seminário 3,

As psicoses e Henriques e Birman (2014), em “Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária” (Jean-Claude Maleval, 2003).

No texto “Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano”, Lacan (1960/1998) ressalta que os momentos fecundos acontecem quando Freud se distancia do método hipnótico e de sua relação com a explicação dos fenômenos histéricos. Freud avança quando escuta as histéricas, instante em que situa toda tradição psicanalítica e, pela via do desejo, se faz analista. Deixa ser guiado pela fronteira sensível entre a verdade e o saber, que se pode dizer, da ciência do sujeito pelas formações inconscientes.

É mister destacar a urgência subjetiva, a partir da noção de urgência descrita por Seldes (2019), homólogo a “um sintoma contemporâneo”. Esta primeira nos chama atenção para refletirmos sobre as formas de satisfação implícita nos modos de gozar do mal-estar contemporâneo. A urgência tem sido o reflexo da nossa civilização pós-moderna, ancorada nas regras de estilo de vida atual, incluindo aí a relação com o tempo e espaço, aprovando um ritmo por imposição. Esse processo traduz o ataque de pânico generalizado no mundo e em qualquer ser falante, pode ser definido como um tempo, um momento que responde ao irrompimento de um trauma, um traumatismo na linguagem.

Nessa direção, tomamos como ponto de partida o exemplo de prática clínica para pensar a posição do analista, Freud – intérprete do sintoma sexual em Katharina, utilizada como vinhetas clínicas. Seguimos com a primeira vinheta deste capítulo, o quarto caso descrito por Freud, uma análise de um dia – Katharina: uma urgência subjetiva em Freud.

5.1.1 Katharina: uma urgência subjetiva

Abordaremos, nesta vinheta, a inauguração da escuta de uma urgência subjetiva em Freud articulada à angústia, o sinal do real. Freud, em excursão ao Hohe Tauern, uma das mais altas montanhas dos Alpes, nome que também foi dado à hospedaria em que goza de suas férias, relata que, ao tentar esquecer a medicina, se percebe novamente em meio às neuroses. Tendo se hospedado na pousada da tia de Katharina, paciente que o buscou para falar de sua angústia, o Pai da Psicanálise se mostra interessado e diz ironicamente que não sabia: “que as neuroses prosperassem tão bem a uma altitude acima de dois mil metros” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 181).

Aí, surge o primeiro atendimento de urgência subjetiva. Freud (1893-1895/2016, p. 180), ao ser reconhecido pelo seu nome no livro de visitantes da hospedaria, foi questionado: “*O senhor é médico?*”. A pergunta foi endereçada a Freud e vinha de uma adolescente de

aproximadamente dezoito anos que, na refeição, o servira com semblante aborrecido e a quem a estalajadeira chamara “Katharina”. A moça relatou ter sofrido uma tentativa de abuso sexual pelo seu tio, por efeito do abuso de álcool; disse que já tinha sido medicada, mas ainda não se sentia curada. O caso Katharina foi um dos primeiros que Freud questionou se deveria fazer uma tentativa de análise, pois não iria se aventurar a transplantar a hipnose naquelas alturas. Acreditou que uma simples conversa tivesse mais êxito pelas circunstâncias de tempo e pela instituição em que estava situado naquele momento.

Podemos compreender melhor como esse encontro de urgência entre Freud e a jovem moça surge: o Pai da Psicanálise, em excursão, ao tentar se esquecer da medicina por um momento, especialmente, das neuroses, dirige-se a um abrigo, localizado no alto de uma montanha, com o intuito de descansar e contemplar a bela paisagem, pois havia acabado de chegar “ao cimo após fatigante caminhada, estava sentado ali” (1893-1895/2016, p. 180). É procurado pela jovem Katharina, que lhe faz uma demanda de escuta de urgência subjetiva. É válido destacar que, nesse instante, a associação livre é inaugurada por Freud de forma não oficial, em que testemunhamos Freud fora do *setting* analítico clássico.

Freud considera que, para esse atendimento, a associação livre pôde possibilitar efeitos da fala livre sem pudor, discurso que a jovem moça apresenta, diferindo-se das senhoras que ele atende em seu consultório particular. Nessa análise, percebemos os possíveis efeitos de elaboração, quando a Psicanálise pura é aplicada por extensão nos arredores do Hohe Tauern. Na leitura desse atendimento, compreendemos, no relato do caso Katharina, ser o primeiro atendimento por associação livre, não tendo Freud aplicado nenhum outro método a não ser a escuta clínica. Convidou a paciente a sentar e, pelo relato da moça, ele acredita ser preciso na oferta da escuta de sua angústia, que ressoa no corpo, efeito do real, o sinal do sintoma sexual da jovem moça descrito por Freud.

Nesse atendimento de urgência subjetiva, Freud acolhe a paciente, descreve que a angústia que a paciente relata é originária do trauma sofrido. Freud, em sua experiência clínica, havia encontrado muitos casos a esse respeito. Ele afirma que havia localizado a angústia pelo pavor que acometia a mente virgem de moças mais jovens, ao se depararem com o mundo da sexualidade. Nesse acolhimento, Freud mostra a urgência que a paciente tinha de falar em razão do medicamento não fazer efeito. Essa contingência mobiliza seu desejo de análise, e endereça sua angústia a Freud, e acredito, inconscientemente, ser essa uma via para a sua cura, ponto que constatamos pelo desejo da paciente em ser escutada, ao buscar um analista já reconhecido naquela época (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

No atendimento da jovem moça, supomos que Freud interpreta a origem do sintoma pela via da angústia, como sinal de “pavor *-frayeur*” (Lacan, 1963/2005, p. 177) do mundo da sexualidade. Freud (1893-1895/2016) traz uma extração de um caso correlato ao dessa paciente em nota de rodapé, nomeando esse sintoma de “mundo da sexualidade” (p. 183). Ele relata uma jovem senhora em quem ele reconhece a causalidade psíquica, quando essa paciente já estava com a transferência estabelecida. Fala que, em sua infância, viu algumas vezes seu pai ir para o leito de sua mãe e se excitava ao ouvir alguma coisa, momento em que iniciou seus ataques de angústia.

Lendo a pequena extração de Freud, subentendemos que converge com a experiência de Katharina, na qual supomos uma suplência que ela faz do tio como pai, não mencionado por Freud. A adolescente conta a Freud que chamou o garoto Alois, seu primo, e flagrou seu tio com sua prima Franziska, moça que cozinhava na pousada Hohe Tauern.

Assim, descreve Freud o relato de Katharina:

Fomos para o corredor. Mas Alois não quis chegar até a janela. Disse que tinha medo. Eu disse então: ‘Que menino bobo, você! Eu vou lá, e não tenho medo nenhum.’ Eu também não tinha nada de ruim na cabeça. Olhei para dentro, o quarto estava bem escuro, mas vi o tio e Franziska e ele estava deitado em cima dela (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 184).

Diante desse relato, Freud, pergunta: “*Então?*”. A paciente responde: “*Saí da janela, encostei-me na parede e senti a falta de ar que tenho sentido desde então; tudo ficou escuro, meus olhos fechavam com força e martelava e zumbia na minha cabeça*” Freud (1893-1895/2016, p. 184).

Morel (2012) aborda que o sintoma neurótico é construído a partir do pai como agente da castração, suposta presença do significante Nome-do-pai, no inconsciente do sujeito. Sotelo (2015) descreve o sintoma, ao se referir ao horror, e Lauret (2009), em *El revés del trauma*, como “traumatismo” no sentido clínico, tanto do ponto de vista singular como da coletividade, referindo-se às feridas marcadas pelas sequelas físicas e psíquicas; também, ao deixar um buraco no discurso comum, uma impotência do discurso na hora de ler os acontecimentos que a clínica tem testemunhado.

Freud, na posição de analista, acolhe a paciente, constata que sua presença possibilita o estabelecimento estrutural e, pela via transferencial, é lido pela suposição do sujeito suposto saber que ela lhe endereçava, ao se declarar: “*a um médico a gente declara tudo. Então, o senhor sabe*” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 183). Freud mostra a importância da

interpretação do analista diante do sintoma e compara: “a sintomatologia histórica a uma escrita pictográfica que aprendemos a ler” (*ibid.*, p. 186).

Miller (2011), em *Ler um sintoma*, aborda que, em Psicanálise, o saber ler está associado ao bem-dizer, *slogan* conhecido entre nós. Ambos estão do lado da posição do analista e, sob transferência, dirigem o tratamento. É no saber ler o sintoma que o analista faz a diferença não somente na escuta – *listening*, mas também na leitura – *Reading* dos estudos teóricos. No campo da linguagem, operamos na Psicanálise; pela função, somos marcados pela palavra.

Na obra *Estudos sobre a histeria*, Freud (1893-1895/2016) faz a marca em parceria com o auxílio de Josef Breuer, no início dos textos pré-psicanalíticos; supomos que este primeiro, ao se distanciar da medicina e das neuroses, passa para a posição do analista, reconhecido por Katharina, descrito nesse caso. Freud introduz os estudos sobre o sintoma, questiona e faz apontamentos diferentes dos seus antecessores, Jean-Martin Charcot, seu mestre neurologista, Pierre Janet e Breuer. Ele vai mais adiante, ao mostrar a insuficiência dos estudos da Neurologia do seu mestre e acresce, em seus estudos sobre a teoria da neurose, a importância das questões humanas, o modo freudiano em tratar o sintoma que Arenas (2023) versa como revelador do gozo na sua experiência clínica.

Então, a partir daí, o sintoma é constituído, o tesouro de sua obra, e ele o faz na posição de intérprete na clínica psicanalítica. Consideramos Freud um exemplo que nos deixa pistas do dispositivo de urgência subjetiva no ato de interpretar a angústia. Assim, testemunhamos ser o seu primeiro atendimento utilizando somente a associação livre, porém essa técnica seria fundada onze anos depois, uma aposta que faz na clínica da histeria e que floresce até a nossa época. Ele retrata essa técnica no texto *O método psicanalítico de Freud*:

Freud deu o passo seguinte e abandonou a hipnose. [...] trata os pacientes desta forma: faz com que se deitem comodamente, de costas, sobre um sofá, enquanto ele próprio fica sentado numa cadeira atrás deles, fora de sua visão. Não solicita que fechem os olhos e evita tocá-los, assim como qualquer outro procedimento que possa lembrar a hipnose. Portanto, uma sessão dessas transcorre como uma conversa entre duas pessoas igualmente dispersas, sendo que uma delas se poupa de qualquer esforço muscular e qualquer impressão sensorial que possam impedi-la de concentrar a atenção sobre a própria atividade psíquica [...] (Freud, 1904/2016, p. 323-324).

Nessa citação, percebemos o apontamento que Freud faz, concernente à posição do analista na operação do tratamento dado ao sintoma, em se abster de suas perspectivas e amalgamar os motivos éticos e técnicos. A esse respeito, Lacan (1953/1998) adverte que o analista não deve dirigir o paciente, mas o tratamento; o psicanalista que trabalha com mal-

estar humano, que necessita ser cuidadoso e sutil. Cabe ao analista manejar os impulsos do paciente, conduzindo-o da melhor forma. Freud (1915/2010) relata que o neurótico demanda do analista o *furor sanandi* (furor de cura), mesmo sem querer, pois, se ancora ao gozo pelo viés do sofrimento para demandar ao analista o amor de transferência.

Lacan (1965/2003) nos adverte sobre a exigência absoluta do rigor da prática psicanalítica, uma teoria do desejo apontando a posição do analista, que se arrisca a responder honestamente pelo menos à demanda. De outro modo, responder à demanda de escuta em atendimento de urgência subjetiva como Freud se posiciona no acolhimento de Katharina. Lacan (1967/2003) afirma que, na Psicanálise, o analista opera pelo ato sem pensar no ideal de objeto; o que testemunhamos em Freud, ao ser surpreendido com uma demanda sintomática de urgência que se faz objeto, no atendimento de urgência subjetiva de sua época.

