

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Cláudia Nogueira da Mota

**O recurso às drogas em um caso de melancolia
e os efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise**

Belo Horizonte
2016

CLÁUDIA NOGUEIRA DA MOTA

**O recurso às drogas em um caso de melancolia
e os efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Rosa Vieira Luchina

Belo Horizonte
2016

Nome: Cláudia Nogueira da Mota

Título: O recurso às drogas em um caso de melancolia e os efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Rosa Vieira Luchina (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antônio Márcio Ribeiro Teixeira

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Cristina Moreira Marcos

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Assinatura: _____

* De acordo com o estilo APA (American Psychological Association)

A minha mãe (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Rosa Vieira Luchina, por ter acolhido minha proposta, por fazer correções e intervenções precisas que me auxiliaram a produzir e a não me desviar do tema proposto; agradeço por ter proporcionado o encontro com o psicanalista Fabián Naparstek na Universidade Federal de Minas Gerais, Fafich, momento marcante na construção do meu trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Andréa Guerra, por promover importantes discussões realizadas na sala de aula e no “corredor” da Universidade, discussões que viravam questões, e que muito me ajudaram a realizar a pesquisa.

Ao Prof. Dr. Oswaldo França Neto, pela participação no exame de qualificação, contribuindo com sugestões e orientações importantes para o desenvolvimento do trabalho.

Às instituições Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Hospital Raul Soares (FHEMIG) pelo apoio e incentivo.

Ao meu pai, o primeiro a me falar da Psiquê.

Aos meus queridos irmãos, Cleber, Adelson, Augusto e Rita, pelo incentivo constante.

A minha irmã Rita, mais uma vez, por acompanhar desde as ideias iniciais até o trabalho final.

À Juliana Motta, Marco Túlio e Marco Antônio e à equipe do hospital Raul Soares, pela oportunidade de trabalho no campo da saúde mental.

Ao cartel de toxicomania, realizado no ano 2012/2013, da Escola Brasileira de Psicanálise com Maria Wilma (mais um), Maria Aparecida (“Cidinha”), Marconi Guedes, Rosemary Rocha e Myneia Campos. Sem vocês não teria começado esse trabalho.

Ao João, Israel e Elizete, obrigada pela torcida.

À Isaltina Marins, pela paciência e escuta acolhedora.

Aos colegas do Mestrado, obrigada pela convivência, pelas trocas, brincadeiras e os momentos bons, o que tornou menos árido esse percurso.

RESUMO

Mota, C. N. O recurso às drogas em um caso de melancolia e os efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Partimos de um caso clínico no qual, perdido o filho, uma mulher começa a fazer uso de cocaína, identificando-se ao filho morto e evidenciando a impossibilidade de realizar o trabalho do luto. A partir desse caso clínico, foram suscitadas várias questões, entre elas a do diagnóstico diferencial. Depois de examinarmos cuidadosamente a teoria do luto em Freud e também em alguns dos comentários de Lacan, concluímos pela melancolia, cuja teoria e clínica percorremos com a psiquiatria clássica e com a psicanálise, indagando sobre a terapêutica: qual a modalidade de atendimento, com orientação lacaniana, para atendimentos breves que se realizam sob a égide da reforma psiquiátrica? Verificamos que a teoria dos efeitos terapêuticos rápidos proporciona, nessas instituições, a introdução da escuta, do singular do sujeito. Passar do discurso médico para o discurso psicanalítico, significa ao nosso ver, dar um lugar para o sujeito para que ele produza uma subjetivação de sua queixa. Assim, com a noção de Ciclo, na teoria dos efeitos terapêuticos rápidos, o psicanalista J. A. Miller sinaliza que uma análise pode iniciar-se, terminar e reiniciar-se, refazendo o percurso novamente. Com isso, espera-se que o sujeito possa fazer um remanejamento subjetivo, uma redução do gozo implicado no seu sintoma, relançando a partir daí, um novo ciclo na direção do tratamento.

Palavras-chave: Psicanálise. Caso clínico. Sintoma. Tratamento. Reforma psiquiátrica. Sujeito.

ABSTRACT

Mota, C. N. The use of drugs in a case of melancholy and rapid therapeutic effects in psychoanalysis. Thesis, Graduate Program in Psychology, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

We start from a case in which, the lost son, a woman begins to make use of cocaine, identifying the dead child and showing the impossibility of carrying out the work of mourning. From this clinical case were raised several issues, including the differential diagnosis. After carefully examining the grief theory in Freud and also in some of the reviews of Lacan, conclude by melancholy, whose theory and clinical traveled with classical psychiatry and psychoanalysis, asking about therapy: what type of service, with guidance Lacan, for brief visits that take place under the aegis of the psychiatric reform? We find that the theory of rapid therapeutic effects provided in these institutions, the introduction of listening, singular subject. Over medico speech to the psychoanalytic discourse, it means in our view, give a place to the subject so that it produces a subjectivity of his complaint. So with the notion of cycle, the theory of rapid therapeutic effects, Jacques Alain Miller psychoanalyst signals that an analysis may start, stop and restart is retracing the route again. Thus, it is expected that the subject may make a subjective relocation, reducing the implied enjoyment to your symptom relaunching from there, a new cycle in the direction of treatment.

Key-words: Psychoanalysis. Clinic case. Symptom. Treatment. Psychiatric reform. Subject.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE A TOXICOMANIA E SUA DISCUSSÃO NA CONTEMPORANEIDADE (ou) DESENCADEAMENTO DA TOXICOMANIA: IMPLICAÇÕES EM UM CASO CLÍNICO	13
2.1 Referenciais teóricos do gozo na toxicomania	14
2.2 Caso Clínico.....	16
2.3 A Adição e o Desligamento do Outro	17
2.4 A subversão freudiana do termo desencadeamento	20
2.4.1 <i>Desencadeamento na Neurose</i>	21
2.4.2 <i>Desencadeamento na Psicose</i>	24
2.5 <i>Bejahung, Verwerfung e Verneinung</i>	27
2.6 Sobre o luto em Freud e Lacan.....	29
2.7 Como Lacan pensa o luto?	33
2.8 Dados do Prontuário.....	34
3 AS REFERÊNCIAS DA PSIQUIATRIA CLÁSSICA E A CLÍNICA DA MELANCOLIA A PARTIR DE FREUD.....	39
3.1 Psicose maníaco-depressiva	41
3.2 Rascunho G: a melancolia apresentada como uma hemorragia interna.....	45
3.3 Novas classificações da psiquiatria.....	48
3.4 Luto normal, Luto patológico e Melancolia	50
3.4.1 <i>Aproximações e Diferenças</i>	50
3.4.2 <i>Das Ding: identificação narcisista e a teoria lacaniana sobre o Objeto a ..</i>	57
3.5 A droga como formação de ruptura com o gozo fálico	59
3.6 O Caso Clínico “Léia”: a impossibilidade de realização do Luto	59
3.6.1 <i>A condução do tratamento na perspectiva dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise</i>	62
3.7 Efeitos Terapêuticos Rápidos em Psicanálise.....	63
4 CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

Em “Escritos”, ao definir o sujeito moderno no texto intitulado “Ciência e verdade”, Lacan (1957/1998b) mostra que ele está subordinado à ordem simbólica, associando-o ao sujeito que emerge do *Cogito* cartesiano. Posto isso, Lacan irá correlacionar o sujeito da psicanálise com o sujeito da ciência.

A noção do inconsciente freudiano, a partir da leitura do psicanalista francês, é tributária do fundamento do sujeito da certeza de Descartes, o qual, pela via do método da dúvida, teria inaugurado, ao lado do inconsciente, o sujeito dividido. Sobre o uso da dúvida, como estratégia do método cartesiano, é interessante notar, segundo Souza (2013), como Descartes se posiciona dividido, em conflito, entre um momento de ruptura com o conhecimento clássico, apoiado na tradição, abundante em saberes, e outro, suspenso pela falta de saber. Esse momento é destacado por Souza (2013):

No efervescente século XVII, dois principais juízos acerca do conhecimento do mundo podiam ser rapidamente ordenados: (a) ou, por um lado, o saber era sustentado pela lógica dos grandes sistemas de pensamento derivados da escolástica, (b) ou, por outro lado, conservava-se uma posição tipicamente derivada da escola cética. (Souza, 2013, p.51).

Para Lacan, o sujeito moderno encontra-se identificado com os ideais, é aquele que se faz representar pelo significante. Já o sujeito pós-moderno reflete modificações da subjetividade que são engendradas pelo discurso da ciência, e aqui especificamente torna-se possível evocarmos as neurociências, as quais excluem o sujeito, estabelecendo relações entre neurotransmissores e isentando qualquer participação do sujeito na conduta humana.

Em sua conferência em Comandatuba, no IV Congresso da AMP, partindo da moral civilizada de Freud, Jacques-Alain Miller aborda esse sujeito pós-moderno. Para ele, o sujeito do século XXI é um sujeito desbussolado, desde que a moral civilizada foi abalada, uma moral orientada pelo significante Nome-do-Pai, o qual fornecia um corrimão aos desamparados, na medida em que o sujeito aí se encontrava inibido. (Miller, 2004).

Já em sua conferência *Um real para o século XXI*, Miller observa que há uma grande desordem no real. Segundo sua tese, o real outrora se denominava natureza, portanto, não havia desordem no real. A própria ordem humana tinha a ordem natural como modelo. A combinação do capitalismo e da ciência fizeram o natural, a natureza, desaparecer, deixando um resto desordenado. Com efeito, dessa desordem no real, surgiram novos sintomas configurados pela elisão do sujeito dividido, dentre os quais a toxicomania. (Miller, 2014).

Na contemporaneidade, o discurso da ciência opera mudanças no Outro e provoca uma

fratura na significação, criando novas formas de gozo para o sujeito. O Outro, o grande Outro, foi primeiramente introduzido por Lacan em *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985a), diferenciando-o do pequeno outro, o qual designa o lugar da alteridade especular, ou outro imaginário. O grande Outro, como discurso do inconsciente, é um lugar representado pela letra A maiúscula, no matema lacaniano (a partir do termo *Autres*, em francês) o Outro, lugar das determinações simbólicas do sujeito. É onde o sujeito é mais pensado do que propriamente pensa, segundo Quinet (2013) O próprio sujeito lacaniano é um vazio, um furo na linguagem.

A toxicomania é um efeito do discurso da ciência, surgindo como uma nova forma sintomática, ao lado de outras, que não operam pelo mecanismo do recalque. Ao contrário das formações substitutivas que caracterizam o sintoma neurótico, a toxicomania prescindiria do Outro, o que torna autoerótico ou mesmo cínico o gozo toxicômano. Por se recusar a participar do gozo fálico, se torna um demissionário do falo; insubordinado ao gozo civilizatório, busca reencontrar, no real, o objeto irremediavelmente perdido do gozo.