Ressaltamos que Freud, na posição de analista, é intérprete na urgência subjetiva, baseado nas pistas de Freud, que lê a angústia e se inscreve, pela diferença da fala e da linguagem, distinta de outros pacientes do consultório particular. A despeito disso, Freud descreve que é o sintoma sexual da jovem moça, que ela busca, para falar de sua angústia com urgência. Disse a paciente: *achei que se o senhor tivesse um pouquinho de tempo agora – é que sou doente dos nervos e já fui a um médico em L..., ele me deu algo, mas não fiquei boa ainda...Tenho muita falta de ar. Não sempre, mas às vezes é tanta que acho que vou sufocar. De início, isso não pareceu de natureza nervosa, mas logo achei provável que fosse apenas outra designação para um ataque de angústia* (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 181).

Conforme adverte Lacan (1953/1998), no atendimento de urgência, veríamos a invenção que o sujeito, ao fazer associação livre faria, de forma inventiva, à formulação de uma demanda endereçada ao analista e que, este último, na posição de suporte, escuta o seu sofrimento psíquico. A urgência é descrita por Seldes como homóloga a:

[...] uma ruptura aguda na cadeia do significante, produzindo um corte no tempo, uma forma de trauma, que nos ejeta em um novo lapso, um traço no tempo, marcando um antes e um depois, fazendo o sujeito elaborar uma nova relação com o real. A urgência subsidia a dimensão temporal, tanto em seu surgimento como em sua relação, fazendo eternizá-lo [...] A urgência em qualquer ser falante, pode ser definida como um tempo, o momento que responde ao advento de um trauma, sempre segundo com respeito ao *troumatismo* da linguagem [...] (Seldes, 2019, p. 19-20, tradução nossa).

Dito isso, Seldes aborda a urgência como essencial para aceitarmos a demanda de alguém que sofre, no próprio corpo ou no seu pensamento ou em ambos de uma única vez. A melhor forma de interpretar a urgência é dizer que ela é a dita urgência subjetiva, uma demanda

causada pela nossa oferta, ao se referir àqueles que, na posição de analistas, ofertam escuta, que fazem na prática a Psicanálise Lacaniana; sujeitos que resolveram não retroceder, diante de um sintoma.

De acordo com Seldes (2019), a urgência subjetiva é correlata a “um sintoma contemporâneo” e nos chama a atenção para refletirmos sobre as formas de satisfação implícita, nos modos de gozar, no mal-estar contemporâneo. Ela tem sido o reflexo de nossa civilização pós-moderna, ancorada nas regras de estilo de satisfação da vida atual, e inclui a relação com o tempo e espaço, aprovando um ritmo por imposição. Essa perspectiva traduz o ataque de pânico generalizado que acontece no mundo, uma das faces que a angústia se apresenta que, em qualquer ser falante, pode ser definida como um tempo, um instante apresentado no irrompimento de um trauma, um traumatismo na linguagem, descrito no caso Katharina por Freud e Breuer (1893-1895/2016).

Para Seldes (2019), o sujeito da dita urgência não sabe nada, a não ser a contingência do que lhe acontece, a angústia, como o sinal do real, a presentificação do nada descrita por Besset (2002), ao se referir às fantasias que o paciente fala em análise da ordem da contingência, e que não estava escrito. Sotelo (2015), em *Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*, define urgência subjetiva como o encontro de imediato que o paciente se antecipa ao buscar escuta de urgência, para falar de sua subjetividade, demanda que Katharina faz ao ir ao encontro de Freud, o analista reconhecido. A jovem moça relata aquilo que considera de sua angústia, requerendo uma resposta de Freud (1893-1895/2016) sobre o padecimento do seu caso. De acordo com Miller (2009), a urgência é formalizada quando o requerente faz uma demanda ao analista, já celebrada no primeiro ensino de Lacan.

Seldes (2019) questiona a urgência, a partir da prática clínica. De acordo com o psicanalista, consideramos o percurso da obra de Freud e o estatuto do inconsciente, no ensino de Lacan, para relatarmos novas perspectivas do tratamento na urgência subjetiva, na atualidade, e de como realizamos a clínica, ao escutar a urgência subjetiva. Sobre a urgência, Seldes nos adverte a importância de escutar os novos sintomas que se apresentam na clínica da atualidade em instituições.

Quando fazemos escuta clínica, as coordenadas do caso são da ordem da contingência e não estavam escritas. Costa (2021) corrobora com essa perspectiva, afirmando que o acolhimento de urgências subjetivas, orientado pela psicanálise, pode acontecer de várias formas. Dependendo do caso a caso, podemos considerar o desenrolar da escuta, nos atendimentos, que o paciente endereça a demanda sintomática ao analista, como sujeito suposto saber, mesmo sem termos condições, sustentamos pela via do amor transferencial.

Nesse sentido, as demandas de urgências subjetivas podem ser trabalhadas em uma ou mais sessões de atendimentos com possíveis efeitos de elaboração. A autora ressalta a proposta da entrada da psicanálise, nas instituições, ecoando, na cidade, pelo viés da oferta de escuta no tratamento subjetivo, dado ao sintoma, às pessoas de várias condições socioculturais, ao mesmo tempo em que constitui um espaço de formação e pesquisa.

Lacan (1962-1963/2005, p. 177) evoca Freud, no texto “A angústia, sinal do real”; aponta a angústia como enfrentamento de algo correlato ao primordial da cena sintomática. Ele associa a angústia a algo traumático, referindo-se ao medo, que é o objeto da angústia. Ressaltamos que Lacan se refere à angústia como uma estrutura, situada na contraposição do desejo, traduzida pelo termo “pavor – *frayeur*”. Ele distingue a angústia paradoxalmente, afirmando que ela não é sem o objeto, assim, não é sem o medo de algo, o sinal, característica que Freud se baseou como mais propícia para indicar a nós, analistas, como manejar a função da angústia, apresentada pela contingência do próprio medo, um sinal do real, que testemunhamos quando a adolescente relata os acontecimentos de seu corpo.

Para Lacan, a angústia é um sinal que não engana. Ele a descreve na noção do real, como função opaca, obscura, resistente ao significante, que orienta o analista ao perceber o sinal irreduzível pelo qual a angústia funciona, apresentando um desenho do sintoma que, na clínica, pode ser elaborado pela cena primordial. No texto “A angústia”, Freud (1917/2014) descreve que, na histeria, a angústia está associada ao perigo inibidor que pode irromper também em qualquer condição de excitação, como já foi abordado neste tópico.

No Rascunho E, intitulado “Como se origina a angústia?”, Freud levanta vários questionamentos sobre a sexualidade existente em homens e mulheres e afirma que, diante de sua prática clínica, está evidente que a angústia tem relação com a sexualidade; e o coito interrompido na mulher gera a neurose de angústia (Freud, 1895/1996).

Freud afirma que, no caso Katharina, a angústia está associada ao sintoma sexual. Para chegar a esse ponto, ele comparou as duas séries de vivências eróticas com momentos traumáticos. Assim, disse Freud sobre a sexualidade: “a vontade do Eu, mas a ignorância do Eu, que ainda não sabe o que fazer das experiências sexuais. Nesse aspecto, o caso Katharina é típico; constata-se, na análise de qualquer histeria fundada em traumas sexuais” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016, p. 192).

No relato da paciente, os autores descrevem: “A angústia de que sofria Katharina em seus ataques é histórica, ou seja, uma reprodução da angústia que se manifestou em cada um dos seus traumas sexuais.” (*ibid.*, p. 193). Para Freud (1933/2010), na estrutura neurótica, a angústia é um estado afetivo, em que uma junção de algumas sensações da série prazer-

desprazer se origina pela transformação da libido, objeto que ele iniciou nos estudos das pulsões sexuais, cuja energia denominou de libido.

A *angústia* é uma questão fundamental que se apresenta na clínica psicanalítica da atualidade pela incidência de fenômenos, fazendo uma equivalência ao corpo, descrito por Freud (1893-1895/2016), no início de sua prática clínica. Na atualidade, a angústia se apresenta com uma nova atuação, fornecida pelas diversas classificações psiquiátricas, circunscrita no discurso médico; ela faz um sintoma e se torna objeto justificado para a medicalização (Besset, 2002). No *Seminário, livro 10: A angústia*, na lição de 27 fevereiro de 1963, em “Pontuações sobre o desejo”, somos advertidos por Lacan (1963/2005) sobre a importância de sustentar a autenticidade da práxis, sem, contudo, deixar de retroceder aos princípios analíticos.

Assim, na vinheta do caso Katharina, atendido por Freud, supomos a angústia que a paciente apresenta articulando ao mal-estar que trazia no seu corpo. Ela cria em forma de ficção (Miller, 2009) e, pela via inconsciente, associa seu sintoma sexual ao ataque de angústia. Freud identifica que, na fase da adolescência, a angústia ressoa no corpo, motivo pelo qual ele escuta a paciente e, pela via da fala, Katharina elabora sua queixa inicial.

Na sua posição de analista, Freud interpreta e descreve a separação do tempo entre a combinação das características de um momento “auxiliar”, a adolescência, ao momento da cena “traumática”, a infância, que ele descreve após escutá-la. Freud analisa que, nesse processo, a conversão e a produção dos fenômenos histéricos não se verificaram imediatamente depois do trauma, mas em espaço de incubação, constituída pelo sintoma. A esse processo, Charcot nomeou de “tempo da elaboração psíquica” (Freud; Breuer, 1893-1895/2016).

Schejtman (2015) refere-se à transferência em Freud como um movimento que indica as questões libidinais. Ele afirma que o *sinthomanalista* é freudianamente um condensador de libido, em nível de *sinthoma* transferencial, em que o fantasma neurótico se restaura logo do golpe sofrido no desencadeamento. O trabalho de interpretação do analista extrai sutilmente uma partícula do discurso do sujeito, desde as primeiras entrevistas preliminares, envolvendo o “significante da transferência”, o que dá acesso à análise e ao deciframento do sintoma, mas ainda revela o ponto “nodal”, fazendo crescer uma rede de significantes.

Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan (1958/1998, p. 592) adverte que nós, psicanalistas, também pagamos com as palavras e sua transmutação sofridas na operação analítica, pagamos com a nossa pessoa independentemente do que acontecer. O analista suporta os fenômenos singulares e Freud se fez primordial, não se absteve em ficar de fora dos estudos, da escrita e, na prática clínica, deu exemplo de escuta do mal-estar da civilização de sua época; assim, ele deixa a sua marca de como devemos pagar com bom senso.

Tomamos os fundamentos éticos da psicanálise e encaramos o que estava acontecendo para adaptar o nosso dispositivo do divã, herdado por Freud, ao da poltrona, para fazer funcionar a análise *online*, pois o dever ético, que nos define como psicanalista, é o de sustentar a clínica e mantê-la viva para responder à demanda do sofrimento psíquico do paciente.

Essa perspectiva foi testemunhada durante a pandemia da Covid-19, também descrita no relatório mundial sobre drogas de 2020, que analisou o impacto do fenômeno, nas camadas mais pobres do mundo, e destaca o Brasil afetado e o crescimento da vulnerabilidade social. Foi observado, ainda, que a pobreza, a educação escassa e a marginalização social continuam sendo fatores diretamente relacionados ao aumento do sofrimento psíquico associado às questões diversas. O relatório ressaltou que grupos vulneráveis e marginalizados encontram dificuldades para acessar serviços de tratamentos devido à discriminação e estigmas sociais, o sinal do sintoma, o mal-estar na civilização, instalado pela pandemia (Ministério Público do Paraná, 2020).

No que concerne ao dever ético do psicanalista, é importante recordarmos que a pandemia foi uma contingência devastadora, que se instalou em todo o mundo e nós, psicanalistas, não negamos, e sustentamos a escuta dos pacientes que falava do real da morte, entrou em todas as famílias da nossa civilização e abateu a todos nós. Presos em quarentena, amordaçados em nossas próprias casas, em nome da própria saúde e da coletiva, em nome dos outros, nós, analistas, tivemos a responsabilidade diante da humanidade e dos nossos pacientes, em respeitar a quarentena e não atendermos fisicamente os analisantes em consultório, mas também não deixamos a psicanálise cair, não deixamos a psicanálise morrer (Quinet, 2021).