Esse trabalho teve como origem a experiência de atendimento em um hospital psiquiátrico da rede pública da cidade de Belo Horizonte, na enfermaria feminina, na qual pude acompanhar pacientes internados por uso abusivo de álcool e drogas ilícitas¹. Embora o tema da drogadição seja recorrente em muitos trabalhos de psicanalistas atuais, podemos considerar ainda pouco investigada a modalidade de atendimento em instituições de internação que se orientam pelos princípios da reforma psiquiátrica. Essas instituições se caracterizam por atenderem pacientes em situações de crise, sendo a permanência breve. Tal característica institucional fez surgir a questão da especificidade desse tipo de atendimento que, ao contrário das internações de longa permanência, deve ser realizado em um período médio de 21 dias. O

¹ No decorrer dessa experiência, o presente estudo surge no contexto do Projeto de Pesquisa intitulado *Contribuições da psicanálise às intervenções terapêuticas no consumo abusivo e dependência de álcool/drogas em casos de mulheres*, financiado pelo CNPq e sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Márcia Rosa, desenvolvido entre 2012 e 2013. Nesse projeto, trabalhou-se a hipótese do desencadeamento da toxicomania em mulheres por ocasião de uma perda no laço afetivo não simbolizada. Para ver mais, consultar:

Rosa, M. (2010). Algumas contribuições de Freud e Lacan para a leitura do enlouquecimento amoroso nas mulheres. In: *IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental* (Vol. 1, p.113-113). São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

Rosa, M. (2011). Gente comum, amores incomuns. *Curinga*, 1, 67-71.

Rosa, M. (2012). O feminino e essas místicas sem Deus. In: Caldas, Heloisa; Murta, Alberto; Murta, Claudia. (Orgs.). *O feminino que acontece no corpo* (pp.157-164). Belo Horizonte: Scriptum.

Rosa, M. (2014). Vani: o poder tóxico da linguagem ou o insulto! In: Rosa, M., Faria, M. W. & Mezêncio, M. (Orgs.). *Tratamento possível das toxicomanias... com Lacan* (Vol. 1, p.159-164). Belo Horizonte: Scriptum.

que pode um analista, orientado pela psicanálise lacaniana, na condução do tratamento? O que pode um analista em uma instituição de curta permanência, no atendimento de um caso de psicose melancólica que utiliza a droga para anestesiar sua dor de existir?

Sabemos que atendimentos em tão curtos períodos, além das questões específicas da adição, podem mascarar o diagnóstico. Essa dificuldade torna-se ainda maior com aqueles psicóticos que utilizam com regularidade determinado tipo de droga. Assim, partiremos de um caso clínico: a paciente “Léia”², que, antes de sua primeira internação em um hospital psiquiátrico, já fazia uso de cocaína há quatro anos. Tornou-se de fundamental importância, nesse caso clínico, a localização da função da droga, posto que “na clínica é necessário que cheguemos a um diagnóstico da função que cumpre essa droga para esse sujeito.” (Naparstek, 2008, p.61)

O segundo capítulo deste trabalho busca situar a psicanálise contemporânea e o advento da toxicomania. A partir da expressão “desencadeamento da toxicomania”, extraída de um comentário do psicanalista argentino Fábian Naparstek (2008), fez-se necessário retomar a noção de desencadeamento em Freud, especificamente o desencadeamento na psicose.

Ao escutar o momento de desencadeamento da toxicomania de Léia, passamos a saber que ele coincide com a perda de seu filho, que fazia uso de cocaína. Após outras internações subsequentes, conforme registros de prontuários e discussão de equipe, foi possível especificar o diagnóstico diferencial de psicose melancólica.

Para prosseguir com a discussão, fez-se importante investigar a função do luto. Para isso, nos guiamos pelo texto *Luto e melancolia*, de 1917 e pela análise de Lacan do personagem literário Hamlet. Lacan localiza o luto como um furo da ordem do real, que mobiliza toda a cadeia significante, fazendo com que a falta retorne ao sujeito, enquanto a melancolia representaria, ao contrário do luto, a impossibilidade de simbolizar a perda, o que faz com que o sujeito se identifique com o objeto perdido.

No terceiro capítulo, tratamos da melancolia na psiquiatria clássica, atravessando as várias concepções que o termo melancolia vai ganhando pelos clássicos, até a descrição da psicose maníaco-depressiva; destacamos ainda os pontos de convergência e divergência entre as diversas modalidades de reação à perda.

Em seguida, abordamos os transtornos de humor, nomenclatura utilizada pelas novas classificações da psiquiatria, especificamente pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID).

² Nome fictício.

São sistemas classificatórios que acreditam poder colocar de lado a problemática da discussão teórica sobre a causalidade psíquica, em prol de uma pretensa neutralidade. Preconizam o uso de psicofármacos, independente da estrutura do sujeito. No caso Léia, encontramos registrado em seu prontuário duas referências diagnósticas ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Concordamos com o psicanalista Antônio Quinet (2011) que, nos novos sistemas classificatórios da psiquiatria, o desaparecimento das entidades clínicas descritas pela psicanálise dificulta o diálogo entre a psiquiatria e a psicanálise, almejado por Freud.

Discutimos ainda, além das várias modalidades de reações à perda, noções fundamentais para se investigar o processo melancólico, tais como: identificação narcisista, *das Ding* e objeto *a*. Percorremos ainda, com Freud e Lacan e outros psicanalistas atuais como Éric Laurent, a apresentação da identificação narcisista como uma identificação psicótica, a qual indica a relação mortífera que o melancólico mantém com a Coisa. Na melancolia, o objeto *a* enquanto causa de desejo não opera, restando apenas a pura perda, o que deixa o melancólico paralisado na pura dor de existir. (Franco, 2006)

Retornando ao caso clínico, constatamos no sujeito uma posição de impossibilidade de realização do luto, o que nos fez trabalhar vários pontos do caso com as referências psicanalíticas da melancolia, articuladas com a função que a droga cumpre na economia psíquica nesses casos.

Por fim, retomamos a teoria dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise, bem como a discussão da psicanálise aplicada nas instituições, presença que surge de uma demanda dirigida aos analistas de hoje e é efeito dos avanços do discurso da ciência e do capitalismo que fragmentam o conhecimento.

Lacan, no “Ato de fundação” em 1964, distingue psicanálise pura e psicanálise aplicada. Embora essa distinção tenha como objetivo abordar a formação do analista, cabe sublinhar que ambas as modalidades são determinadas pelo exercício ético da psicanálise. Uma ética que, como foi demonstrada por Freud e depois por Lacan, não se confunde com o bem-estar.

Com a introdução da noção de gozo, Lacan parte da leitura freudiana do “Além do Princípio do Prazer” e da pulsão de morte, delimitando uma ética que não desresponsabiliza o sujeito de seu sofrimento. Da mesma forma que a psiquiatria e a psicoterapia, a psicanálise parte do sintoma, porém, ao contrário das anteriores, a psicanálise não busca eliminar o sintoma. Ao invés de extirpá-lo, visa uma certa reconciliação do sujeito com seu sintoma. Dessa forma, a teoria dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise, na perspectiva ética do caso a caso, implica o sujeito em seu sofrimento, isto é, implica uma mudança da relação do sujeito com o seu gozo. Miller (2001), ao se referir à psicanálise aplicada, especifica que é a psicanálise

aplicada ao sintoma.

Ao nosso ver, a introdução dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise na instituição onde o caso clínico em discussão foi atendido proporcionou a escuta de que a cocaína passou a ser “eleita” após a morte do filho, como um objeto de identificação que evidencia a impossibilidade de o sujeito realizar um trabalho de luto, abrindo questões centrais na condução do tratamento.

Discutimos ainda a ideia de *ciclo*, proposta por Miller, que se refere ao trabalho analítico que se inicia, termina e se reinicia a cada uma dessas breves fatias de tratamento. Contrapondo-se à ideia de uma análise infinita, temos a noção de uma análise em redução, encerrada em cada ciclo. A título de demonstração, apresentamos um caso clínico em três sessões, extraído da *Conversação Clínica de Barcelona* sobre os Efeitos Terapêuticos Rápidos.

Finalizamos com a contribuição da prática clínica dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise e a possibilidade que ela abre na instituição de uma interrogação dos saberes das especialidades.

2 DESENCADEAMENTO DA TOXICOMANIA: IMPLICAÇÕES EM UM CASO CLÍNICO

Éric Laurent (2014) no texto *Três observações sobre a toxicomania*, nos lembra que nos encontramos em um contexto inteiramente novo, em comparação à época de Freud. Partindo desse contexto novo a respeito da toxicomania, Fabian Naporstek (2008) faz uma diferenciação do tipo de resposta dada ao mal-estar na cultura, de acordo com o momento histórico. Nota-se que na época de Freud, a droga ocupava o lugar de uma das saídas possíveis para o sujeito frente ao seu sofrimento, ao lado de outras. Na situação contemporânea, pelas implicações advindas da ciência e do capitalismo na sociedade de consumo, temos as leis do mercado agenciando as ofertas de objetos (*gadgets*) que provocam uma ação corrosiva nos valores e ideais, porém proporcionam aos sujeitos um excedente de gozo. Em *O Seminário, livro17: o avesso da psicanálise* (1969-1970/1992), Lacan já antecipava sobre os efeitos desses discursos:

Com efeito, não deveríamos esquecer, de qualquer modo, que a característica de nossa ciência não é ter introduzido um melhor e mais amplo conhecimento do mundo, mas sim ter feito surgir no mundo coisas que de forma alguma existiam no plano de nossa percepção”. (Lacan, 1969-1970/1992, p.150)

Dentre as coisas que passam a surgir no mundo, as drogas ocupam um lugar entre os bens do capitalismo e do mais-de-gozar³. O discurso do capitalista, versão do discurso do mestre, estrutura as relações do mundo contemporâneo. Articulada com esse discurso, a ciência funciona como responsável em produzir os objetos que serão consumidos. A falta não se refere a falta-a-ser, mas a uma falta a ser preenchida pelos objetos produzidos. Oferece-se aos sujeitos uma única saída, a mesma indicada para todos: todos gozam da mesma maneira. Essa nova ordem mundial institui o consumo como resposta universal. Essa resposta universal através do consumo produz efeitos localizados, como os fenômenos de segregação. Como podemos articular uma resposta universal com fenômenos de segregação?

“A segregação é uma forma de resistência, de manter o gozo contra a invasão de um gozo universal” (Naporstek, 2008, p.27). Diante da ótica da segregação, o diferente é aquele que, por ser diferente, deverá ser separado, privado da convivência. O que não acontece com a discriminação, pois discriminar é “distinguir as diferenças” (Naporstek, 2008, p.27). Mas, ao contrário da segregação, a discriminação mantém, possibilidades de conviver com tais

³ Mais-de-gozar: termo lacaniano, formalizado no *Seminário, livro16: de um Outro a outro*, (1968-1969/2008). O conceito de mais-de-gozar é descrito como homólogo à mais-valia de Karl Marx, revela “um a mais”, ou um gozo “excedente”, que se apresenta como não recuperável pelo sujeito, na medida em que está perdido. Mais adiante, abordaremos sobre o mais-de gozar e a toxicomania.

diferenças.

O psicanalista argentino observa que o fenômeno da segregação é crucial para a toxicomania, pois cada vez mais tem sido uma resposta do social aos toxicômanos interná-los em hospitais, comunidades terapêuticas, em fazendas, sítios, ou seja, em locais em que se encontram separados do convívio e da circulação nas cidades. Podemos também identificar na contemporaneidade as relações que são estabelecidas com a justiça, principalmente no tocante às internações compulsórias⁴ de usuários de drogas e álcool em instituições de internação psiquiátrica.

Para melhor situarmos o fenômeno da toxicomania na perspectiva da psicanálise, nosso ponto de partida será caracterizar o gozo específico da toxicomania, visto que a droga, em sua função de ruptura, proporciona acesso a um modo singular de gozo, que, fora dos parâmetros da regulação civilizatória, aponta para um tipo de satisfação ligada à pulsão de morte.

2.1 Referenciais teóricos do gozo na toxicomania

Não há em Freud, algo que podemos situar especificamente como conceito de gozo⁵, salvo considerações do uso do termo em um caso de neurose obsessiva ou na referência mítica do Pai da horda primeva, em que constrói o mito do gozo absoluto, bem como no sentido coloquial da satisfação sexual. Ou seja, Freud utilizou a palavra gozo com diversos significados. Contudo, se não há na obra freudiana o conceito de gozo, podemos dizer que coube a Freud delimitar seu campo.

Com Lacan, teremos vários desdobramentos em seu ensino que apontarão diversos momentos da construção desse conceito. Fazer o percurso dessa construção extrapola os objetivos desta pesquisa. Para fins de nossa investigação, iremos privilegiar a noção de gozo na toxicomania.

Segundo Miller (1997), inicialmente Lacan busca atrelar o gozo ao campo do imaginário, e só num segundo tempo, o gozo passa a ser significantizado, passando ao registro

⁴Internação compulsória: é a internação que ocorre pela determinação do judiciário, podendo seu término estar a critério médico ou pela determinação judicial. Nesse caso, o juiz competente levará em conta a necessidade da internação e as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Atualmente, além de ser usada nos casos de transtornos mentais graves, essa modalidade de internação tem sido utilizada nos casos em que a pessoa esteja correndo risco de morte devido ao uso abusivo de drogas.

⁵É importante salientar que na tradução das obras completas de Freud, optou-se por traduzir tanto o termo *Genuss* (gozo) quanto o termo *Lust* (prazer) com o sentido genérico de “prazer”. O verbo *Geniessen* é usado para duas acepções: (1) desfrutar, (2) possuir. O verbo em francês *Jouir* também é usado nas duas acepções. (Dicionário online-TLFI).

simbólico. Nesse momento teórico do ensino de Lacan, a noção de falo passa a ser central.

O falo é concebido como um significante: sua função será “designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante.” (Lacan, 1957/1998a, p.697). O falo permite ao sujeito dar algum significado ao gozo. Por uma operação lógica, passa a ser índice do gozo que foi extraído do corpo. Operação simbólica, que atrela o gozo à fantasia. A inscrição simbólica do gozo, efeito da castração, significa que o gozo se transmutou em um gozo limitado, “submetido à regência do falo” (Jorge, 2010, p.82). A partir de então, como podemos apreender a concepção do gozo fálico?

A divisão do sujeito causa o desejo, o que nos fala de um objeto perdido, que insiste nos mais variados caminhos da pulsão e nas cenas da fantasia. O gozo fálico advém no lugar de uma perda, de uma hiância. Nos termos lacanianos, a leitura do Édipo e, conseqüentemente, da significação fálica será a resultante da operação da metáfora paterna. A metáfora paterna terá seu fundamento pelo significante Nome-do-Pai. Portanto, o desejo da mãe é metaforizado pelo significante Nome-do-Pai. A metáfora paterna será o que permitirá a cada um aceder ao desejo, renunciando a ser o falo da mãe para um dia vir a tê-lo (como o pai).

A castração simbólica irá engendrar a significação fálica. O falo introduz uma divisão ao gozo – que, a partir da incidência da castração, por um lado, permitirá o gozo e, por outro, o interditará. Segundo Guerra (2010), a entrada do pai aponta a abertura do desejo para a experiência de satisfação com outros objetos que não o interditado. O gozo fálico, articulado ao significante, remete ao gozo da pulsão parcial, resultando a sexualidade. Mas o simbólico não é suficiente para significantizar todo o gozo; há um resto, uma das versões do objeto *a*, denominado *mais-de-gozar (plus-de-jouir)* que insistirá no sujeito para que ele retorne a um gozo sem limites.

O termo *mais-de-gozar (plus-de-jouir)* é um neologismo criado por Lacan para designar uma comparação com o termo *mais-valia* (Karl Marx). Refere-se à função estrutural à qual se reduziria geralmente o gozo, isto é, à perda irrecuperável de gozo a que o ser falante está submetido, e constitui uma das apresentações do objeto *a*. Sua função na toxicomania se vincula a uma recuperação dessa perda de gozo, evocando a ruptura de um gozo fora da regência fálica, fora dos parâmetros da fantasia, um gozo do próprio corpo.

Servindo-se da tese lacaniana sobre o uso de drogas, Miller (1997) irá delimitar teoricamente o gozo do próprio corpo como gozo autoerótico, um gozo que se contrapõe ao gozo fálico. O gozo autoerótico é um gozo que não passa pelo Outro, um gozo cínico, que rechaça o Outro, proporcionando um “curto-circuito” pulsional.

O gozo toxicômano é aquele que, rompendo com o gozo civilizatório, a saber o gozo

fálico, possui como horizonte a morte.

Diante disso, podemos caracterizar o gozo toxicômano como um gozo que incide na ruptura do sujeito com o falo, com a linguagem, com o Outro sexo, com o corpo, indicando um gozo que retorna sobre o corpo sem o limite do falo.

Será com essas balizas teóricas que abordaremos a seguir o caso de nossa investigação.

2.2 Caso Clínico

Começamos por um fragmento clínico extraído de uma enfermaria localizada em uma instituição psiquiátrica em Belo Horizonte, instituição que pratica períodos breves de internação, com prazo médio de 21 dias. Muitas vezes, a internação transcorre em período menor que esse prazo médio. No caso cujo fragmento será apresentado, o atendimento totalizou cerca de quatro sessões e a paciente esteve internada por 12 dias.

Trata-se de Léia, 45 anos, que se internou na instituição psiquiátrica por uso abusivo de álcool e cocaína. Nos seus termos: *“Bebi demais, fiquei revoltada, briguei com meu namorado.”* Relata que o abuso de cocaína teve início em sua vida há quatro anos: *“Foi depois que perdi meu filho, ele morreu afogado. Passei a beber, gastando todo meu pagamento em bar, juntava as pessoas que conhecia e levava para o bar, era como se fosse uma celebração. A cocaína, foi quando, na morte dele, fui eu e minha outra filha (sic) com os bombeiros para o local onde ele estava. O bombeiro me perguntou: ‘Seu filho fazia uso de droga?’ Respondi que não. Minha filha me chamou e disse que ele fazia uso de cocaína. Me senti traída. Passei a usar cocaína, queria sentir o que ele sentia”.* Nas sessões subsequentes a esse relato, a paciente retoma a perda do filho, verbalizando o que tal perda significou. Diz: *“Ele era um pai para mim. Ele era um filho/pai”.* Lembra-se que já utilizava abusivamente do álcool em bares, ficando embriagada, e esse filho a levava para casa. Por isso, ele é apresentado por ela como um filho que *“a protegia”*.

A partir da apresentação desse fragmento, pretendemos discutir as possibilidades do atendimento clínico de orientação psicanalítica lacaniana que ocorreu dentro de uma instituição psiquiátrica, a qual, após o movimento da Reforma, mantém as internações por períodos breves, rápidos. O tipo de circulação do paciente no hospital, após a alta médica, inclui o retorno para a rede de atenção em saúde mental do seu município. Portanto, os encontros com os pacientes, após receberem a alta, não têm prosseguimento. Os contatos são às vezes semanais, às vezes diários, não sendo possível servirmo-nos de material clínico além das entrevistas realizadas. Isso nos faz levantar a seguinte questão: qual o tratamento possível para esta modalidade de

atendimento? Como tratar a singularidade de um sujeito dentro de uma instituição psiquiátrica? São muitas as questões que foram suscitadas, mas por razões metodológicas destacaremos duas como fio condutor deste trabalho: a primeira é a questão do desencadeamento, e, mais especificamente, do desencadeamento da toxicomania, e a segunda são os efeitos terapêuticos rápidos nos tratamentos sob a égide da reforma psiquiátrica. É o que propomos discutir, utilizando referenciais teóricos de Freud, Lacan e autores psicanalistas contemporâneos, como Jacques-Alain Miller, Fábian Naporstek e outros.

2.3 A Adição e o Desligamento do Outro

De que maneira a paciente Léia faz sua entrada na toxicomania? Partindo dessa pergunta, encontramos nos textos de Naporstek (2008) apontamentos que contribuem para pensar sobre esse momento pontual na economia psíquica, momento que leva a uma escolha do objeto droga.

Retomando as teses de Freud e Lacan sobre a adição, Naporstek buscará na *Carta 79*, a tese freudiana a respeito do uso de narcóticos: “(...) comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o ‘vício primário’ e que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios, o álcool, morfina, tabaco, adquirem existência”. (Freud, 1886-1899/1969e, p.367). Portanto, a masturbação é definida por Freud como a adição primordial (as outras adições lhe seriam sucedâneas), e encontra-se em íntima relação com o autoerotismo.

Passando à observação freudiana extraída de *Mal-estar na civilização* (Freud, 1930/1969c), aí são descritos os diversos métodos para lidar com o mal-estar, tais como a religião, o delírio, a sublimação, o amor e os narcóticos. Discorrendo sobre esses métodos para afastar o sofrimento, o uso dos narcóticos é considerado por Freud o mais eficaz, por interferir na química do corpo, tornando o sujeito insensível à dor de existir. Porém, Freud adverte que cada um desses métodos possui seu perigo. Retornaremos mais adiante sobre essa importante advertência freudiana.

Verificaremos nesse momento a tese lacaniana da adição. Naporstek irá tratar da formulação lacaniana: “A droga é o que permite romper (o casamento) com o pequeno pipi.” (Lacan, 1975). Embora Lacan não tenha se dedicado ao tema da toxicomania, sua formulação permitiu várias indicações importantes, que fizeram avançar as coordenadas principais do tema, como já mencionado anteriormente, a questão do gozo fálico e a de sua ruptura proporcionada pelo uso de drogas.

Na década de 70, Lacan situa a definição do humano como sendo um ser que goza, mais

do que um ser que fala, não havendo outra definição possível da noção de gozo que não essa: a relação do ser falante com seu corpo. Partindo da concepção freudiana de pulsão, Lacan irá demarcar a noção de gozo no ponto em que a pulsão não é mais que o encontro da linguagem com o corpo. Em *O Seminário, livro 19: ...ou pior (1971-1972/2012)*, Lacan irá desenvolver a diferença entre o animal e o ser humano a partir da noção de gozo. Assim se expressa:

Entre todos os seres vivos, há um, com efeito, que não escapa a um gozo particularmente insensato, e que chamarei de local, no sentido de acidental. Trata-se da forma orgânica assumida para ele pelo gozo sexual, com a consequência de colorir de gozo todas as suas necessidades elementares, que não são nos outros seres vivos, senão colmantagens em relação ao gozo. Se o animal enche a pança regularmente, fica muito claro que é por não conhecer o gozo da fome. Aquele que fala - e foi essa a descoberta de Freud, portanto, colore com ele todas as suas necessidades, isto é, aquilo mediante o qual se defende da morte. (Lacan, 1971-1972/2012, p.52).

Em *O Seminário, livro 20: mais, ainda*, Lacan questiona: “O que é o gozo”? Responde: “Aqui ele se reduz a ser apenas uma instância negativa. O gozo é aquilo que não serve para nada.” (Lacan, 1975/1985b, p.11).

Nesse seminário, Lacan estabelece uma relação do direito com o gozo. Introduce, com a noção de usufruto, a ideia de que podemos gozar de nossos meios, com a condição de que não seja pela via do excesso. Tal noção de usufruto demarca, na concepção lacaniana, o que constitui o campo do direito “(...) repartir, distribuir, retribuir, o que diz respeito ao gozo”. (Lacan, 1975/1985b, p.12).