É válido sublinhar que nós, psicanalistas, somos advertidos por Lacan (*Escritos*) sobre a nossa posição, entramos no jogo, colocamo-nos democraticamente “à esquerda” (Lacan, 1958/1998, p. 595) e prosseguimos na pandemia da COVID-19, tratando os nossos pacientes na modalidade *online* e “à direita” (p. 595) seguimos como “sombra” (Aflalo, 2012, p. 49) dos “líderes de governos, como, Bolsonaro e *Trump*” (Quinet, 2021, p.19), que negaram o que estava acontecendo, utilizando-se do discurso capitalista para fazer os seus maus feitos, promovendo o consumo pela venda do objeto-hidroxicloroquina. No momento em que a vida e a saúde psíquica estavam em jogo, eles se ancoraram na falácia da salvação pela cura, um discurso “ogro utilitarista” (Aflalo, 2012, p. 49), que promove a dita ciência medicalizante. Nós, psicanalistas, jogamos pelo lado avesso e, em análise *online*, ouvimos o inconsciente pelo pensamento, o desejo pelo pensamento e, sobretudo, a pulsão de morte.

Durante a pandemia, o discurso histérico circulou durante todo processo de outra ordem. É de nosso conhecimento que a histérica simula todas as doenças e que poderia simular os

sintomas do coronavírus. No entanto, não foi pela via imaginária, mas pela via do real da tosse que se propagou fácil e rapidamente. Quem tivesse o sinal da tosse em algum ambiente, todos ficavam em suspensão, pensando no pior que podia advir. Em nome do princípio da iniciativa e da solidariedade, na pandemia da Covid-19, o psicanalista se colocou em posição de combate, acolhendo e tratando o sintoma formado pelo mal-estar causado pela negação do pior (Quinet, 2021).

No artigo, *Psicanálise aplicada ao social*, do livro *Escutas do indizível: a urgência subjetiva dos universitários*, o psicanalista Almeida (2024, p. 106) compartilha sua experiência na França sobre a prática em psicanálise aplicada ao social, mostrando a perspectiva da chamada “psicanálise aplicada à terapêutica, ao sintoma”, atualmente nomeada de “psicanálise aplicada ao social”. Nessa experiência, o analista assinala que intervém no enodamento do sujeito na malha social, a partir de uma clínica aplicada à dificuldade social, ao sofrimento social, em “baianês”, chamamos de “sofrência social, barril social” (*ibid.*, p.107).

Concernente ao tratamento dado ao sintoma na Psicanálise, Lacan (1955-1956/1988) avança e entra na clínica pela noção de testemunho e nos adverte que esse é o valor da comunicação que o sujeito encontra para localizar o seu sintoma. Ele ratifica que o ideal da transmissão é o conhecimento de si e pontua que a própria abertura pode resultar da experiência, sendo esta, uma função do testemunho. Lacan (1958/1998, p. 591) afirma que o analista traz consigo as marcas da pessoa do analisando e, da manifestação do seu desejo, resulta os feitos surgindo a pessoa do analista. Isso é justificado conceitualmente e “damos testemunho, ao nos mostrarmos feitos, em nossa argila, da mesma daqueles que moldamos”.

Assim, seguimos tomando Freud como exemplo que inaugura a prática clínica, em posição de analista, sem divã e sem poltrona, que considera o princípio da iniciativa e da solidariedade (Quinet, 2021) e prontamente inaugura a urgência subjetiva acolhendo a jovem Katharina (Freud; Breuer, 1893-1895/2016). Nós, advertidos do ato de Freud, o seguimos com o atendimento de urgência subjetiva, versando a segunda vinheta deste capítulo, atendimento realizado pela pesquisadora no SPA/UFS, instituição que atende à comunidade universitária e à comunidade extrauniversitária. A fim de alcançar o objetivo proposto neste capítulo, apresentamos uma extração de um caso que a praticante-pesquisadora apresentou no ENAPOL 2024, intitulado *A invenção do excluído*, efeito de elaboração da prática clínica, supervisão e estudos da Psicanálise Lacaniana. A seguir, a vinheta: A psicose ordinária na urgência subjetiva.

5.1.2 A psicose ordinária na urgência subjetiva

Nesta segunda e última vinheta, ressaltamos um suposto caso de psicose ordinária que atendi, um testemunho produzido pela equivocação da demanda feita à praticante no do SPA/UFS, pela mãe de um rapaz de dezessete anos, que cursava o ensino médio. Ela busca ajuda para seu filho no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sergipe, sendo direcionada a mim. A praticante, na condição de psicóloga voluntária do SPA/UFS, ao receber tal encaminhamento, entra em contato na mesma semana e a mãe atende ao telefone, perguntando *se quer que ela fale do filho*. A praticante responde: “*você pode me informar o telefone dele para que ele próprio possa falar de si?*”.

Ao iniciar a sessão (*online*), o paciente diz que não vai para a escola sozinho porque tem medo de assalto, falando e andando em seu quarto, sem parar. Miller (2009, p. 6), em seu texto “O inconsciente real”, nos apontou que veríamos “que ele está cortado na relação com o Outro”. De algum modo, é para o sujeito sozinho, para seu “saber do si/consigo (*soi*) sozinho”. De forma esquisita e entrecortada, o paciente, sem contextualizar, tangencia assuntos; olhando lateralmente para a câmera, fala: “*Não falo com meu pai, não falo com o meu padrasto*”; e depois silencia. O sujeito encontra assim uma solução provisória, uma atividade de defesa fora do sentido para contornar a falta do pai, no real da letra.

A despeito do manejo diferencial e escuta clínica, em pacientes supondo a psicose ordinária, Henriques e Birman (2014), na Introdução a “Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária (Jean-Claude Maleval, 2003)”, advertem:

[...] A psicose, como estrutura, remete a uma dis-posição prévia, certamente que não biológico constitucional, como supôs e ainda supõe a psiquiatria de orientação médica, mas sim linguístico-estrutural. Esta dis-posição concerne a um modo *sui generis* de estruturação que determina a relação do sujeito com a linguagem, na qual se pode dizer que o psicótico prescinde dela, isto é, ele abdica do tesouro dos significantes e rejeita (*verwirft*) a herança simbólica transmitida entre gerações sucessivas. É justamente na relação com o simbólico que o sujeito entra na história e na cultura [...] (Henriques; Birman, 2014, p. 105).

Ainda de acordo com Henriques e Birman (2014, p. 105), sobre a psicose ordinária, a praticante testemunha alguns elementos presentificados na linguagem desconectada do paciente, que concerne a dis-posição de uma forma que o sujeito tem com a linguagem, um “modo *sui generis*”, atestado principalmente nos primeiros atendimentos. Essa perspectiva é corroborativa com a aula de 18 de janeiro de 1956, intitulada “A dissolução imaginária”, no

Seminários 3, As psicoses, em que Lacan nos propõe a convenção em adotar que, em todo caso de psicose, “é preciso haver distúrbio de linguagem” (p. 113).

A despeito do lugar que o paciente traduz o pai e o padrasto, supomos a “forclusão do Nome-do-Pai”, abordada por Henriques e Birman (2014, p. 106), que retrata a queda da simbolização na psicose; baseando-nos no “caso Joyce” de Lacan, damos ênfase à psicose não desencadeada e suas formas de compensação. Sobre essa perspectiva, os autores assinalam: “a falha estrutural pode ser compensada pelos psicóticos com estratégias inventivas (poiéticas) que impedem o desencadeamento de suas psicoses clínicas, renova[ndo] as possibilidades de se pensar uma clínica de estabilização (profilática?)” (*ibid.*, p. 107).

Os referidos autores fazem uma importante advertência sobre o manejo diferencial na clínica ao pré-supor a psicose ordinária, para que não se conduza, de forma idêntica, à clínica da neurose e psicose, fazendo uma distinção entre ambas as estruturas, e que, oferte escuta, ao perceber os elementos que se apresentam principalmente na linguagem, descritos no seminário das psicoses por Lacan (1955-1956/1988).

Essa perspectiva remete à fala desse paciente, a qual, de forma fragmentada e literal, caracteriza-se por vazio de significação, “uma desordem provocada na junção mais íntima de vida do sujeito” (Lacan, 1959/1998, p. 565). No artigo, “A psicose na contemporaneidade e seus novos sintomas: do páthos ao orthos”, Henriques (2012, p. 430) aborda o distúrbio de pensamento e da linguagem, sobressaltados por Lacan, na década de 1950, também assinalados por Maleval (2003, p. 33-39), como falhas discretas do ponto de basta, correspondendo à falha no nó do simbólico com o real e o imaginário. Assentado nessas bases, o psicanalista afirma sobre a psicose ordinária:

A ausência de referências fálicas no campo da linguagem e a consequente quebra ou relaxamento da cadeia significante conferem inconsistência ao pensamento e à fala do psicótico ordinário – daí suas frequentes queixas de pensar de modo fragmentado e de emitir uma ‘fala vazia’, por mais que se fale compulsivamente em alguns casos (Henriques, 2012, p. 430).

Essa afirmação atesta a hipótese do modo como o paciente fala fragmentado, nos atendimentos, sem conseguir conectar os assuntos, mantendo-os soltos, como enigmas, convergindo com a sua falta no laço social, percebidos pela praticante desde a primeira sessão online, ao que se agrega à precariedade do contexto socioeconômico em que o paciente está inserido.

O paciente relatou que, aos sete anos, sua professora o colocou para fora da sala de aula, na presença de seus colegas; desde então, se mostra preso ao dito da professora, que afirmou publicamente, naquela ocasião: *“Ele é maluco”*. A praticante se vê desafiada pelas muitas demandas de questionamentos que o paciente lhe faz, até que ele comete um ato falho: *“Professora... Psicóloga, a senhora já atendeu psicopata?”* Depois disso, silencia e olha lateralmente colocando o dedo na câmera. Então, declara: *“No colégio, não gosto de nenhuma matéria, só gosto de física”*. Pergunto-lhe: *“O que mais gosta na física?”*. Ele me responde: *“Gosto de pesquisar a vida dos físicos como: Stephen Hawking, Nikola Tesla e as suas bobinas de milhões de volt! Queria saber como Tesla, com deficiência, conseguiu viver tantos anos!”*.

Concernente à suplência do Nome-do-pai, na psicose, percebemos que, na primeira sessão, o paciente disse: *“Está complicado, tenho pavor da vida real”*, logo em seguida ele traz os físicos *Stephen Hawking* e principalmente *Tesla e as suas bobinas de milhões de volt!*, momento em que chama a atenção da praticante, ao perceber o tempo que ele investe, quando falar com entusiasmo do segundo físico, atestando uma expressão de amor paterno-pulsional. Nesse sentido, podemos supor uma forma de suplência do Nome-do-pai ausente/foraclusão que, na psicose, é compensada criando-se estratégias “inventivas (poiéticas)” (Henriques; Birman, 2014, p. 107), e que, neste caso, escutamos “pai-oética”.

Supomos que isso se articule ao evento já relatado, quando o paciente afirma que foi posto para fora da sala de aula em sua primeira infância pela professora, evento que nomeamos de *A invenção do excluído*, correlato com a psicose não desencadeada do escritor irlandês, James Joyce, ao escutar a forma de suplência singular do paciente, este último fala literalmente do seu sintoma ao escolher o Nome-do-Pai para se servir. Essa primordial descrição feita por Henriques e Birman (2014) considera o salto de vinte anos do seminário das psicoses, chegando ao seminário sobre o *sinthoma* (a saída) em Lacan (1975-1976/ 2007).

Supomos que o paciente fala imaginarizando sua angústia, tal como escutada pela analista, quando ele me relata acreditar ter vários transtornos, como síndrome do pânico, TDAH... Relata-me também seu medo de que tenha psicopatia, não sabendo tirar tal ideia fixa da cabeça. Disse-me que ama a mãe e que o psicopata não ama. Falou-me baixinho, depois que a mãe invadiu o espaço de atendimento, abrindo e fechando a porta do quarto, como sempre fez em todas as sessões e exclamou que quer fazer um teste psicológico para saber se é de fato psicopata.