Esse gozo local, próprio da relação da linguagem com o corpo, é distinto do gozo sexual. É o falo que faz crer que gozo e sexual estão juntos. Somente com a incidência da castração, o gozo e o sexual passarão a coincidir. O falo colore o gozo, dando-lhe significação. Essa é uma maneira de situar o gozo do corpo como a-sexuado Para que o sujeito creia que o encontro com o Outro sexo implique uma satisfação, se faz necessário uma operação que faça desse “Outro sexo metáfora do objeto perdido”. (Naparstek, 2008, p.56)

Portanto, somente quando o gozo é marcado falicamente, é utilizável no intercâmbio do encontro dos sexos. Do contrário, é um gozo a-sexuado, um gozo pulsional que não serve para nada. E isso a clínica da psicose nos ensina; as partes do corpo, descritas como zonas erógenas, sem a significação fálica, não possuem valor sexual. A entrada da fantasia, pela operação da linguagem, faz o sujeito crer que, para obter satisfação, faz falta um complemento, um *partenaire*. Sobre essa relação entre gozo e linguagem, Marco Antônio Coutinho Jorge (2010) nos conta uma interessante observação da vida cotidiana, através de uma criança de cinco anos:

Um menino de cinco anos olhava atentamente o irmãozinho de leite mamando, cena de inveja e

ciúme primitivos que já inspirou tantas observações famosas, de Santo Agostinho a Lacan. Ao ver essa cena, ele se vira para mãe e diz: “Mamãe eu também quero mamar!” “E a mãe, surpresa com sua súbita manifestação, exclama afetuosamente: “Mas você já mamou!” E ele diz, na bucha: “Mas eu não sabia!” (Jorge, 2010, p.83).

Essa interessante observação cotidiana nos ensina o que é o gozo no sentido lacaniano: “enquanto tal, o gozo é algo perdido para sempre, é a perda que se inscreve na medida em que houve a entrada no mundo simbólico.” (Jorge, 2010, p.83). Diante da cena do irmãozinho mamando, a criança é fisgada pelo gozo inerente ao ato e quer tê-lo também. Mas esse gozo, na medida em que se constitui falante, está perdido. Daí Lacan marcar uma disjunção entre o saber e o gozo.

“Onde há gozo, não há saber; onde há saber, não há gozo.” (Jorge, 2010, p.83). Podemos localizar na observação da criança, que a fantasia se instaura como contrapartida ao gozo que se perdeu. Já não se trata, nesse exemplo, de um puro autoerotismo.

Ao afirmar que o gozo com a droga é um gozo que não passa pelo Outro, Miller (1997) de certa forma, retoma a tese lacaniana de ruptura, porém colocando em primeiro plano essa ruptura com o Outro sexo. Por sua vez, passar pelo Outro coloca em função o falo. Esse gozo que não passa pelo corpo do Outro é denominado por Miller como gozo cínico, na medida em que recusa que o gozo do corpo próprio seja metaforizado pelo gozo do corpo do Outro, operando um curto circuito. É um gozo que não passa pelo Outro e tampouco pelo gozo fálico. Voltamos aqui, à advertência freudiana descrita anteriormente sobre o perigo que envolve cada método para evitar o sofrimento. No caso dos narcóticos, o perigo se encontra no rompimento com a realidade, com o Outro. Portanto, na toxicomania, trata-se de um gozo que tem em seu horizonte a morte.

Aquilo que funcionava para algumas pessoas como solução, se transforma no seu contrário, ou seja, torna-se perdição.

Passaremos a discutir a noção de desligamento do Outro, termo apresentado por Miller (1997) e que faz menção ao comentário lacaniano a respeito de uma desordem. Conforme diz Lacan: “(...) uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida do sujeito” (Lacan, 1955-1956/1981, p.565).

Tal desordem se manifestaria nos vários modos de o sujeito se relacionar com o corpo e com o mundo. Na “Conversação de Arcachon”, uma conversa entre psicanalistas na cidade de Arcachon, ocorrida em 1997, tratou-se do tema sobre as classificações. Ordenada pelas discussões dos fragmentos de casos, a Conversação girou em torno dos novos modos de apresentação da psicose. Esses novos casos não correspondiam ao modo clássico de

desencadeamento, isto é, não evidenciavam um desmoronamento subjetivo, tal como um caso de paranoia descrito por Freud (1911/1913/1969d), “O caso Schreber”.

Na Conversação de Arcachon, referindo-se às palavras da psicanalista Marie-Hélène Brousse, Miller, de uma maneira bastante sintética, diz que não se trata de opor dois lados como neurose e psicose, ou da presença ou ausência do significante Nome-do-Pai. Assim, os novos sintomas, as novas configurações que as patologias vão adquirindo diante das mudanças do Outro, revelam formas clínicas sutis e inéditas (Miller, 2010).

Naparstek (2008) se serve disso quando diz que o desligamento do Outro presente na toxicomania mostraria o sujeito prescindindo do Outro da linguagem. Se, de início, o sujeito maneja sua relação com a droga, a partir de um momento específico é a droga que o maneja. Nessa perspectiva, podemos escutar na clínica o relato de algumas pacientes que buscam verbalizar sua relação com a droga. Uma paciente passa a dizer o que é o crack em sua vida: *“Não sou eu que fumo a pedra, é a pedra que me fuma.”* Outra paciente, contrária a todas as tentativas de interná-la para a afastar do uso do crack, diz: *“Não vou parar de fumar. Vou morrer com o cachimbo na boca.”* Para Naparstek, é crucial situar essa instância clínica, já que ela nos adverte sobre o que foi denominado por ele como *“desencadeamento da toxicomania”*. Esse termo foi utilizado para diferenciar esse momento de um outro, prévio ao consumo.

Sobre o desencadeamento da toxicomania, Naparstek afirma: “Na clínica é necessário que cheguemos a um diagnóstico que localize a função que cumpre essa droga para este sujeito. Claro que isto vai se articular de modos diferentes para cada estrutura; neurose, psicose ou perversão.” (Naparstek, 2008, p.61). E mais adiante, acrescenta: “Há que poder articular estas duas questões: estrutura e função da droga.” (Naparstek, 2008, p.61). O desencadeamento da toxicomania revela um momento do desligamento do Outro.

2.4 A subversão freudiana do termo desencadeamento

Interessa-nos, então, discutir com Freud a noção de “desencadeamento”. Podemos encontrar o desencadeamento na obra freudiana sob várias designações, tais como: trauma, encontro com o real, angústia, abalo fantasmático, sintomas, delírio, alucinação. Todas essas designações são referências clínicas que fazem o analista interrogar sua práxis. O desencadeamento marca para o sujeito um corte em relação à continuidade do tempo, pois, a partir dele, temos um antes e um depois. Será esse instante do desencadeamento que nos remeterá à estrutura, à constituição do sujeito e ao trauma, em um movimento de retroação temporal. Para Freud, o trauma, de maneira inesperada, provoca um excesso de excitação que

ultrapassa o princípio de prazer do aparelho psíquico. Esse excesso de excitação que incide no corpo permanece solto, sem ligação com uma representação, sem sentido.

Para Lacan, a noção de trauma incidirá como indissociável do humano, na medida em que se encontra entre a linguagem e o corpo. O trauma é o sem sentido do encontro da língua e seus efeitos sobre o corpo. Do desencadeamento ao trauma, a constituição do sujeito.

A título de sublinharmos alguns pontos dos escritos pré-psicanalíticos, podemos observar que Freud já remetia a uma ideia de causalidade não orgânica, mas de ordem psíquica. Sempre interessado e instigado com a questão da etiologia dos fenômenos mentais com os quais se deparava, e na tentativa de explicá-los, buscou lançar mão de modelos causais.

Podemos localizar, segundo Giansesi (2011), no início da elaboração teórica da psicanálise, um primeiro movimento de Freud, que se encontra imbuído dos ideais de cientificidade de sua época, e um segundo movimento, que escapa justamente desses mesmos modelos positivistas, buscando sustentar uma outra causalidade que não se apresentava dentro dos moldes desses ideais. O conceito de desencadeamento, como viremos a seguir, é subvertido na concepção freudiana. Efeito da passagem de Freud, de uma visão biologicista, mecânica, energética, na qual buscou se apoiar inicialmente, para um modelo explicativo do funcionamento psíquico para a construção da psicanálise.

Será, então, com a descoberta da psicanálise, que tem início com os *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/1996), que Freud, em parceria com Joseph Breuer, irá investigar os sintomas e construir a noção de desencadeamento nos casos de histeria. Posteriormente, se voltará para as causas também da neurose obsessiva.

Faremos uma breve abordagem do tema “desencadeamento na neurose” em Freud e passaremos a seguir para uma discussão mais aprofundada sobre a noção de desencadeamento na psicose, acrescentando comentários de Lacan extraídos de *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-1956/1981) e de *O Seminário, livro 2: o eu na teoria e na técnica de Freud* (1954-1955/1985a).

2.4.1 Desencadeamento na Neurose

Segundo Giansesi (2011), ao tratar dos sintomas neuróticos desencadeados após um período de latência, Freud introduz o percurso da pesquisa etiológica, ao mesmo tempo em que promove uma subversão do termo desencadeamento, associado tradicionalmente a uma concepção médica de adoecimento. Ao escrever sobre a utilização do termo desencadeamento, afirma:

Se o desencadeamento fosse concebido como adoecimento pela psicanálise, isso teria anulado a noção de estrutura clínica e faria essa práxis imergir em uma lógica causal linear e mecanicista. Ao sustentarmos que não se trata disso, que o desencadeamento não é um fato isolado que se apresenta em sua transitividade e em sua dimensão temporal unicamente diacrônica, conseguimos um lugar para versar sobre nosso tema de acordo com uma concepção de sujeito própria à psicanálise.” (Gianesi, 2011, p.31).

A investigação freudiana sobre a neurose vai ao encontro do que antecede a construção da fantasia singular, da formação dos sintomas. A partir daí, Freud constrói um modelo de causalidade da neurose, inaugurando uma sequência lógica, para dar conta dele (Gianesi, 2011). Assim, nas *Conferências introdutórias à psicanálise*, Freud (1916-1917/2014) explana sobre os caminhos da formação dos sintomas, partindo de dois casos de neurose obsessiva em duas mulheres, nos quais os sintomas manifestados através de ações obsessivas são detalhadamente analisados por ele e lhe permitem desvendar o seu sentido. O primeiro sentido do sintoma neurótico é que ele provém de uma fixação em uma cena traumática, e o segundo sentido se refere a sua vinculação à vida sexual do paciente. Esses sentidos do sintoma, fixação em uma cena traumática e vinculação à vida sexual, permanecem ignorados pelo paciente, sustentando-se assim a hipótese do inconsciente.

Nesse momento de sua produção teórica, Freud se orienta por construções conceituais como recalque, resistência e libido, concluindo que os sintomas neuróticos são resultantes de um conflito que gira “em torno de uma nova maneira de satisfação da libido.” (Freud, 1916-1917/2014, p.476). No sintoma, as forças do conflito se reconciliam ao mesmo tempo em que provocam uma regressão da libido, possibilitada pela presença das fixações. Essas fixações permitem contornar o recalque e são uma via de descarga ou satisfação da libido. Apesar de a libido alcançar a satisfação via sintoma, essa satisfação é bastante limitada e quase irreconhecível. O postulado freudiano afirma que a libido só poderá encontrar as fixações na sexualidade infantil.

Nessa discussão sobre a etiologia das neuroses, retorno ao comentário de Gianesi sobre as *Conferências introdutórias à psicanálise*:

(...) Freud evocara o que denominou “equação etiológica” para dar conta de um desencadeamento neurótico. Segundo esse postulado, seriam necessários que todos os termos da equação se vissem satisfeitos para que enfim houvesse desencadeamento. Em uma espécie de subtração desta primeira equação, subsistiriam a hereditariedade e a experiência como os dois grandes grupos determinantes da neurose. (Gianesi, 2011, p.79).

Dessa forma, a constituição sexual hereditária apresentar-se-ia em grande variedade, estando em conformidade com o que o sujeito herda em maior ou menor intensidade, ou seja, as pulsões parciais. Juntamente com as vivências infantis, a constituição sexual forma uma série

complementar. A constituição sexual teria relação com a pulsão, com as experiências infantis e com o trauma. Haveria, portanto, uma combinação entre esses fatores, sendo que a experiência casual, ligada ao trauma, pode situar-se em qualquer momento da história de um sujeito.

Encontramos em Freud o termo “desencadeamento”, tal como antes mencionado, como título de um texto de 1912: *Tipos de desencadeamento da neurose*. Nele, Freud apresenta quatro tipos de desencadeamento da neurose, buscando discriminar os diversos elementos que atuam em sua causação. (Freud, 1912/1969j).

No primeiro tipo de causação, temos a “frustração”, cuja ação patogênica consiste em reprimir a libido, introduzindo o indivíduo em um teste de por quanto tempo ele pode tolerar o aumento da tensão psíquica e que método adotará para lidar com ela. As alternativas, segundo Freud, seriam “(...) transformar a energia psíquica em energia ativa”, isto é, ter uma ação voltada para o mundo externo de modo a obter satisfação, ou “renunciar à satisfação libidinal, sublimar a libido represada e voltá-la para consecução de objetivos que não são mais eróticos e fogem à frustração”.(Freud, 1912/1969j, p.22). Esse tipo de desencadeamento ocorre por fatores externos, onde um objeto que até então trouxe satisfação para o indivíduo é afastado dele sem ter um substituto.

O segundo tipo de desencadeamento refere-se a um tipo de causalidade que não é tão evidente quanto no primeiro caso. Aqui, Freud traz a problemática do desenvolvimento da libido, resultante do esforço interno que o indivíduo realiza para se adaptar às *exigências da realidade* (grifo itálico de Freud). Nesse tipo de desencadeamento, o indivíduo cai doente pela impossibilidade de trocar um tipo de satisfação por outro, pela inflexibilidade da libido.

No terceiro tipo, “a libido nunca abandonou as fixações infantis” (Freud, 1912/1969j, p.26). O indivíduo “cai doente por *uma inibição do desenvolvimento*” (grifo itálico de Freud). Nesse tipo de desencadeamento ocorre uma intensificação da atividade libidinal e das novas exigências “originadas do próprio fato de ficar mais velho”. (Freud, 1912/1969j)

Já no quarto tipo, em pessoas que até então viveram saudáveis, às vezes, na idade madura, “em conformidade com processos biológicos normais, a *quantidade* de libido (grifo itálico de Freud) em sua economia experimentou um aumento que, em si, é suficiente para perturbar o equilíbrio da saúde e estabelecer as condições necessárias para uma neurose”. (Freud, 1912/1969j p.27)

Freud observa que os quatro tipos possuem em comum a “frustração”, que coloca em jogo fatores internos que até então haviam sido inoperantes. Importante salientar que apesar de discriminar os quatro tipos de desencadeamento da neurose, Freud considera que o que se encontra na prática psicanalítica não são tipos puros, mas, ao contrário, arranjos variando nos

casos singulares.

2.4.2 *Desencadeamento na Psicose*

Iniciaremos a discussão primeiramente com a noção de desencadeamento na psicose em Freud, demarcando o caso Schreber, caso paradigmático de paranoia. Entretanto, atravessaremos pontos dos manuscritos *H* e *K*, para considerarmos as primeiras elaborações freudianas sobre um modelo de causalidade que levasse em conta a etiologia sexual nos quadros psicopatológicos e os mecanismos psíquicos que operam no desencadeamento da psicose. Sabemos que muitos dos processos descritos no texto do caso Schreber já estavam sendo germinados nos manuscritos aqui referidos. Finalmente, verificaremos os mecanismos psíquicos descritos por Freud (*Bejahung, Verweifung e Verweifunge*) e suas relações com a psicose, bem como o avanço que a leitura lacaniana proporcionou sobre os mesmos. Finalizaremos com o comentário de Lacan referente ao delírio de negações, realizado em seu *Seminário 2*.

Vejamos como Freud postulou o desencadeamento na psicose utilizando-se de um relato autobiográfico, ao contrário de outros casos analisados na clínica do psicanalista.

Os manuscritos antecedem ao período da escrita do texto *O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (Freud, 1911-1913/1969d). Esses eram enviados junto com as cartas que Freud endereçava ao seu amigo, o médico berlinense Wilhelm Fliess⁶, entre 1887 e 1902. Esse período, denominado pré-psicanalítico, corresponde a um momento muito fecundo das ideias freudianas, originais em suas descobertas, dando origem a vários conceitos importantes da psicanálise. Nesses manuscritos, Freud procura apreender os quadros psicopatológicos dentro de uma concepção que introduza a etiologia sexual. Dentre esses quadros psicopatológicos, a paranoia será abordada nos manuscritos *H* e *K*.

No *Manuscrito H*, de 1895, são colocadas as primeiras concepções da paranoia. É o momento em que emerge o termo projeção. Nesse manuscrito, um ponto importante a se destacar é que, ao trabalhar sobre a noção de defesa e comparar os diversos quadros clínicos tomando-a como referência para distingui-los, Freud partirá da clínica psiquiátrica. Aqui a ideia

⁶ W. Fliess (1858-1928), médico berlinense que, por conselho de Breuer, segue os cursos de neurologia de Freud. Fliess, apesar de sustentar teorias atualmente consideradas indefensáveis, era muito acessível às ideias de Freud. Mantiveram, no período de 1887-1902, intensa correspondência, na qual Freud lhe comunicava seus pensamentos, fazendo-o por cartas e também por documentos denominados Rascunhos ou Manuscritos.

delirante será colocada junto às ideias obsessivas, no sentido de apontar para patologias que afetam a esfera intelectual. Nesse momento, o ponto de vista freudiano considera tanto a ideia delirante como as ideias obsessivas provenientes de um distúrbio da afetividade, e sua força deve ser buscada no conflito. Isso porque o modelo de elaboração psicanalítica dos quadros psicopatológicos então utilizado é o da defesa. Assim, a paranoia, bem como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória, são tidas como modos patológicos de defesa. Assim Freud discute o modo de defesa da paranoia:

Ora, sucede que a paranoia, na sua forma clássica, é um *modo patológico de defesa*, como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. As pessoas tornam-se paranoicas diante das coisas que elas não conseguem tolerar, desde que para isso tenham a respectiva disposição peculiar. (Freud, 1886-1899/1969h, p.284)

Porém, o modo de defesa da paranoia apontará outra direção, diferente do modo de defesa da histeria e das ideias obsessivas. Freud se pergunta, diante das ideias de perseguição, se haveria algo específico no modo de defesa da paranoia. Em vista disso, passa a descrever o mecanismo de defesa atuante na paranoia.

Assim, o tema permanecia inalterado, o que mudava era a localização da coisa. Antes, tinha sido uma autocensura interna; agora, tratava-se de uma recriminação vinda de fora. O julgamento a respeito dela tinha sido transposto para fora: as pessoas estavam dizendo aquilo que, de outro modo, ela vinha dizendo a si mesma. Havia alguma vantagem nisso. Ela teria sido obrigada a aceitar o julgamento proveniente de dentro de si; mas o julgamento que vinha do exterior ela podia rejeitar. Dessa forma, o julgamento, a censura, era mantido afastado de seu ego.

Mais adiante, segundo o editor, surge pela primeira vez, o termo “projeção”: “Portanto, o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo.” (Freud, 1886-1899/1969h, p.).

Diante da importância dessa questão em torno da defesa específica da paranoia, Freud demarcará, segundo Gianesi (2011), o “retorno desde fora” (Freud, 1911-1913/1969d, p.95), ou seja, o lugar causal da psicose. Diz Freud: “Portanto, o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo.” (Freud, 1886/1889/1969h, p.286)

Partindo da concepção freudiana, Lacan nomeará como mecanismo psíquico específico da psicose a “forclusão”, que se baseará na afirmação freudiana: “(...) aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (Freud, 1911-1913/1969d, p.95) A esse respeito, Lacan irá traduzir essa formulação freudiana nos seguintes termos: “(...) *o que foi rejeitado do*

simbólico reaparece no real". (Lacan, 1955-1956/1981, p.57/ grifo itálico de Lacan).

Anexado à *Carta 39* de 1896, no *Manuscrito K* Freud examina a etiologia diferencial das neuroses. Serão tomados os seguintes quadros psicopatológicos: histeria, neurose obsessiva e paranoia.

Apesar de, na neurose, a lembrança da vivência primária provocar desprazer, ao contrário, na paranoia, essa lembrança não produz nenhuma autocensura e nem é recalçada posteriormente, mas o desprazer gerado é atribuído a pessoas que fazem parte da convivência do paciente, segundo o mecanismo da projeção.

A pessoa se recusaria a crer na autocensura. Mantendo essa leitura do mecanismo característico da paranoia, Freud dirá: "O elemento básico da paranoia é o mecanismo da projeção, que envolve a recusa da crença na autocensura." (Freud, 1886-1889/1969g, p.309).

Em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia*, já estão reunidos vários conceitos importantes para abordar o desencadeamento na psicose.

Como referido acima, desde os anos de 1895 e 1896, Freud já se voltava para a psicose. Ao ler, em 1903, as *Memórias de um doente de nervos*, autobiografia escrita por Daniel Paul Schreber, Doutor em Direito, Freud as transformará em um texto "científico" indispensável para o estudo da psicose sob a ótica da investigação psicanalítica. Assim destaca Carone:

De fato, por mais extensa que seja hoje a bibliografia sobre Schreber, seu nome permanece indissolúvelmente ligado a Freud: nós o conhecemos a partir do lugar que ele ocupa na galeria de seus pacientes famosos, ao lado de Dora, do pequeno Hans, do Homem dos Ratos e do Homem dos Lobos. Mas nessa galeria Schreber ocupa uma posição especial, pois é o único caso em que o paciente é o livro e não a pessoa do autor: Freud e Schreber nunca se encontraram pessoalmente. (Carone, 1995, p.9).

Dessa maneira, baseando-se exclusivamente no texto schreberiano, Freud irá se dedicar extensivamente a analisar um caso de paranoia, à luz das descobertas psicanalíticas. Ele apresenta a história clínica nas palavras do próprio Schreber, o qual relata dois episódios do seu adoecimento, episódios denominados "distúrbios nervosos".

No primeiro adoecimento, ocorrido no ano de 1884, Schreber estava com 42 anos e foi diagnosticado com uma grave crise de hipocondria, ficando internado durante seis meses na clínica de Fleschig. O segundo, em 1893, se deu quando de sua nomeação para o cargo de *Senatspräsident* (presidente do tribunal). Desde sua nomeação até tomar posse do cargo, Schreber nos informa que teve sonhos, os quais indicavam o retorno do seu antigo distúrbio. Ocorreu-lhe também, numa certa manhã, entre o sono e a vigília, a seguinte ideia: deveria ser bom ser uma mulher e se submeter ao ato da cópula. No dia primeiro de outubro, Schreber assume o cargo, e no final do mesmo mês retorna à clínica. No segundo adoecimento, surgem

as ideias de perseguição. Acreditava estar sendo perseguido por algumas pessoas, dentre elas Fleschig, que na época não era mais seu médico, apontado como “assassino da alma”.