Perguntou-me: *“A senhora já atendeu um psicopata? Queria pesquisar para saber se é, se descobrisse que não é, seria um alívio e se não...”* E em seguida, o paciente fez uma expressão de preocupação, deitou-se na cama, como uma forma de não sustentar falar mais

naquele atendimento. Aqui, supomos o ponto essencial, a partir da ausência do inconsciente simbólico, via foraclusão do Nome-do-pai, afirmado por Guerra (2010, p. 32), como o “ponto faltoso, ponto de apresentação de uma questão impossível de o psicótico formular sobre seu ser – quem sou eu? – articula-se uma resposta que provém do real, ‘de fora’. É de resposta, portanto, e não de projeção que se trata na psicose”.

A operação constitutiva da psicose é a “*Verwerfung* como supressão (*retranchement*, em francês), cujo efeito seria uma abolição simbólica” (*ibid.*, p. 30), afirmada por Lacan, no Seminário que dedicou as psicoses, que Guerra descreve como:

[...] foraclusão do significante primordial que veicula a Lei e a condição do desejo, e que ele denomina significante Nome-do-Pai. No ponto em que o Nome-do-Pai estaria inscrito, na psicose responde no Outro um puro e simples furo. Trata-se de uma inscrição que não se faz, ao contrário da *Bejahung*, que implicaria exatamente a inscrição desse significante primordial (Guerra, 2010, p. 30; grifo original).

Tal inscrição do Nome-do-pai foi tomada pela tradução francesa pelo termo “foraclusão”, uma forma de negação que os gramáticos Pichon e Damourette discutem, dos quais Lacan toma emprestado. Aqui, apontamos a construção que o paciente faz para compensar a falta/foraclusão do Nome-do-pai, referindo-se a outros nomes (pluralização do Nome-do-Pai), como quando relatou o envolvimento na viagem para o sítio da avó, junto aos primos, com os quais gosta de conversar por serem mais velhos que ele.

Na sessão da semana em que completou dezoito anos, indicou-me o mês de aniversário de cada primo, atestando-me o mesmo ano em que todos eles nasceram, ao que presumi sua precarização do laço social, reduzido a datas e números. Com relação aos encontros no quarto, onde ele me recebe na modalidade online, sempre interrompidos por sua mãe que entra e sai ao seu bel-prazer, o paciente comunica-lhe: “*Estou com a psicóloga*”.

Em um dos nossos encontros, quando a mãe sai efetivamente de casa, ele resolve fazer a sessão na cozinha afirmando-me: “*Estou sozinho, ela saiu*”, e prossegue falando, falando... Supomos aí a utilização do laço transferencial como espaço de afirmação de um modo de dizer de sua existência para além dos números e datas. Em *Efeito do retorno à psicose ordinária*, Miller (2010, p. 7) assinala: Vocês dizem “psicose ordinária” quando não reconhecem sinal evidente de neurose e, assim, são levados a dizer que é uma psicose dissimulada, uma psicose velada.

Supomos que esse caso converge com a perspectiva da experiência de Almeida (2024, p. 109) no *L'ÉPOC – L'Espace Psychanalytique d'Orientation et de Consultations*, que aborda

a precariedade social, ao perceber situações nos atendimentos difíceis de tratar, como pessoas que passam muitos anos sem sair de suas casas. Nesse sentido, o autor relata o caso de um jovem paciente que passou quatro anos sem sair do quarto, correlato aos casos japoneses denominados “*Hikikomori*” – “o jovem que corta o laço social e se pluga na máquina, no computador, no celular e a vida resume-se aquilo ali. Casos muito difíceis nessa interseção do social com problemas – ‘distúrbios’, como os próprios pacientes dizem”.

O psicanalista descreve a precariedade social, o lugar em que indivíduos estão efetivamente excluídos do exercício da cidadania, mas também a precariedade simbólica. A dificuldade do laço social toma todas as dimensões do sujeito, uma realidade muito difícil, a qual o sujeito atravessa com o seu entorno social e busca se desamarrar. No serviço de escuta de urgências subjetivas, a psicanálise aplicada ao social é um espaço em que são revelados os tesouros da subjetividade, do inconsciente, de um saber não sabido, mesmo que “a céu aberto” como nas psicoses, tesouros que, de certo ponto, sempre escapa sendo então passíveis de serem capturados pelo analista.

Na possibilidade da palavra sob transferência, fator primordial na resposta ao processo analítico, que responde a um desejo, um “lugar alfa” (Almeida, 2024, p. 116), em que as pessoas encontram um analista que pode estar no ponto de interseção para ajudar o sujeito, compreender os instrumentos que ele possui e não sabia que tinha, “instrumentos significantes” (*ibid.*, p. 112). O sujeito pode se armar com significantes próprios e se retirar da precariedade simbólica em que se encontra, podendo assumir uma certa responsabilidade.

A clínica lacaniana opera sob transferência e está implicada e atenta aos ditos do paciente, pela forma pela qual o analista se apresenta e oferta uma escuta, sobretudo, ao sujeito “desbussolado nas esferas sexual e existencial” (Henriques, 2012, p. 425), que busca atendimento com a queixa de não ter um lugar no mundo, correlata à ideia da perda da fala. Conseguir se apropriar da oferta do espaço para falar, encontrar respostas em si mesmo e inventar novas soluções provisórias, secretariado pelo analista, implica sair com uma certa armadura significativa que atenua o que antes esmagava o sujeito, em sua relação com a sua existência, – trata-se aí da “aeração do gozo” (Almeida, 2024, p. 117). É válido sublinhar que as pessoas que buscam um serviço de escuta subjetiva não vêm necessariamente fazer análise, porém vêm ter uma série de encontros com um analista que, em certa medida, serão atravessados pelo discurso analítico.

No livro *Sinthome, ensayos de clínica psicoanalítica nodal*, Schejtman (2015, p. 327) afirma que a entrada do dispositivo analítico foi inventada por Freud pelas neuroses em forma de sintoma, caracterizado pela restrição neurótica. O psicótico se serve do encontro com o

analista e extrai desse encontro “efeitos terapêuticos” propriamente analíticos e veem seu sintoma transformar-se, também, a partir da inclusão do analista no mesmo, como o autor denomina de *sinthomanalista*.

É aqui que reside a modificação inicial – transclínica, posição que o analista localiza, tanto nas neuroses quanto nas psicoses. A psicanálise opera no sintoma, ao ser dirigida por um analista, e vem a se completar para formar parte dele. Completar o sintoma vem a ser uma suposição para o analista funcionar como um *sinthome*, isto é, se colocar ao lado da estrutura subjetiva do paciente, operando uma suplência que a rentabiliza. Não existe a garantia dos efeitos terapêuticos dessa operação, tendo em vista que o psicanalista é um *sinthoma*.

Em um dos dias agendados para a sessão, o paciente chamou a praticante antes do horário do atendimento enviando-lhe uma mensagem de texto: “*Pode agora?*”. Respondendo à demanda que lhe foi endereçada, a analista iniciou a chamada de vídeo pelo WhatsApp naquele exato momento. Então escutou a angústia do paciente, que lhe disse estar ansioso por ouvir as brigas do padrasto com a sua mãe *que não faz nada*. A praticante apenas escutou o que ele falava e logo o paciente abriu a porta do quarto e olhou para a câmera com expressão de vontade caprichosa, dizendo: “*Ela (a mãe) saiu!*”

E, pela segunda vez, o paciente saiu do quarto em silêncio e subiu para a laje de sua casa. Chegando lá, inverteu o modo da câmera do celular e apontou para a rua e, falou com frases fragmentadas, mostrando à praticante que fica em posição difícil, de “abstinência”, (Lacan, 1958/1998), mas desejando, digere o tratamento olhando e escutando ele criar o caminho que encontra pela via dos atendimentos online. O paciente relata que agora já fazia o percurso de casa para a escola sozinho e, enquadrando as casas dos três primos em frente à sua, supomos a apresentação do laço familiar. Assim, a analista interpreta o caso, em que, no início dos atendimentos, aparece a “foraclusão (*verwerfung*)” Henriques e Birman (2014, p. 106) do nome do pai e nisso ele também foi excluído do laço social.

Por meio da sua linguagem lógica, o paciente encontra uma solução para sua estabilização estrutural, e mostra no final, à analista que escuta atentamente o seu *sinthoma*, ao se utilizar de (Ni) kola Tesla. E Lacan (1975/2007, p. 21) afirma em, “Do uso lógico do *sinthoma*”: “o pai é um sintoma, ou um *sinthoma*, se quiserem”. Assim, testemunhamos a travessia da “era de ouro do simbólico” Veras (2009, p. 167), em que não se trata tão somente da passagem do campo do Outro simbólico enigmático, mas novas contingências se colocam na clínica da metáfora e do neologismo, abrindo espaços para outras soluções sintomáticas. Então, o paciente, em menos de trinta minutos, perguntou, como lhe era costumeiro, na maioria

das sessões: “*Que horas é essa?*”. E a analista encerra, perguntando: “*Na próxima semana você pode se encontrar na terça ou sexta?*”. Ele respondeu: “*Terça, no mesmo horário*”.

Schejtman (2015, p. 332) assinala que, segundo Lacan, o desejo do analista não é de avivar o fogo transferencial para destruir construção alguma, mas como um bombeiro incendiário se permite ser tomado pelo calor transferencial para operar uma intervenção que possibilite algum efeito. “A ideia de Lacan de intervenção analítica como ‘perturbação da defesa’, se orienta precisamente nessa direção: se entende que a noção freudiana de defesa se mostra um avanço do *sinthome* em Lacan...aqui perturbado – o *sinthome*!” (tradução nossa).

Assim, o desejo do analista opera tal perturbação, um acontecimento de imprevisto – a surpresa na cena analítica, descrita como *sinthome* transferencial, porque revela a vertente do real da transferência. Em relação à cura em psicanálise, como geralmente se pensa a saída, consideramos a entrada, um “re-nodamento nodal pela operação *sinthomanalista*”, sinalizado por Lacan no *Seminário, livro 23*, quando lhe questionaram se podia-se considerar a psicanálise um *sinthoma*; ele não vacila, ao responder negativamente que “a psicanálise não é um *sinthoma*, sim o psicanalista” (Schejtman, 2015, p. 328).

Segundo Veras (2009), na psicose o sujeito encontra, no psicanalista, pela via transferencial, a possibilidade de fazer amarração para sustentar o laço social, uma vez que o Nome-do-pai já foi pluralizado e, nesse processo, aparece o sem sentido, no literal da palavra, testemunhado neste caso. Esse ponto resulta do não saber do pai, ou de sua impossibilidade. Nesse momento, o simbólico perde a primazia, surgindo o enodamento dos três registros, simbólico, imaginário e real, que cada psicótico se utiliza de forma singular, justificado no *sinthoma* do um a um da clínica psicanalítica.

Os três registros podem ser percebidos distintamente tanto na clínica da neurose quanto na psicose. A psicanálise lacaniana visa à contramão e, ao subverter, questiona a loucura do crivo determinista e maniqueísta do normal ou patológico. A psicanálise lacaniana se apoia na proposta da possibilidade da existência da loucura, no laço social, perspectiva que vai de encontro às noções de exclusão, reinserção, reabilitação e tratamento. Em outros modos escrevemos, a psicanálise lacaniana encontra-cura, pela via de possíveis efeitos no encontro ao real.

Vale anotar que esse atendimento, realizado no SPA/UFS, atesta a presentificação de uma clínica possível por meio da escuta da urgência subjetiva. Apostando na psicanálise lacaniana, o SPA/UFS tem realizado atendimentos à comunidade universitária e à comunidade extrauniversitária. Nesses atendimentos, aprendemos na prática e com os estudos teóricos, como Freud, que, em sua primeira clínica, dissecou o desencadeamento psicótico de Schreber,

ao se aprofundar nos estudos de suas *Memórias*, não com a ciência médica, mas se utilizando da “ciência” do autor da própria obra (Veras, 2009). E Lacan (1955-1956/1988) promove um estudo aprofundado da psicose antes do seu desencadeamento, nos permitindo pensar o manejo diferencial, pois com isso ele nos mostrou a possibilidade da existência da psicose pré-vendo a loucura.