A partir desse momento da doença, Freud descreve uma série de sintomas desenvolvidos por Schreber, que incluíam desde o amolecimento do cérebro, grande sensibilidade à luz e ao barulho, ilusões visuais e auditivas até se acreditar morto e em decomposição.

A estruturação do delírio de Schreber passava pelos nervos femininos, os quais acreditava estarem sendo colocados em seu corpo num processo de longos anos. Com os nervos femininos em seu corpo, Schreber poderia ser fecundado por Deus, dando origem a uma nova raça de homens. Assim se justificaria a sua transformação em mulher para propósitos da Ordem divina.

Apesar das ressalvas de Freud, de não poder localizar as causas da primeira enfermidade, ele sustentará como hipótese da psicose paranoica de Schreber, a sua libido homossexual. Daí a ocorrência do conflito, que dará origem a toda a série de sintomas descritos acima. Nessa trilha, Freud irá afirmar: “Tenderíamos a dizer que caracteristicamente paranoico na doença foi o fato de o paciente, para repelir uma fantasia de desejo homossexual, ter reagido precisamente com delírios de perseguição desta espécie.” (Freud, 1911-1913/1969d, p.81) Mais adiante, reforçará sua hipótese nos casos de paranoia, tanto em homens como em mulheres, da etiologia sexual como uma defesa “contra o desejo homossexual” (Idem). Outro ponto importante a considerar para localizar as causas do desencadeamento na psicose, é o modo de fixação da libido no narcisismo, onde o investimento sexual de objeto é o próprio Eu. Entre o intervalo de *O caso Shreber*, de 1911, e o artigo *História de uma neurose infantil*, Freud utilizará o termo *Verwerfung*, traduzido como rejeição, recusa. A *Verwerfung* aparece pela primeira vez em *As neuropsicoses de defesa* (1894/1969a). Posteriormente esse mecanismo será retomado no caso do *Homem dos Lobos* (1918) já sendo utilizado no sentido de apontar um modo de recusa da castração.

2.5 *Bejahung, Verwerfung e Verneinung*

Para situarmos a discussão dos mecanismos psíquicos em Freud e a acompanharmos à luz dos comentários de Lacan sobre a causalidade das psicoses, discutida em seu *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-1956/1981), bem como em *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985a), no qual comenta a respeito das “velhas

senhoras” melancólicas, utilizaremos os conceitos Afirmação (*Bejahung*⁷), Rejeição (*Verwerfung*⁸) e Negação (*Verneinung*⁹).

Partindo do mecanismo psíquico da rejeição (*Verwerfung*) freudiana, descrita pela primeira vez no artigo *As neuropsicoses de defesa*, como um processo de defesa no qual “O eu rejeita (*Verwerfung*) a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação incompatível jamais tivesse ocorrido” (Freud, 1894/1969a, p.64).

Afirmção primordial, que é traduzida por Lacan como “uma admissão no sentido simbólico que pode ela própria faltar.” (Lacan, 1955-1956/1981, p.21). Formula que basta que Afirmação (*Bejahung*) venha a faltar para que a Rejeição (*Verwerfung*) sobrevenha. Assim Lacan conclui: “Sucedee, entretanto, além disso que tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real.” (Lacan, 1955-1956/1981, p.21).

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-1956/1981), Lacan irá fazer uma distinção entre os termos Rejeição (*Verwerfung*) e Negação (*Verneinung*). Segundo as proposições de Lacan, para que se tenha a distinção dos dois mecanismos psíquicos, se faz necessário recorrer ao comentário de Jean Hyppolite sobre o texto de Freud de 1925, intitulado *A negativa*, que destacará a formulação freudiana de que a negação constitui um modo de conhecimento sobre o recalcado, o que não implica a sua aceitação. Portanto, podemos dizer que na Negação (*Verneinung*), ocorre a simbolização, e o que escapa à Afirmação (*Bejahung*), reaparece no exterior, ou seja, não foi simbolizado.

Para Lacan, a Rejeição (*Verwerfung*) irá incidir sobre um significante crucial, denominado Nome-do-Pai.

É sobre essa coordenada da Afirmação (*Bejahung*), inscrição simbólica, e de sua falta, que Lacan fará uma interessante observação em seu *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985a), dirigido para os quadros de síndrome de

⁷*Bejahung*: significa uma afirmação inicial, uma admissão do sujeito no simbólico, uma inscrição simbólica. Nesse mesmo processo em que há inscrição, em que há admissão do simbólico, há algo que não se inscreve inteiramente; a inscrição na ordem simbólica implica, ao mesmo tempo, num mesmo movimento, num fora do simbólico, a *autosung*.

⁸*Verwerfung*: significa aquilo que foi abolido, que não tem registro interno, registro psíquico. Em *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/1996), esse termo faz sua aparição pela primeira vez. Ao falar da noção de defesa em sentido amplo, Freud descreve a tendência do aparelho psíquico em evitar o desprazer. Na neurose, ao se separar o afeto da ideia, a ideia indesejável pode se manter afastada da consciência. Na psicose, existe uma defesa mais radical, aqui a percepção é rechaçada pelo Eu, se comportando como se nunca houvesse existido.

⁹Die *Verneinung*: A Negação, também traduzida como denegação, é um texto de Freud de 1925. Neste trabalho, Freud reconhece que uma representação ou pensamento recalcado pode ter acesso na consciência, sob a condição de que se deixe negar. É uma suspensão do recalque, sem, contudo, aceitá-lo. Podemos dizer que, a rigor, não há denegação na psicose. Só pode haver denegação em relação a uma afirmação primeira, a uma *Bejahung*. Portanto, são dois termos, *Bejahung* e *Verneinung*, que supõem um ao outro.

Cotard, conhecida também como delírio de negação.

Buscando estabelecer a distinção entre “um outro”, com “a” minúsculo, que se refere ao eu, e “um Outro”, com “A” maiúsculo, que se refere ao lugar do tesouro dos significantes, Lacan, partira de uma pergunta sobre o por que os planetas não falam. Se a primeira resposta que obtém é porque os planetas não têm boca, e isso lhe provoca decepção, Lacan não deixará de extrair consequências dessa resposta, já que se trata de uma resposta que não se espera, que fará referência aos serviços de psiquiatria, onde encontrou as “velhas senhoras” que diziam não terem boca. Lacan, passa a mencionar o quadro da síndrome de Cotard, conhecido também como delírio de negação. Assim expressa:

Elas nos informam que tampouco têm estômago, e que ademais não morrerão nunca. Em suma, elas têm uma relação muito grande com o mundo das luas. A única diferença é que, para estas velhas senhoras, vítimas da síndrome de Cotard, ou delírio de negação, no final das contas, é verdade. Aquilo com o que elas se identificam é uma imagem à qual falta toda e qualquer hiância, toda e qualquer aspiração, todo o vazio do desejo, e que constitui propriamente a propriedade do orifício bucal. Na medida em que se opera a identificação do ser a sua pura e simples imagem, não há tampouco lugar para a mudança, ou seja, para a morte. (Lacan, 1954-1955/1985a, p.299).

Portanto, a partir do comentário de Lacan, podemos localizar que na melancolia, ilustrada pelo sintoma psicopatológico do delírio de negação, existe a predominância de uma organização imaginária, a qual aponta para a ausência da simbolização primordial.

Faz-se necessário, diante das referências tratadas até aqui, trazer para discussão o tema do luto. Inicialmente, utilizaremos como fio condutor o texto de Freud, *Luto e melancolia* (1917[1915]/2010b) delimitando suas principais coordenadas, e em seguida, através do personagem literário de Hamlet, buscaremos tratar em Lacan, as principais funções do luto.

2.6 Sobre o luto em Freud e Lacan

Para iniciarmos o tema do luto, em Freud, torna-se relevante o estudo dos textos que irão compor a série dos ensaios intitulados *Metapsicologia*. Tais textos são reunidos entre os anos de 1915 e 1917, começando com *Introdução ao narcisismo*, passando por *Os instintos e seus destinos*, *A repressão* e *O inconsciente*, de 1915. Finalizando, como último texto da série temos *Luto e melancolia*, de 1917.

Partiremos do estudo sobre o narcisismo, que demarca a constituição do Eu e desenvolve os desdobramentos sobre as instâncias Ideal do Eu (*Ich ideal*) e Eu ideal (*Ideal ich*), pela primeira vez citadas no texto *Introdução ao narcisismo* (Freud, 1914-1916/1969b). Esse texto representa uma resposta de Freud a Carl Gustav Jung, referente à divergência entre os dois

sobre a teoria da libido. Jung divergia de Freud, na medida em que retirava o sexual da noção de libido. O texto também representa uma virada teórica sobre o investimento libidinal do Eu. Antes de 1914, o Eu cumpria uma função de defesa contra as pulsões sexuais. Com o texto *Introdução ao Narcisismo*, de 1914, o Eu é mais um objeto que se oferece a essas pulsões. A constituição do narcisismo primário e do Eu servirão como ponto de partida para Lacan elaborar o registro do Imaginário e de suas relações com o simbólico.

Voltando ao texto freudiano *Introdução ao narcisismo*, logo somos aproximados à ideia de que o Eu não existe desde sempre, ao contrário das pulsões autoeróticas, que existem desde a origem. Daí a importante constatação de que o autoerotismo precede o narcisismo.

Essa modificação realizada na teoria libidinal, o Eu como objeto endereçado à libido do sujeito, permitiu a Freud avançar nos conceitos psicanalíticos, para compreender tanto os quadros psicopatológicos quanto os eventos normais da vida psíquica. A distinção realizada por ele entre “libido do Eu” e “libido do objeto” será fundamental para demarcar o processo do luto e o processo da melancolia. O estudo do narcisismo, principalmente do narcisismo primário, permitirá apreender as falhas de sua constituição, servindo a Freud para estabelecer a importante distinção entre melancolia e trabalho de luto. Freud trabalhará com a retirada da libido dos objetos para o Eu, utilizando exemplos da clínica da psicose, a doença, o sono, a hipocondria e as relações amorosas, exemplos que se tornarão protótipos para localizar circuitos libidinais que perpassam o Eu e os objetos.

Iremos, neste ponto, fazer um pequeno desvio da série dos textos metapsicológicos, para tratarmos do tema da identificação enquanto formadora do Eu, com o texto *Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos*; em seguida, voltando ao *Luto e melancolia*, acompanharemos o processo identificatório no luto e, posteriormente, na melancolia.

Somente mais tarde, em 1921, em *Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos* (Freud, 1920-1923/2011), será abordado detalhadamente o tema da identificação. Freud define a identificação como a forma mais antiga de “uma manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa”. (Freud, 1920-1923/2011, p.60). Logo adverte que essa primeira ligação afetiva é anterior à escolha de objeto. Ao discutir essa primeira ligação utilizará o registro do tempo mítico, da primeira fase oral da organização libidinal, referindo-se à refeição totêmica de *Totem e Tabu*. O objeto temido, amado e ansiado se incorpora por devoração. Esse momento mítico, originário, aponta para o lugar do pai e sua função na identificação. Aqui, o pai cumpre uma função distinta das rivalidades edípicas.

Prosseguindo a leitura desse texto, veremos como Freud articula a identificação e a formação do Eu. Dirá: “percebe-se apenas que a identificação se empenha em configurar o

próprio Eu à semelhança daquele tomado como ‘modelo’ (Freud, 1920-1923/2011, p.62). Freud passa, em seguida, a citar as formas da identificação, sendo a primeira essa identificação mítica e originária. Restam outras duas, que contarão com três casos diferentes de formação de sintoma.