Em atendimento ao paciente, que supomos ser um caso de psicose, Lacan nos adverte que se trata de um fenômeno alucinatório e que a história do sujeito é definida no plano do simbólico. O paciente entra em um mundo estranho falando literalmente com o seu eu e, pela via simbólica, se insere no interior de toda compreensão. Nessa perspectiva, supomos que o paciente tenta fazer suplência ao falar que não fala do pai e logo depois declara que gosta dos físicos e que gostaria de saber como *Tesla*. É válido destacar que foi o primeiro momento que o paciente falou com pulso de vida, uma “famosa *língua fundamental* de que nos fala Schreber” (Lacan, 1955-1956/1988, p. 20).

Essa perspectiva, por um lado, nos lembra o relato do paciente no início dos atendimentos, quando ele fazia confusão entre a mãe e o que ele ouvia da novela turca. Ele falava que não conseguia dormir à noite, com uma mistura de medo e ansiedade, assim disse ele: “*A mocinha é insistente e teimosa, preciso ser mais insistente que ela. As intrigas que ficam na cabeça são sempre com mulher gritando. Então tem a opção do celular, pois substitui com outros pensamentos*”.

Posteriormente, em outro atendimento, relatou que teve um sonho às dezessete horas, no dia anterior à sessão, mas que não sabia falar sobre isso. No entanto, a partir desse atendimento – fazia a sessão deitado em seu quarto e, com a voz melancólica, disse que no sonho tinha um bicho horroroso, nesse momento a mãe entrou no quarto e perguntou: “*Já acabou?*”, como fazia em algum momento e, na maioria das vezes, no final de todos os atendimentos, como já soubesse que já havia finalizado.

Neste episódio, percebemos o que, no livro *A Psicose*, Guerra (2010, p. 20) afirma que o arranjo realizado pelo sujeito psicótico de forma melancólica é abalado e o eu perde o revestimento narcísico, evidente na posição de objeto e no seu desinvestimento libidinal. Assim, a “foraclusão, então se desvela, deixando o evidente furo no simbólico”. A autora sublinha ainda que, na estabilização psicótica, é possível extrair princípios universais, podendo facilitar, no caso a caso, a leitura da estrutura e a condução clínica do caso, possibilitando a solução que o sujeito pode encontrar, uma solução por efeitos possíveis – o *sinthoma*.

Contudo, sabemos que, muitas vezes, para o psicótico encontrar um efeito compensatório estabilizador de sua estrutura, ele prescinde da presença de um analista e sua

análise pode servir de sustentáculo visando ao seu tratamento. A esse respeito, localizamos a estabilização nesse caso pelo discurso do paciente, que passou por um processo de mudança, tendo em vista que, no início dos atendimentos, relatava a sua angústia para então, após o estabelecimento da via transferencial, utilizar-se da analista em sua melhor bricolagem:

Friedrich Nietzsche, criou um tal de niilismo, tem um pensamento que na vida nada faz sentido, não que eu concorde, mas tenho medo de acabar sendo influenciado com a visão dele. O niilismo tem a ver com as coisas sociais, a moral e outras coisas mais. Também o filósofo tem dois livros: “Deus está morto”, Deus não existe, mas as pessoas entendem errado, pois ele é um filósofo e filósofo usa de ironia, sarcasmo e aforismo também. No livro “O anticristo”, parou e afirmou: A senhora já leu a Bíblia, né? Tem a ver com o último livro, o Apocalipse. O anticristo é como uma espécie de rival de Deus, o nome já fala, anti. (construção da praticante após o atendimento).

Disse que pesquisa tudo no Google Acadêmico, pois ele gostava de desbravar a personalidade das pessoas. E, assim, supomos que a sua solução singular passou pelo laço social transferencial, proporcionado pelo discurso do analista. Entretanto, sublinhamos que não foi sem dificuldade que a praticante escutou e pontuou a fala esburacada de significante do paciente, de modo a lhe ofertar a possibilidade de inventar uma bricolagem que pudesse dizer de sua falta de garantia do Nome-do-Pai (Skriabine, 2009). Diante disso, Guerra (2010, p. 41) ressalta que: “[...] longe de ser um sujeito deficitário e precário, o psicótico inventa saídas e encontra soluções aos embaraços que sua posição particular na linguagem provoca”.

No capítulo “Abordagem lacaniana das estabilizações psicóticas”, do livro *A psicose*, Guerra (2010, p. 41) afirma que “as sublimações criadoras, a identificação imaginária e a própria transferência podem funcionar como veículos que fornecem a estabilização na psicose”. Na identificação imaginária, como vimos, o paciente relata o interesse pelos físicos, *Stephen Hawking, Nikola Tesla* – sobretudo este último é transformado em seu duplo; aí, convoca-se menos trabalho subjetivo e mais como fenômeno, possibilitando um apaziguamento precário, correlato a uma gambiarra. A transferência ganha em diferentes deslocamentos, favorecendo o vínculo do sujeito com a praticante ou com o próprio SPA/UFS, ao possibilitar a abertura da circulação social e o enlace simbólico, mesmo que também precário.

Na análise online com psicóticos, Quinet (2021) ratifica a sustentação do ato analítico, ao fazer considerações sobre a singularidade de cada caso no atendimento, mantendo a câmera aberta ou fechada, observando a invasão do manejo das câmeras por parte do analista, da *mise en place* (configuração) da pulsão escópica, tanto na neurose quanto na psicose. Entretanto, somos advertidos, não como regra, de que o psicótico precisa do face a face para não delirar e paranoizar a transferência, colocando o analista no lugar do Outro perseguidor, mas devemos

agir prudentemente, nos colocando na direção do tratamento com psicóticos, para não desencadear o surto. O autor adverte, ainda, que cada paciente faz sua invenção absolutamente singular.

Assim, explorando mais a relação entre o suposto caso de psicose ordinária, atendido no SPA/UFS, com a noção de sintoma e a saída que o paciente encontra – o *sinthoma*. A partir do *Seminário 23, O sinthoma*, podemos também articular a relação desse caso e a noção de *sinthoma*. Na primeira aula desse livro, intitulada “Do uso lógico do sinthoma ou Freud com Joyce”, Lacan faz uma discussão concernente ao pai-versão, discutido no segundo capítulo do caso Schreber.

Na segunda sessão, ao fazer uma tentativa precária de “colagem/kola” para falar do amor de (Ni) kola Tesla⁵ e as suas bobinas de milhões de volt!, pela via da identificação de uma lógica, única matéria que ele dizia gostar no colégio, mas que, de forma ultra precária e também não segura, o que supomos aí é o *sinthoma*, sua invenção singular, o qual testemunhamos como efeito da escuta da sua angústia sinthomatizada, que ocorreu no dispositivo de urgência subjetiva - caso atendido na modalidade online - do SPA/UFS. Diante disso, Lacan (1975/2007, p. 17) afirma que: “A universidade absorve os joycianos [...] eles já se encontram em bom lugar”.

No que concerne ao deslocamento do termo do sintoma ao *sinthoma*, Lacan (1975-1976, 2007, p. 16) atesta que pode ser bem conveniente a não privação do uso do *sinthoma*, logicamente; até atingir o real, pode ser uma boa maneira de ser reconhecido, como ele tratou “o *sinthoma* com rodinhas que Joyce junta com o outro”. Nesse caso, percebemos que Lacan nos adverte sobre a função do pai ser “um sintoma, ou um *sinthoma*” (*ibid.*, p. 21), pelo estabelecimento do laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real.

O paciente faz uma invenção lógica com o suposto amor de (Ni)kola Tesla, que consideramos uma compensação, com possíveis efeitos de estabilização, perspectiva que converge com o relato de um dos últimos atendimentos no SPA/UFS, quando ele exclamou, de forma aliviada: “*Não tenho que ir pro colégio e ter que ficar com aqueles adolescentes arrogantes, sabe como é, só quer celular e falar de mim*”.

⁵ Ressaltamos aqui o destaque dado ao significante enunciado pelo paciente, o nome que ele sobreleva o físico Nikola Tesla, foi propositalmente escrito pela praticante da seguinte forma: “(Ni) kola Tesla”. Trata-se de uma tentativa de interpretação da praticante, em que o paciente realizou, mas a “bricolagem não segura bem” (Skriabine, 2009, p. 7). Após essa fala supomos uma constatação da forclusão do Nome-do-Pai. O paciente trouxe inconscientemente para o seu discurso o nome destacado do famoso físico, o qual percebemos uma falsa suplência pela sua identificação imaginária. A praticante testemunha nesse enunciado a presença de uma enunciação que aponta para uma possível referência - ainda que de forma precária - ao Nome-do-Pai e que testemunhamos tal acontecimento em sua fala.

Assim, o paciente endereça um ato falho à praticante (psicóloga estagiária) chamando-a de professora-psicóloga, momento em que faz uma tentativa de bordejar seu sintoma primordial, contingência que, com muito esforço, consegue expressar de forma esburacada sua exclusão do Outro social, a partir da cena da sala de aula, promovida pela professora em sua primeira infância. Localizamos a estabilização de sua estrutura psicótica, nos atendimentos posteriores, em que o paciente parou de caminhar rapidamente em círculos no quarto e começou a falar de seus pensamentos bagunçados, mesmo com falta de significante, percebidas na desconexão da linguagem esburacada.

Lacan adverte que o analista pode manejar de forma prudente, fazendo uso da noção de distanciamento. No caso em questão, isso acontece pela escuta ofertada ao paciente, que se serve pela via transferencial fazendo parceria com a praticante, e constrói, de forma precária, uma compensação sobre a forclusão do Nome-do-pai, para falar de sua invenção imaginária do suposto amor paterno (Ni) kola Tesla.

Ao finalizar um dos últimos atendimentos, o paciente relata à praticante – em posição suposta como quem fala à secretária – sobre sua conclusão do ensino médio, afirma que irá fazer a prova do ENEM e finaliza informando que ela (mãe) o inscreveu no curso técnico, ao que supomos que o sujeito está assujeitado ao desejo do outro – mãe.

Em “Secretários do alienado”, no Seminário 3, *As Psicoses*, Lacan assinala:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por não ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado, que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? – a tal ponto que lhes pareceu problemático e fragmentário (Lacan, 1955-1956/1988, p. 241).

O referido assinalamento de Lacan nos indica a posição transferencial em que o paciente admite à praticante até a interdição do tratamento pela mãe. No entanto, com muito esforço, e apesar dessa mãe-crocodilo, que abocanha sua prole como forma de proteção, às vezes, engolindo-a por descuido, ele sustentou o tratamento durante nove meses (março a novembro de 2023), interrompido pela substituição por um tratamento dentário. Supomos a posição do paciente, “alienando-se de bom grado ao outro especular” (Henriques, 2012, p. 431), ao se deitar no leito de Procusto do desejo materno. Segundo esta mãe, o paciente interromperia os atendimentos devido a estar em tratamento com uma dentista que teria descoberto que ele é autista, encaminhando-o ao psiquiatra para tomar remédio. A praticante advertiu à mãe sobre a

importância de o paciente ter seu lugar de fala, ao que a mãe do paciente arrematou: “*Sim doutora, eu sei o que meu filho precisa. Ele está melhor. Muito obrigada*”.

A partir da contingência do tratamento dentário, o paciente apresentou dificuldade de falar nos atendimentos, colocando o dedo polegar na câmera e, nos poucos atendimentos finais, ficava deitado na cama sempre com o mesmo discurso, declarando: “*Eu já estou bom, não gosto da cidade, gosto da casa da minha avó porque fico no quintal molhando as plantas. Tenho medo de fracassar no curso de técnico que ela (mãe) me inscreveu*”.

Este caso não se mostrou uma evidência de uma psicose extraordinária, assim como também não há uma assinatura da neurose. Entretanto, nos recorda a etimologia de Schreber, a partir dos elementos linguísticos desconectados da cadeia. O estatuto da letra de forma precisa nos mostra o “terceiro excluído” (Henriques; Birman, 2014, p. 107), religando simultaneamente ao lado direito do binarismo estrutural (neurose – psicose). O sujeito nos supõe uma invenção particular, existir pela lógica da física com a máquina - o celular. A praticante, em sua posição, testemunha o caso suposto de uma psicose ordinária. E seguimos, finalmente, com o último tópico deste estudo, em que, sobretudo, consideramos um dos principais dessa investigação, partindo de Freud, o Exemplo primordial, o qual propomos fazer uma leitura Lacaniana e discorreremos nomeados por *a posição do analista*.

5.1.3 A posição do analista

Neste tópico, faremos uma leitura Lacaniana sobre a noção da posição do analista, fundamentada em alguns textos compilados em seus *Escritos e Outros Escritos* e de alguns de seus seminários. Ancoramos o percurso conceitual no desejo do analista, articulado, sobretudo, na prática clínica.

Inicialmente, é válido sublinhar: Qual é a posição do analista? Nos primeiros *Escritos*, datado de 26 e 27 de setembro de 1953, intitulado *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, Lacan (1953/1998) justifica a posição de Freud pela transmissão que ele faz da psicanálise, uma disciplina que se situa no nível da experiência e que não devemos deixar de levar a sério a descoberta freudiana que, pela via da prática, se colocou na posição de analista, inaugurando a psicanálise e, por isso, devemos reconhecer o automatismo da repetição, pois é por essa via, a da insistência, que se apresenta a cadeia dos significantes. É nessa posição que o analista opera, o da escuta do discurso que lhe é confiado.

No texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan nos adverte que devemos sustentar os princípios analíticos pelo enodamento da teoria e prática clínica, os quais podemos assentar a nossa base para sustentar a nossa posição em ato. Nesse ponto, somos advertidos por Lacan, que:

Situar nesse nível a ação do analista implica uma posição de princípio diante da qual tudo o que se possa dizer da contratransferência, mesmo não sendo inútil, funcionará como uma manobra diversionista. Pois é para-além disso que se situa, a partir daí, a impostura que queremos desalojar (Lacan, 1958/1998, p. 591).

Diante desse exposto, somos advertidos a nos manter em posição de sustentar os princípios com os estudos teóricos e prática clínica, visando às questões subjetivas que se apresentam em nossa cultura, e, no que concerne ao analista fundamental da psicanálise, que se colocou como exemplo nos estudos do sintoma de sua época, Miller (2009, p. 17-18) afirma:

Que a ‘psicanálise inventada por um solitário... seja agora praticada em pares’, é uma invenção. Eis o que desordena, faz sair do que há de engrenado na prática, pois que nos coloquemos a dois para operar, aparece como um fato número 2. Nesse sentido, Lacan marca sua posição dizendo: ‘Sejamos exatos, o solitário deu o exemplo’.

Tal afirmação nos convocou à construção em par, como Freud inclui as histéricas, desde o início de sua obra. Atualmente, nos servimos do significante primordial de Freud e Lacan para abordar sobre a posição do analista (Rosa, 2019).

No texto "A direção do tratamento e os princípios de seu poder", no tópico "O psicanalista certamente dirige o tratamento", Lacan (1958/1998) aponta para a saída que ele encontra na formação e nos adverte que não devemos dirigir o paciente. Contudo, nos lembra que a direção da consciência também suscita a oposição do analista em sua função. Nessa perspectiva, Lacan (1958/1998, p. 592) descreve a função do analista detalhadamente:

A direção do tratamento é outra coisa. Consiste em primeiro lugar, em fazer com que o sujeito aplique a regra analítica, isto é, as diretrizes cuja presença não se pode desconhecer como princípio do que é chamado 'situação analítica', sob pretexto de que o sujeito as aplicaria melhor sem pensar nelas. Essas diretrizes, numa comunicação inicial, revestem-se da forma de instruções, as quais, por menos que o analista as comente, podemos considerar que, até as inflexões de seu enunciado, veicularão a doutrina com as quais o analista se constitui.

O apontamento de Lacan nos orienta tanto na função de analista quanto no manejo do método que operamos em psicanálise, como também fazemos ou devemos praticar a psicanálise. Essa perspectiva converge com o termo praticante de psicanálise, ao qual nos referimos, a um ofício que adquirimos na prática do tratamento a pacientes, em que temos Freud (1919/2010) como o Exemplo primordial; além de aprendermos a nos submeter à análise pessoal, às leituras específicas e aprofundadas das reuniões científicas e nos círculos psicanalíticos, sob supervisão com colegas já reconhecidos, assim como esta pesquisa considera a orientação de Lacan (1967-1968/2003).

Dando prosseguimento ao seu ensino, Miller (2017) nos assina que o termo praticante, também, condiz com o sujeito que leva o fardo amarrado em seus ombros. Lacan sustenta essa posição interrogando: "Mas, quem teria a crueldade de interrogar aquele que se verga sob o fardo da bagagem, quando seu porte leva claramente a supor que ela está cheia de tijolos?" (Lacan, 1953/1998, p. 593).

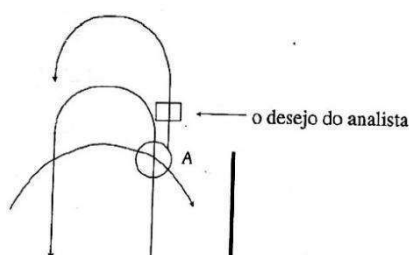
Essa questão é central para a construção da noção conceitual da posição de analista, concernente aos estudos do sintoma, e consideramos um ponto importante para o nosso estudo, no qual Freud se fez significante essencial. Lacan afirma, a despeito da posição do analista, ser correlato ao:

[...] lugar ínfimo que a interpretação ocupa na atualidade psicanalítica – não porque se tenha perdido seu sentido, mas porque a abordagem desse sentido sempre atesta um embaraço. Não há autor que se confronte com ele sem proceder destacando toda sorte de intervenções verbais que não são a interpretação: explicações, gratificações, respostas à demanda etc. (Lacan, 1958/1998, p. 598).

Tal posição chama a atenção aos interessados que buscam ter uma revelação pela via inconsciente de sua conduta, chamada por Lacan de visão (*insight*), em outros modos, dizemos de-visão ou retificação subjetiva. Ele ratifica que o confrontar-se está no nível da revelação, ofertada pela palavra do analista, ao sujeito que deseja uma operação analítica. Nós, analistas, que operamos nesse nível, fazemos a equivalência de “estar na hora de Freud – ser como” (Lacan, 1958/1998, p. 600), expressão utilizada para os psicanalistas que desejam segui-lo na prática psicanalítica.

Neste ponto, consideramos a contribuição do psiquiatra Ellenberger (2023, p. 9) em que, ao fazer sua pesquisa, descrita por ele como “visão rigorosamente imparcial”, corrobora a posição radical que Freud, o Pai da Psicanálise, descreve, nos estudos, ao sintoma e pratica com os seus primeiros colegas. Assim, funda a Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras, que realiza em sua própria casa, atestado pelo psiquiatra historiador canadense, Henri Frédéric Ellenberger, em seu estudo enciclopédico da psiquiatria dinâmica, na década de 1970. Ele faz um levantamento e visa especialmente ao psicanalista Freud.

Miller (2017) afirma que Lacan é o analista que não responde e, ao segui-lo, desejou apreender a sua posição na prática clínica. Ele construiu sua compreensão, aplicando um esquema que se tornou instrumento predominante, reconhecido em nossa prática, como o aparelho vertical denominado de *grafo do desejo*. Miller construiu sua compreensão na prática, cujo operador é o desejo do analista, uma interpretação pela apreensão da escrita lacaniana. Nessa direção, buscamos apreender, apresentando o *grafo do desejo* em quatro patamares, ressaltando a imagem a seguir, na qual consideramos o ponto que toca no pivô do nosso estudo – a interrogação.



Fonte: Miller, 2017, p. 8.

No texto de 19 de setembro de 1960, intitulado *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, Lacan elaborou a topologia do grafo *do desejo* para seu ensino e introduziu, assim:

[...] construído e ajustado a céu aberto para situar, em sua disposição em patamares, a estrutura mais amplamente prática dos dados de nossa experiência. Ele nos servirá aqui para apresentar onde se situa o desejo em relação a um sujeito definido por sua articulação pelo significante (Lacan, 1960/1998, p. 819).

Tal descrição topológica do desejo do analista é produzida por Lacan visando à nossa prática; ele se utiliza do primeiro grafo, para situar o desejo e sua relação com o sujeito. Lacan afirma: “Podemos ler no primeiro grafo a inversão que constitui o sujeito em sua travessia da cadeia significante” (Lacan, 1960/1998, p. 823). Tal processo se realiza pela antecipação da última palavra, um acontecimento, a chave do enigma, localizada no receptor e sua bateria. De outro modo, supomos – o desejo do analista –, uma constatação da nossa operação na nossa prática clínica.

O segundo patamar ou grafo é composto da cédula essencial, a identificação imaginária e a identificação simbólica em sincronia subjetiva, a qual supomos, pela presença do analista nos efeitos do tratamento, que acontece no caso Anna O., pelo amor de transferência sustentada por Freud. No caso Katharina, supomos que simbolicamente, acontece pelo acolhimento sob transferência paternal. Nesse patamar do grafo, o significante recebe a especificação de fala e Lacan adverte:

[...] Mas está claro que a Fala só começa com a passagem do fingimento à ordem do significante, o que o significante exige um outro lugar – o lugar do Outro, o Outro-testemunha, o testemunho Outro que não qualquer de seus parceiros – para que a Fala que ele sustenta possa mentir, isto é, colocar-se como Verdade (Lacan, 1960/1998, p. 823).

No patamar ou grafo intermediário, o terceiro, em sua própria forma simbólica de interrogação, refletimos o ponto central do nosso trabalho. Na questão formulada no patamar superior, localizamos do sujeito ao Outro, o Outro que está na posição de oráculo e foi assim que imaginamos o título deste estudo. A seguir, sublinhamos o enigma:

[...] formulada como um ‘Che vuoi? – que quer você?, é a que melhor conduz ao caminho de seu próprio desejo – caso ele se ponha, graças à habilidade de um parceiro chamado de psicanalista, a retorná-la, mesmo sem saber disso

muito bem, no sentido de um ‘Que quer ele de mim?’ (Lacan, 1960/1998, p. 829).

Concernente à posição do analista faltar na resposta, foi o ponto que conduziu Miller (2017) na compreensão do grafo do desejo. Por essa via, a da falta, localizamos a resposta deste estudo pelas contribuições que as históricas fazem a mais de cento e trinta anos, na psicanálise, a partir da fundação dos textos pré-psicanalíticos, contudo, não no lugar de mais-de-gozar, mas atualmente na posição de analistas.

Assim, fazemos em parceria com outros analistas, produzindo, nos mais diversos campos, incluindo o da ciência, testemunhado neste artigo, no nível de Objeto inaugurado por Freud, o célebre mirante que, ao se inscrever analista, utilizou-se das históricas presentificadas em sua obra, assim como Lacan iniciou o seu ensino, pelo Relatório de Roma, produzindo o grafo do desejo pela subversão do sujeito do inconsciente freudiano à posição de desejo do analista (Lacan, 1960/1998).

Assim, finalizamos apreendendo o quarto patamar, completando o grafo, que “nos permite situar a pulsão como tesouro dos significantes, sua notação (\$*a*), mantém sua estrutura, ligando-a à diacronia” (Lacan, 1960/1998, p. 831). O que Lacan acrescentou sobre a presentificação do analista, pois assim “...um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante” (*ibid*, p. 833).

Podemos concluir a nossa apreensão sobre a constituição dos quatro patamares do grafo, que testemunhamos o desejo do analista pela via prática, e nós presentificamos teoricamente pela via imaginária e simbólica, por esse aparelho vertical, denominado de grafo do desejo. Ressaltamos o desejo e o situamos no grafo intermediário, o terceiro, o não-todo completo, seguindo o desejo do analista em sua posição em relação ao saber. A este respeito, o analista segue pela via da falta e busca sustentação nos princípios e na prática clínica, nos quais aprendemos a lidar com o próprio sintoma e a demanda de cada caso que se apresenta na prática clínica e que nos ensina.