Ele tratará da identificação na formação dos sintomas histéricos. Embora não seja nossa intenção tratar desse tema neste trabalho, cabe ressaltar o recorte freudiano realizado sobre essa modalidade de identificação, a qual mais tarde ganhará, com o ensino de Lacan, vários desdobramentos teóricos com o conceito de “traço unário” (*Einziges Zug*). Situada em Freud como uma identificação “parcial, limitada em grau máximo, pois toma emprestado um único traço da pessoa objeto” (Freud, 1920-1923/2011a, p.62), essa identificação em torno de um traço único irá operar uma substituição da escolha de objeto de maneira regressiva. Outro tipo de identificação também se baseará no caso de formação de sintoma, porém o mecanismo atuante é a identificação que buscará colocar-se na mesma situação. Também é uma identificação parcial, uma identificação pelo sintoma.

Em *Luto e melancolia*, o último dos ensaios metapsicológicos, Freud irá definir o luto, mais exatamente o trabalho de luto, como “uma reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Freud, 1917[1915/2010b, p.165).

Nessa definição, podemos observar que o luto se localiza precisamente como uma reação diante de uma perda. Freud questiona como um processo tão doloroso como o luto pode ser aceito como um processo normal, já que “envolve graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico.” (Freud, 1917[1915/2010b, p.166). Para Freud, essa “atitude normal” para com o luto está associada a uma confiança em que, transcorrido certo tempo, a perda será superada pelo Eu.

Todas as manifestações do luto, como o desinteresse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar e a inibição de qualquer atividade que não esteja ligada aos pensamentos da pessoa amada, expressam uma verdadeira devoção ao mesmo.

O luto, por convocar a um trabalho psíquico, torna o Eu do enlutado empobrecido e o sujeito inapetente para qualquer outro investimento libidinal. Esse trabalho paulatino de desligamento da libido em relação ao objeto demonstra que o tipo de satisfação presente na relação com o objeto antes do seu desaparecimento é da ordem de uma satisfação narcísica.

O objeto de amor ausente, perdido, representa a imagem libidinizada do semelhante; além de fornecer satisfações narcísicas e prazerosas ao Eu do enlutado, permite ao sujeito

sobrevivente ocupar um lugar. Sendo assim, a retirada da libido, que é realizada de forma gradual, desatando os vínculos que o ligam ao objeto amado, é o que determina que o trabalho de luto seja um processo doloroso. Desatar a ligação com o objeto desaparecido é uma perda que remete à perda original.

Em *O inconsciente* (1915/2010a) texto escrito antes de *Luto e melancolia*, no tópico VII (*A identificação do inconsciente*), Freud irá fazer uma comparação entre as neuroses de transferência e a psicose narcisista, denominação na época para abordar as psicoses. Veremos que é a esquizofrenia que servirá a Freud para tratar do abandono das catexias objetais. Assim procederá nesse mesmo texto, a distinção entre representação inconsciente e representação consciente.

Recordemos que o sistema inconsciente contém os investimentos de coisas dos objetos e a hipótese freudiana é que na esquizofrenia os investimentos dos objetos são abandonados e as representações verbais dos objetos são mantidos. Já a representação consciente será assim definida:

Agora o que poderíamos chamar de representação consciente do objeto se decompõe para nós em *representação da palavra* e em *representação da coisa*, que consiste no investimento, se não das imagens mnemônicas diretas das coisas, ao menos de traços mnemônicos mais distantes e delas derivados. (Freud, 1915/2010a, p.146).

Mais adiante, Freud irá fazer um importante esclarecimento sobre a representação das palavras (*Vorstellung*) e representação da coisa (*Sachvorstellung*), como registros diferentes do mesmo conteúdo, por se localizarem em registros psíquicos diferentes, sendo a representação consciente a apresentação da coisa mais a apresentação da palavra; já no inconsciente, teremos apenas a representação da coisa. É no sistema inconsciente que estarão presentes as catexias da coisa. Verificamos que o trabalho de luto, que partirá do retorno da libido do objeto perdido para o Eu, consistirá, metapsicologicamente, em retroceder aos vestígios mnêmicos da coisa.

Se o trabalho de luto se conclui com o desprendimento da ligação do Eu com o objeto perdido, nem sempre os recursos para a superação dessa perda se encontram ao alcance do sujeito. Dentre as dificuldades que a conclusão do trabalho de luto pode encontrar, localizamos a presença do objeto droga como tamponador da falta, ou melhor, da perda do objeto. Através da droga, o objeto se presentifica, frente à ausência real do objeto amado. No caso Léia, a paciente, internada por motivo de uso abusivo de cocaína, relata que o uso de cocaína se deu após a morte abrupta do filho e de ter vindo a saber, nesse mesmo momento, isto é, diante do seu filho morto, que ele fazia uso de cocaína. Essa revelação foi tomada por ela como uma “traição” do filho. Após os ritos funerários, ela passa a usar abusivamente da cocaína. Logo,

ocorre uma identificação ao objeto perdido, a qual, se não é atravessada, faz pensar em uma melancolia.

2.7 Como Lacan pensa o luto?

A perda do objeto no trabalho do luto leva Lacan a trazer a articulação dos três registros: simbólico, imaginário e real. É no exemplo literário de Hamlet (Lacan, 1959/1989) que ele trabalha a função do luto, função que permitirá que o sujeito constitua um novo objeto de amor e de desejo. Será através do luto que Hamlet reencontrará seu desejo. Partindo da leitura lacaniana sobre o desejo, em *O Seminário, Livro 6: O desejo e sua interpretação*, Rego (1992) citará o componente trágico do desejo: “Certamente, a tragédia do desejo é que o desejo está ligado à morte, à perda do objeto: encontrá-lo é de novo perdê-lo.” (Rego, 1992, p.196) Lacan articula a função do luto com a estrutura fundamental da constituição do desejo. Da mesma forma, os circuitos desejanos do ser falante serão sempre obstruídos, toda vez que uma perda advir na experiência e o luto não puder ser atravessado. Isso porque será o trabalho de luto do objeto perdido que reabrirá os circuitos desejanos.

Para demarcar o objeto de desejo como remetendo ao luto mencionamos a passagem de Hamlet com Ofélia, personagem fundamental no drama shakespeariano. Presente em um primeiro tempo como objeto de amor, em um segundo momento, Ofélia é negligenciada e rejeitada, como objeto de desprezo e depreciação, para, finalmente, ressurgir como objeto de desejo, uma vez que algo do luto se presentifique. Isso, infelizmente, ocorre somente após a morte da personagem. A respeito do luto, no drama de Hamlet, Lacan comenta a propósito da cena do cemitério: “O buraco criado por esta perda, que provoca no sujeito o luto, onde se situa? Encontra-se no real” (Lacan, 1959/1980 p.99). E mais adiante, Lacan colocará o luto numa relação inversa à *Verwerfung*. Dirá:

Entra então numa relação inversa à que promovo diante de vós sob o nome de *Verwerfung*. Do mesmo modo que o que é rejeitado do simbólico reaparece no real, o buraco da perda no real mobiliza o significante. Este “furo real” que mobiliza todo o sistema significante, fazendo com que a falta retorne ao sujeito. (Lacan, 1959/1989, p.)

Outro ponto a ser destacado no comentário de Lacan sobre Hamlet é sua hipótese a respeito do luto. Hamlet não pôde fazer o luto do pai assassinado, por sua mãe não ter observado o tempo necessário entre a morte do esposo e o novo casamento.

Em *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan dirá, ao se referir ao luto, que a tese freudiana da identificação com o objeto perdido é insuficiente. Sobre a função do luto, ele

afirma: “Estamos enlutados por aqueles para quem fomos, sem saber, o objeto faltoso.” (Lacan, 1962-1963/2005, p.156). Portanto, fazemos luto daqueles para quem ocupamos o lugar do objeto *a*, o objeto do seu desejo, isto é, para quem fomos a sua falta.

Soler (2012), a propósito dessa passagem do *Seminário 10*, coloca que Lacan, ao tratar da função do luto por alguém que dava sua falta para você, aborda a estrutura do amor. Certamente se está de luto quando perdemos o outro que desapareceu, mas o que Soler destaca é que a tese lacaniana do luto enfatiza o que perdemos no outro que desapareceu. Sobre a teoria do luto de Freud e Lacan, ela comenta:

Podemos colocar na balança sua teoria do luto com a de Freud, porque esta última fala da identificação ao objeto amado. Lacan contesta: talvez exista uma identificação ao objeto amado, é que o outro, você era sua falta. É então no nível do amor que se situa o luto nesse negócio. (Soler, 2012, p.88).

Dialogando novamente com o texto freudiano *Luto e melancolia* (1917[1915]/2010b), Freud descreve sua hipótese central, já mencionada anteriormente nesse trabalho, sobre a identificação com o objeto perdido, a incorporação do objeto feita pelo eu. A identificação se faz por traços isolados, por traços que têm a estrutura de significantes, ali onde está em jogo uma neurose, ou seja, um trabalho de luto e não de melancolia. Assim, o trabalho de luto, segundo Rosa, é de uma identificação ao “Outro, naquilo que ele tem de único, de envolvente em termos de traço.” (Rosa, 2008).

Retornando ao caso clínico abordado, podemos concluir que é a identificação com o objeto perdido o que impede o trabalho de luto de se realizar.

Diante da perda, do furo real, ocasionado pela morte do filho, vemos que a droga entra obturando o lugar vazio do objeto perdido. Em suma, se o momento da perda do laço afetivo pode ser lido como desencadeador da toxicomania, ou, como já assinalado, como um momento de desligamento do Outro, não é difícil concluir que isso impede o trabalho de luto, que consiste em situar peça por peça, tudo aquilo que o objeto perdido foi ou representou no campo do Outro, para poder, finalmente, se desprender do objeto.

Nesse sentido, e o caso o demonstra exemplarmente, o objeto droga eterniza a presença do objeto *e*, além disso, funciona como um anestésico para a dor pela perda do filho, solução que comporta em si mesma uma perdição!

2.8 Dados do Prontuário

Os atendimentos com Léia, em torno de 4 sessões, mostraram-se insuficientes para

levantarmos a questão do diagnóstico estrutural. Verificamos, baseados nos atendimentos realizados, que a paciente apresentou elementos que versam tanto para a neurose quanto para a psicose.

Após pesquisa nos arquivos e prontuário, verificamos que a paciente retornou ao hospital psiquiátrico outras vezes após sua primeira internação, tanto no setor de urgência quanto em outras enfermarias, para outras internações. Acreditamos que esses novos dados, juntamente com o período de atendimento realizado, permitem traçar o diagnóstico estrutural, bem como a função que a droga aí exerce.

Retomamos o percurso que a paciente percorre quando recebe alta na instituição e retorna para nova internação. Em se tratando de nova internação voluntária, ou seja, quando o paciente consente com esse regime de tratamento, ela poderá ficar em outra enfermaria, com profissionais diferentes daqueles de sua internação anterior. Esse foi o caso de Léia, após a alta do atendimento clínico que realizou comigo. Retornou ao hospital, porém não mantivemos contato. Todos os dados fornecidos aqui se referem aos atendimentos realizados por outros profissionais. Outra observação se refere ao fato de que o período em que esteve em atendimento comigo correspondeu a sua primeira internação, não havendo, até esse momento, histórico de internação psiquiátrica.