Na Lição de 14 de março de 2007, em *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan, O Sinthoma*, Miller (2009, p. 139) afirma que o inconsciente está em uma posição ilustre, diferente do que Lacan expôs no artigo “Posição do inconsciente”: “acreditamos que dizemos o que queremos”. Elaboração que ele extraiu de um registro não intencional, uma questão que é própria da interpretação inconsciente, na qual o analista opera; ele localizou a intenção que Lacan desejou ao construir o grafo.

Finalmente, a posição de analista é uma posição, descrita por Lacan, de:

[...] desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele. Só aí pode surgir a significação de um amor sem limite, porque fora dos limites da lei, somente onde ele pode viver (Lacan, 1964/2008, p. 267).

Essa descrição converge com o que Lacan (1964/2008), em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, afirma que, no nível do estatuto subjetivo, o analista é aquele que se coloca na posição de objeto, o que olha corajosamente sem sucumbir ao fascínio do sacrifício em si mesmo, formulado plausivelmente por Spinoza como o *Amor Intellectualis Dei*. Em outros modos, uma posição de amor transferencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciamos a importância da posição de Sigmund Freud na fundação da psicanálise e sua importância como significante primordial, cuja insistência funda a clínica da repetição e coloca, em seu horizonte, a subjetividade de sua época. Pelo ato, reúne quem deseja discutir a psicanálise, iniciando a sua teoria nos *Estudos Sobre a Histeria*; com o auxílio de seu colega mais experiente na medicina vienense, Dr. Josef Breuer, publica sua primeira obra, amigo que o ajudou não somente nas discussões teórico-clínica, mas também financeiramente, no início de sua prática clínica.

Ressaltamos o seu percurso desde a época em que trabalhava na condição de médico-residente de seu mestre Jean-Martin Charcot, no Hospital Salpêtrière, pois, em sua obra, lemos que o desejo de ser analista já era explicitado, ao olhar diferente o aparente caos que se apresentava na repetição dos mesmos sintomas. Freud avança na investigação da clínica sobre o fenômeno histérico indo mais além e aponta os furos dos estudos da neurologia do seu mestre, acrescentando, em seus estudos, a importância das questões humanas, observadas com o amor transferencial em suas pacientes, a partir do número 0, Anna O., em seu consultório particular.

No percurso desta pesquisa, ao ler os textos, fomos surpreendidos pela revelação do ineditismo da clínica da urgência subjetiva inaugurada a céu aberto pela solidariedade de Freud, com a sua paciente de número cinco, Katharina. A adolescente busca, pela via do amor transferencial, o Pai da Psicanálise e juntos também inauguram a associação livre. Ele oferta a escuta e a moça lhe faz uma demanda para falar de sua angústia, sinal do real, e elabora seu sintoma sexual, atendimento de um dia constatado em sua obra.

No estudo deste caso, consideramos dois pontos evidentes, na clínica atual, que somos advertidos a não deixar de insistir em ofertar escuta para os casos de abuso sexual na família e medicalização do sintoma, justificado pela angústia como objeto da dita ciência médica. Ficou, também, implícito neste caso, o evidente caos no abuso de álcool do tio de Katharina, nos convocando a não fecharmos os nossos ouvidos para os homens que buscam a clínica, para falar do uso e abuso de drogas, como temos presentificado na clínica lacaniana da atualidade.

Neste estudo, ficou explícito a distinção entre psicanálise e psiquiatria e sobre a medicalização, deixando evidente o fenômeno da medicalização e, na questão sintomática, na fala da paciente Katharina que antes de ser atendida por Freud já havia sido medicada, mas que, pela via da associação livre, Freud aponta algumas questões sintomáticas da vida cotidiana da paciente. No atendimento de Anna O., fica explícita a classificação para justificar a hipermedicalização, deixando suspenso um diagnóstico duvidoso.

Neste estudo, ficou evidente, também, o resultado do objetivo central, a partir da leitura lacaniana, dos efeitos da presença do analista frente à escuta da angústia, como sinal do sintoma na urgência subjetiva no SPA/UFS, com a elaboração de que o paciente, atendido pela pesquisadora, supõe-se uma psicose ordinária. O paciente apresentou dificuldade do laço social, o não desejo de estudar e o medo do fracasso de trabalhar. Nos últimos atendimentos, afirmou estar se sentindo menos angustiado, fazendo suplência da desorganização dos pensamentos com o uso do celular. Disse que finalizou o Ensino Médio e se submeteu a realizar o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), mas a mãe o inscreveu no curso técnico que ela escolheu e disse que era bom para ele.

Ficou evidente que a afirmação do paciente é uma ratificação da hipótese levantada neste estudo que diz, no que se refere à escuta da angústia como o sinal do sintoma, que o dispositivo da urgência subjetiva pode ser um importante caminho que a clínica psicanalítica tem ofertado na atualidade, especialmente no que concerne à prática lacaniana, nas instituições. Aponta para o resultado: a questão inicialmente feita sobre a posição do analista, estando implicitamente no exposto do paciente que, ao expor sua afirmação confere, à analista-pesquisadora, uma posição de parceiro-sintoma e de testemunha da apresentação do psicótico, ao fazer laço social pela via transferencial no atendimento, efeito de um novo olhar clínico diferencial da Psicanálise Lacaniana. Nós, psicanalistas, sempre colocamos em nosso horizonte a subjetividade de nosso tempo, seguindo o exemplo de Freud, como fez Lacan, assim nós prosseguimos.

Neste estudo, testemunhamos a importância da advertência de Lacan sobre a clínica da urgência subjetiva, que ele celebra no Relatório de Roma e, como Freud, marca o seu primeiro ensino. O psicanalista francês assinala, o peso da palavra urgência, nos advertindo que o dispositivo lacaniano pode ser inserido na sociedade para escutar quem desejar falar de urgência subjetiva.

Lacan adverte que as instituições que acolhem a escuta de urgência de pacientes devem tratá-los com dignidade; como analista pesquisadora, sinto-me desafiada em apreender a arte do atendimento de urgência subjetiva na prática, em relação a novos sintomas que se apresentam, levando em consideração uma clínica para além do consultório particular, como no SPA/UFS, um serviço que possibilita a conexão direta com o social, em que, se ocupando de uma clínica em perspectiva ampliada, traz uma Psicanálise aplicada pela via do desejo da pura psicanálise.

Atualmente, na investigação da urgência subjetiva, constatamos as contribuições de psicanalistas argentinos, especialistas na transmissão da Psicanálise Lacaniana com produções

resultantes de suas ricas experiências, que nos ajudaram na construção deste estudo, enviando trabalhos de grande relevância pela colega Inés Sotelo, que também nos indicou sua obra, e pelo orientador desta pesquisa, que trabalha fazendo intercâmbio na Argentina e me indicou uma obra específica de Ricardo Seldes, dentre tantas outras produções importantes.

A relevância da Psicanálise Lacaniana se mostrou importante, a partir da liberdade das construções teórico-clínico, o percurso dos estudos desde as disciplinas que nos permitiram buscar o saber, a partir do desejo que resultou de apresentações de produções acadêmicas sem imposição, sobretudo, podendo me posicionar como sujeito da pesquisa. Nesse percurso, me senti também objeto da pesquisa, construindo um saber, a partir da apreensão clínica e, com as leituras teóricas, alcançar um saber não-todo, para desejar ainda mais seguir na universidade pública com os estudos da Psicanálise Lacaniana, uma escolha pela via do desejo decidido, inegável e inegociável.

Esta investigação considera as contribuições das históricas e fica evidente o desejo de saber de Freud e Lacan, ao descreverem os casos, marcando suas teorias em todo seu percurso teórico-clínico que enriqueceram as discussões deste estudo, sobretudo, no capítulo dois e três, que contemplam o enodamento das duas primeiras clínicas de Freud, com as vinhetas dos seus primeiros cinco casos e a interpretação do suposto paciente no livro de Schreber, fazendo uma borda com uma discreta leitura lacaniana construída no primeiro ensino de Lacan, que nos possibilitou melhor apreensão do enlace teórico freudo-lacaniano.

Essa perspectiva nos permitiu extrair princípios psicanalíticos das mais variadas aplicações, diante das experiências dos colegas psicanalistas lacanianos que, visando ao olhar humano, enriqueceram esta investigação com as suas produções psicanalíticas, às quais destacamos, dentre muitas: o trabalho do psicanalista Marcelo Veras que, ao gerir um hospital, em sua pesquisa, levanta a hipótese de uma nova clínica que acredita na possibilidade do psicótico ter enlace social; Inés Sotelo, que realiza um trabalho na Universidade de Psicologia e introduz um trabalho de intercâmbio com professores e alunos, com discussões de casos visando à transmissão da Psicanálise Lacaniana.

Nesta pesquisa, ficou evidente a importância do Nome-do-Pai na clínica do binarismo estrutural (Neurose, Psicose), percebida tanto nas duas primeiras clínicas de Freud quanto na primeira clínica de Lacan. Na primeira clínica de Freud, ficou evidente em todos os casos que ele atendeu, marcadamente no tratamento dado ao sintoma, a questão paterna, que se mostrou pela via da castração, e, no manejo do tratamento, ficou explícito o amor transferencial percebido nas estabilizações da escrita, sobretudo na paciente Anna O. e o suposto paciente Schreber.

Na última vinheta, testemunhamos a simbólica forclusão do Nome-do-Pai que, na clínica, percebemos que o psicótico, ao falar nos atendimentos, faz suplência pela via do imaginário. Este estudo se mostrou enriquecedor para a construção do meu saber teórico-clínico e evidenciou o desejo de ir mais além com a pesquisa pela via da Psicanálise Lacaniana, que oferta escuta e no encontro faz laço com o social, na relação descrita por Lacan como dual.

A relevância deste estudo ficou evidente, a partir da construção metodológica, que nos norteou, e, prosseguindo, percebemos que, a partir da lacuna de conhecimento, revelou-se uma saída para encontrarmos a urgência subjetiva no SPA/UFS, apontado pela escolha inconsciente dos descritores, urgência subjetiva AND universidade. A partir daí, a investigação foi tomando forma e se organizando na medida em que o estudo foi se desenvolvendo com as leituras dos textos enodados, com o que se escutava nos atendimentos tanto na clínica da urgência subjetiva quanto no consultório particular. Os *insights* iam acontecendo naturalmente; as considerações ofertadas pela banca foram de grande relevância para nos mostrar que era necessário deixar cair algumas questões, antes represadas, para que a pesquisa pudesse tomar o seu percurso natural.

Neste momento de concluir, dizemos que as bibliografias indicadas pela banca constituídas de psicanalistas, foram de extrema importância para a conclusão deste estudo, abrindo os nossos olhos para futuras investigações, às quais já conseguimos perceber, e que, por enquanto, seguimos com a visão epistemo-metodológica, de Gaston Bachelard (1996), pensando a investigação científica, recorrendo à psicanálise, como um caminho de partida, mas não de chegada. Na posição de analista, seguimos com desejo de continuar tecendo os efeitos da escuta da psicanálise lacaniana no SPA/UFS.

REFERÊNCIAS

AFLALO, A. **O assassinato frustrado da psicanálise**. Rio de Janeiro: Cotra Capa, 2012.

ALMEIDA, P. Psicanálise aplicada ao social. *In*: VERAS, M. F. A. S.; MONTEIRO, L. F.; HENRIQUES, R. S. P. (orgs.). **Escutas do indizível**: a urgência subjetiva dos universitários. Salvador: EDUFBA, 2024, p. 155-170. p. 105-118.

ARENAS, G. **El sinsentido del síntoma**. Grama Editiones, 2023.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. 10. ed. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BASTOS, R. L. **Psicanálise e pesquisas**: Ciência? Arte? Contraciência?. 2 ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

BESSET, V. L.; Gama, C. A. (orgs.) *et al.* **Angústia**. São Paulo: Escuta, 2002.

BRAGA, F. S. M.; FONSECA, G. L. Reflexões sobre psicanálise, saúde mental e instituições: considerações acerca das dimensões do patológico e do sofrimento. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. Minas Gerais, v. 3, n. 5, mar. 2018, p. 538-546. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16008>. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. **Recomendações aos psicólogos para o atendimento online**: cartilha do curso saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-aos-psic%C3%B3logos-para-o-atendimento-online-1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BROUSSE, M.-H. Uma dificuldade na análise das mulheres. *In*: J.-A Miller (org.). **Ornicar? De Jacques Lacan e Lewis Carroll**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, pp. 57-67. Disponível em: <file:///C:/Users/Madalena%20Souza/Downloads/739864450-Marie-Helene-Brousse-Uma-dificuldade-na-analise-das-mulheres-a-devastacao-da-relacao-com-a-mae.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2024.

CALASSO, R.; CANETTI, E.; SCHREBER, D. P. **Memórias de um doente dos nervos (1911)**. São Paulo: Todavia, 2021.

CARISSIM, B. A. S. M. A clínica da urgência subjetiva: condições indispensáveis para o atendimento de pacientes em uma clínica-escola (SPA) *In*: MEDEIROS, C.; PIETRANI, E. E. M.; SANTOS, O. M. A. A. (orgs.). **Psicologia em construção**: saberes e práticas. Curitiba: Appris, 2023, p. 137-148.

COSTA, C. A. **O PSIU-UFBA e a noção de urgência subjetiva**: uma leitura psicanalítica. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/camila_abreu.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

COTTET, S. **Manifestações clínicas da rejeição do inconsciente**. Conferências. EBP-ES. Vitória, 1998.

COUTINHO, D. M. B.; MATTOS, A. S.; MONTEIRO, C. F. A.; VIRGENS, P. A.; ALMEIDA FILHO, N. M. Ensino da psicanálise na universidade brasileira: retorno à proposta freudiana. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. São Paulo, v. 65, n. 1, mar. p. 103-120, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100008. Acesso em: 24 fev. 2024.

COUTINHO, D. L. A escuta do um-a-um no universal: a psicanálise na universidade. **Revista FAFIRE**. Recife, v. 8, n. 2, dez. 2015, p. 140-151. Disponível em: https://publicacoes.fafire.br/diretorio/revistaFafire/revistaFafire_v08n02_a09.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021.

DANTO, E. A. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

ELLENBERGER, H. F. **A Descoberta do Inconsciente: a história e evolução de psiquiatria dinâmica**. Tradução Paulo Sergio de Souza Jr. São Paulo: Editora Perspectiva, 2023, p. 421-566.

FERREIRA, T.; VORCARO, A. (orgs.). Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In.: **Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita**. São Paulo: Autêntica, 2018, p. 129-152

FONTELES, C. S. L. **Psicanálise e universidade: uma análise da produção acadêmica no Brasil**. 2015. 202 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

FREUD, S. Charcot (1893). In: FREUD, S. Primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899). São Paulo: Companhia das Letras, 2023, p. 15-31. **Obras Completas**.

FREUD, S.; BREUER, J. Estudos sobre a histeria (1893-1895). São Paulo: Companhia das Letras, 2016. **Obras Completas de Sigmund Freud**.

FREUD, S.; BREUER, J. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 2, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A Interpretação dos sonhos (1900). São Paulo: Companhia das Letras, 2019. **Obras Completas**.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1901). São Paulo: Companhia das Letras, 2016. **Obras Completas**.

FREUD, S. O Método psicanalítico de Freud (1904). In: FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria [“O Caso Dora”] e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p. 321-330. **Obras Completas**.

FREUD, S. O chiste e sua relação com o inconsciente (1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2016. **Obras Completas.**

FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [Dementia paranoides] relatado em autobiografia [“O Caso Schreber”] (1911). *In*: FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [“O Caso Schreber”], artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-107. **Obras Completas.**

FREUD, S. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). *In*: FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [“O Caso Schreber”], artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 147-162. **Obras Completas.**

FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência (1915). *In*: FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia [“O Caso Schreber”], artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 210-228. **Obras Completas.**

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1917). *In*: FREUD, S. Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917). São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 343-363. **Obras Completas.**

FREUD, S. Caminhos da Psicoterapia psicanalítica (1919). *In*: FREUD, S. História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 279-292. **Obras Completas.**

FREUD, S. Deve a psicanálise ser ensinada na universidade? (1919). *In*: FREUD, S. História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos”), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 377-381. **Obras Completas.**

FREUD, S. Neurose e psicose (1924). *In*: FREUD, S. O Eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011a, p. 176-183. **Obras Completas.**

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo (1924). *In*: FREUD, S. O Eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011b, p. 203-213. **Obras Completas.**

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia. *In*: FREUD, S. **Obras completas**, v. 17, São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. Psicanálise (1926). *In*: FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Companhia das Letras, 2014a, p. 311-321. **Obras Completas.**

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). *In*: FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Companhia das Letras, 2014b, p. 13-124. **Obras Completas.**

FREUD, S. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). *In*: FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). São Paulo: Companhia das Letras, 2014c, p. 124-218. **Obras Completas**.

FREUD, S. O Mal-estar na civilização (1930). *In*: FREUD, S. O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. **Obras Completas**, v. 18.

GARCIA, I. B. Sintoma: a fala enigmática do inconsciente. **Revista de Ciências Humanas**. São Paulo, v. 12, n. 16, p. 115-121, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/23855/21385>. Acesso em: 2 fev. 2024.

GARCIA, C. O conceito de cura na clínica psicanalítica (há tempo para tudo... ou não)? *In*: TEIXEIRA, A.; GARCIA, A.; LIMA, C. R.; CARVALHO, F. F.; SANTIAGO, J.; CAMPOS, S. (orgs). **O tempo e a cura na clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: d'ISS (Coleção Dispositivo; v. 5).

GUERRA, A. M. C. **A Psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

GRUNER, R.; WEINMANN, A. O.; SOUZA, P. M. Schreber escritor. **Revista Psicologia Clínica**. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 495-514, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33208/pc1980-5438v0032n03a04>. Acesso em 20 abr. 2024.

HARARI, A. **Fundamentos da prática lacaniana: risco e corpo**. Belo Horizonte, MG: Relicário, 2018.

HENRIQUES, R. S. P.; BIRMAN J. Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária (Jean-Claude Maleval). **Clínica & Cultura**. São Paulo, v. 3, n. 1, mar. p. 105-169, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/2841>. Acesso em: 2 fev. 2024.

HENRIQUES, R. S. P. Psicanálise in tensão e as políticas identitárias. *In*: VERAS, M. F. A. S.; MONTEIRO, L. F.; HENRIQUES, R. S. P. (orgs.). **Escutas do indizível: a urgência subjetiva dos universitários**. Salvador: EDUFBA, 2024, p. 155-170.

HENRIQUES, R. S. P. A psicose na contemporaneidade e seus novos sintomas: do páthos ao horthos. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v. XV, n. Especial, p. 421-436. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982012000300005>. Acesso em: 27 jul. 2024.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 238-324, 1998.

LACAN, J. O seminário sobre A carta roubada (1955). *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 13-68, 1998.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 585-652, 1998.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1959). *In: LACAN, J. Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 537-590, 1998.

LACAN, J. **O seminário livro 3: as psicoses** (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. **O seminário livro 5: As formações do inconsciente**. (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. O objeto da psicanálise (1965-1966). *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 224-225, 2003.

LACAN, J. Apresentação das memórias de um doente dos nervos (1966). *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 219-224, 2003.

LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola. *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 248-264, 2003.

LACAN, J. O ato psicanalítico (1967-1968). *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 371-379, 2003.

LACAN, J. **O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante** (1971). Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LACAN, J. O aturdito (1972). *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 448-497, 2003.

LACAN, J. Televisão (1973). *In: LACAN, J. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 508-543, 2003.

LACAN, J. **O Seminário, livro 23: O Sinthoma** (1975-1976). Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. (1981-2005). **Nomes do Pai**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LAURENT, E. (org.). El revés del trauma. *In: SOTELO, I. Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, 2009.

MALEVAL, J. C. Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária. Tradução de R. S. P. Henriques & J. Birman. **Clínica & Cultura**, 3(1), p. 105-169, 2003-2014. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/2841>. Acesso em: 05 abr. 2023.

MEDEIROS, C.; CHIABI, S. M.M. Supervisão em psicanálise em uma Clínica-escola; transferência e saber? *In: MEDEIROS, C.; PIETRANI, E. E. M.; SANTOS, O. M. A. A. (orgs.). Psicologia em construção: saberes e práticas*. Curitiba: Appris, 2023. Pp. 21-32.

MENA, L. **A função do nome do pai em psicanálise: para que serve a autoridade?** São Paulo: Zagodoni, 2021.

MENA, L. Localizar-se sobre a estrutura. *In: SKRIABINE, Pierre. @gente Revista de Psicanálise*. EBP/Bahia, n. 7, p. 1-10. Seminário Latino de Paris, 2009. Disponível em:

https://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/07/15/003_agente07_pierre_skriabine002.pdf. Acessado em: 16 de jul. de 2024.

MILLER, J.-A. **Perspectivas do seminário 23 de Lacan: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

MILLER, J. A. Ler um sintoma. **Afreudite**. Ano VII, n. 13/14, p. 1-30, 2011. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/4347/1/ler%20um%20sintoma.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2023.

MILLER, J. A. **O osso de uma análise + o inconsciente e o corpo falante**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

MILLER, J.-A. Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. **Opção Lacaniana Online**. São Paulo, v. 8, n. 22, mar. 2017, p. 1-47. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_22/Psicanálise_pura.pdf. Acesso em: 01 set. 2023.

MILLER, J.-A. Efeito do retorno à psicose ordinária (2009). **Opção Lacaniana Online** nova série, São Paulo, ano 1, n. 3, nov. 2010. ISSN: 2177-2673. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br>. Acesso em: jul. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Relatório mundial sobre drogas 2020**: breves considerações da coordenação do comitê do MPPR de enfrentamento às drogas. Curitiba: MP-PR, 2020. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Relatorio_Mundial_Drogas.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

MOREL, G. **Ambigüedades sexuais**: sexuación y psicosis. Buenos Aires: Manantial, 2012.

QUINET, A. **Análise online**: na pandemia e depois. Rio de Janeiro: Atos e Divãs, 2021.

REIS, M. F. B. T; SANCHES, M. G. M; MOSTAGI, D. C. Estudos de casos em psicanálise na literatura on line: uma revisão narrativa. **Revista Psicologia UNESP**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 50-66, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

ROSA, M. **Por onde andarão as histéricas de outrora?** Um estudo lacaniano sobre as histéricas referencias. Belo Horizonte: Edição da autora. 2019.

RESOLUÇÃO n. 3, 2003, Consu. SPA. Disponível em: https://daffy.ufs.br/uploads/page_attach/path/14783/032007_-_Propriedade_Industrial.doc.pdf. Acesso em 04 abr. 2023.

SCHEJTMAN, F. **Sinthome, ensayos de clínica psicoanalítica nodal**. Olivos: Grama Ediciones, 2015.

SELDES, R. **La urgencia dicha**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colección Diva, 2019.

SOTELO, I. **Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas**. Olivos. Grama Ediciones, 2015.

SCHREBER, D. P. 1842-1911. **Memórias de um doente dos nervos**. Tradução e introdução Marilene Carone. São Paulo: Todavia, 2021.

TAVARES, L. A. T.; HASHIMOTO, F. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. São Paulo, v. 6, n. 2, dez, 2013, p. 166-178. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202013000200002&script=sci_abstract. Acesso em: 5 jan. 2024.

VERAS, M. F. A. S. **A Loucura entre nós**: a teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental. 2009, 291f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://psiligapsicanálise.files.wordpress.com/2014/09/marcelo-veras-a-loucura-entre-nc3b3s.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2024.

ZANOTTI, S. V.; MIURA, P. O. Revisão da literatura: os exemplos de Freud e Lacan. *In*: QUEIROZ, E. F.; ZANOTTI, S. V. (orgs.). **Metodologia de pesquisa em psicanálise**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020, p. 55-74.