A internação que se sucedeu a sua alta ocorreu no ano de 2013. Chegou trazida pela filha e afirmou ao médico que a atendeu: “Estou bebendo demais”. Sua filha relata ao médico: “No dia depois que ela bebe, ela fica na cama, não aguenta nem levantar, me agride, xinga todo mundo, quebra tudo em casa.”

Na observação do médico: “Quadro iniciado após falecimento do filho, por afogamento. Possui duas tentativas de autoextermínio (ingestão polimedamentosa, cortes no punho). Paciente com quadro hipertensivo e circulatório associado.

É tabagista e já se submeteu a duas cirurgias de *bypass*. Numa das internações, 3 dedos do pé esquerdo foram amputados.

Outros dados sociais: “Está desempregada, mora com a filha de 24 anos. Sobrevive com a pensão do marido, falecido há 7 anos de AVC, pai dos seus dois filhos, um filho falecido por afogamento. Tem um namorado há 5 anos, não mora com ele; esse namorado bebe muito, mas menos que ela. Paciente faz uso também de cocaína. Há 6 anos seu filho de 21 anos faleceu afogado. Paciente começou a beber muito, dia sim e dia não. Utiliza cocaína. Ficou deprimida. Bebe sozinha, cerveja, e volta para casa carregada pela filha. No dia seguinte, não consegue sair da cama, fica muito agressiva com a filha, quebra tudo em casa.”

Recebe alta médica do hospital e é encaminhada para o Centro de Saúde de sua região.

Quatro meses depois ocorre nova internação, trazida por sua filha. Motivo da internação: “agitação psicomotora, auto e heteroagressividade”. Diz ao médico: “Eles me enganaram, me trouxeram para cá.” Histórico da moléstia atual: “Novamente trazida pela filha. Ao receber alta de sua última internação, recomeçou com o uso de etílicos. A filha relata uso concomitante de cocaína. Não tem feito uso regular de medicações clínicas. A filha coloca: “Chega em casa bêbada e drogada, me agredindo. Ontem colocou fogo na cortina, quebra tudo, eu não estou aguentando”.

Segundo registro de prontuário, constam como diagnóstico CID principal: F19.2 e CID secundário F.33. Internação involuntária. Sintomas alvos: “agitação/alcoolizada/uso de drogas”. Queixa principal: “Fiquei nervosa. Não me lembro de muito do que ocorreu, estava alcoolizada.” O médico menciona: “Desta vez coloca que o uso de álcool é uma vez a cada duas semanas, mas nessas ocasiões bebe muito. Estava em tratamento no Centro de Saúde comum psicólogo e no grupo (cita o nome da instituição) com um psiquiatra. Depois que o Centro de Saúde ficou sem o profissional, tornou-se infrequente ao tratamento. Demanda alta, não deseja permanecer no hospital. Fala pouco, não traz elaborações, responde superficialmente às perguntas. Levemente sonolenta, hipotímica, apenas responde superficialmente às perguntas, afeto hiperativo.”

Em relato ao médico, a filha conta que Léia tem feito uso do álcool quase todos os dias. “Ela descansa do álcool um dia, quando fica de ressaca, e logo inverte de novo... A droga não é todo dia, porque não tem dinheiro pra isso, mas vira e mexe, ela leva drogados para dentro de casa, homens e mulheres, pra usar droga”. Diz que a paciente tem quebrado tudo dentro de casa e, quando alcoolizada, tenta matá-la e fala em se matar. Tem duas filhas, e mora em cima da casa da mãe.”

Em outra entrevista, revela: “Minha mãe mudou totalmente desde que meu irmão, ‘que era seu xodó’, morreu”. A causa da morte foi afogamento. A filha também disse que paciente abandonou o tratamento, desde que se internou no hospital.

Para Léia, foi feita a seguinte prescrição: Amitriptilina (25mg), Anlopidina (5mg), Biperideno (2mg), Clonazepan (2 mg) e Omeprazol (20mg). Podemos verificar que a prescrição se orienta para tratar basicamente os sintomas da depressão. No segundo capítulo, abordaremos as questões do diagnóstico baseado nas classificações atuais da psiquiatria e do uso indiscriminado de medicamentos, principalmente para os casos considerados de depressão, que, a partir de 1950/60, passaram a ser considerados pela psiquiatria biológica como definidores de síndromes e quadros psicopatológicos, excluindo qualquer participação do sujeito. Dessa forma, teríamos os medicamentos operando sobre o que visam tratar, mas, ao mesmo tempo,

definindo a própria síndrome que visam tratar.

Voltando aos dados, o relato médico informa: “Sem sinais de abstinência. Informa ter sido trazida ao hospital porque bebeu muito e ‘encheu o saco’ da filha. Diz que quer ficar na enfermaria”. Nesse período, a paciente se encontrava no CAC (Centro de Atenção à Crise) do hospital, em observação. Em outro atendimento com o médico diz: “Voltei a beber. Briguei com minha filha, porque ela me insulta quando estou tonta. Ela me fala muita coisa.” As anotações médicas no prontuário seguem: “Teve um casal de filhos, seu filho de 21 anos, morreu afogado há 5 anos. Afirma que seu filho falecido era carinhoso com ela. O marido faleceu, na época tinha 37 anos.”

Sua médica relata também que a paciente nega fazer uso quase diário de álcool, admitindo fazê-lo apenas nos finais de semana, porém em grande quantidade. Questiona sua internação, dizendo: “Não adianta nada ficar internada sendo que aqui (hospital) não tem nenhum remédio para tratar alcoolismo.” A médica relata que, após a morte do filho, o consumo de álcool aumentou, mas que a paciente reconhece que tal fato “Não é desculpa para isso.”

A médica relata, no último atendimento, antes da alta, que Léia culpa seu ex-companheiro pela morte do filho. Na época, morava com esse ex-companheiro. Culpa a sua filha pelo seu consumo de álcool. Sobre a filha diz: “Ela me faz raiva, brigo com ela e vou para o bar beber. Fica falando que eu dou trabalho para ela, que eu bebo demais, aí fico com raiva e vou pro bar.”

Em dezembro de 2013, recebe alta hospitalar. No encaminhamento para o Centro de Saúde, a médica coloca no documento uma observação: “Importante manter acompanhamento psicoterápico.”

No mês de maio de 2014, sua filha novamente traz a paciente. No relato da filha, a paciente “ateou fogo em seu domicílio”. Diz: “Ela bebe, fica nervosa, tenta suicídio e logo desiste”. A paciente diz: “Aconteceu um acidente em casa agora. Derrubei uma vela e pegou fogo em minha casa.”

No relatório médico da urgência: “Auto e heteroagressividade no contexto de intoxicação alcoólica. A própria paciente não tem queixa e nega os fatos ocorridos, apesar de mostrar-se hostil com sua familiar. Nega ideação suicida. Filha relata etilismo quase diário”.

Leia decide-se pela internação, em outra enfermaria que não a mesma de sua primeira, na qual a atendi. O médico da enfermaria relata: “Não demonstra interesse em conversar, (...) relata que possui uma filha e dois netos. Conta que trabalhou como cozinheira. Ao ser perguntada qual comida prefere, a mesma responde que não gosta de mais nada. Após longos períodos de silêncio, a paciente comenta que sua filha achou que ela havia colocado fogo em

casa, sendo que, na verdade, acendeu uma vela que caiu em um cobertor. Disse que a lâmpada do seu quarto havia queimado, motivo de acender a vela. É sua terceira internação, as outras duas foram por bebida”. Apontamos que Léia, por razões de estrutura (o que iremos adiante fundamentar), ao utilizar o álcool, trata o real pelo real, isto é, a bebida funciona nessa paciente melancólica como um anestésico da dor de existir.

Outro relatório médico diz: “Paciente não se considera dependente de álcool e de cocaína, por não atrapalhar suas atividades sociais. Não tem boa convivência com a filha. Diz que o filho falecido era muito carinhoso, tinha uma ótima relação com ele. Faleceu há 5 anos. Não consegue superar o fato. Diz: ‘Pessoas que mereciam morrer não morrem, e com uma pessoa boa acontece isso.’ Relata ter boa convivência com os netos. Não se dá bem com o genro. Não consegue parar de beber. Nunca suspendeu o uso de álcool. História de uso de cocaína. Pensamentos de ruminação, após falecimento do filho.”

Léia chegou a participar de um grupo coordenado por uma psicóloga do hospital, e colocou apenas o motivo da internação, permanecendo calada no grupo.

O último relatório médico faz o levantamento das medicações utilizadas: clonazepan, haloperidol, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, levomeprazina, diazepam.

Diagnósticos prevalentes, segundo o Cid 10: F33.2 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos), F.19 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e uso de substâncias psicoativas) e F.10 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool).

Alta para o Centro Mineiro de Toxicomania.

3 AS REFERÊNCIAS DA PSIQUIATRIA CLÁSSICA E A CLÍNICA DA MELANCOLIA A PARTIR DE FREUD

Estrambote Melancólico

*“Tenho saudade de mim mesmo,
saudade sob aparência de remorso,
de tanto que não fui, a sós, a esmo,
e de minha alta ausência em meu redor.
Tenho horror, tenho pena de mim mesmo
e tenho muitos outros sentimentos
violentos. Mas se esquivam no inventário,
e meu amor é triste como é vário,
e sendo vário é um só. Tenho carinho
por toda perda minha na corrente
que de mortos a vivos me carrega
e a mortos restitui o que era deles
mas em mim se guardava. A estrela-d'alva
penetra longamente seu espinho
(e cinco espinhos são) na minha mão.”*

Carlos Drummond de Andrade, 1955.

Melancolia é uma palavra de origem grega, à qual Hipócrates atribuía o significado de “bile negra”, um dos quatro humores que, segundo ele, associados aos elementos cósmicos, regiam toda a existência do Homem.

Citando as referências dos clássicos da psiquiatria, Quinet (2006) nos esclarece que a bile negra era considerada “a causa de excitação com delírio, em oposição à pituíta responsável pelos delírios calmos”. (Quinet, 2006, p.184). Para Hipócrates o caminho que a bile negra tomava incidia diretamente no estado de excitação. Assim, se tomava a direção do corpo, sobrevinha a epilepsia; se tomava o caminho da inteligência, a melancolia. Portanto, como nos indica o autor no início de sua descrição, segundo a psiquiatria clássica, a melancolia não se referia à tristeza, mas apontava para um tema determinado, ou seja, se referia a um delírio parcial.

Pinel e Esquirol, também referidos, deram continuidade a essa concepção, por considerarem que os doentes sofrem de uma “ideia exclusiva”, que poderia absorver as suas faculdades ou permanecer num silêncio por vários anos. A melancolia designava o delírio limitado a um objeto ou uma série de objetos, portanto a um “núcleo delirante”. Fora desse “núcleo delirante” o doente apresentava um comportamento coerente, poderia se manifestar triste, alegre ou exaltado, mantendo intactas as outras funções da personalidade. Ao lado da demência, do idiotismo, a melancolia mantinha o estatuto de loucura.

O termo “monomania” era usado por Esquirol, por considerar que as monomanias se caracterizavam por afetarem de maneira parcial o espírito. Empregava “lipemia” ou “melancolia” para descrever estados de um delírio parcial crônico, que se entretinha com uma paixão triste e permanecia de maneira viciosa com determinada associação de ideias. Esquirol descrevia os lipemânicos como aqueles que se recusavam a falar, a se movimentar e a se alimentar; na parte intelectual, possuíam o tema delirante da perda, medo, opressão, ideias de serem envenenados, desonrados, penitenciados ou perseguidos. Assim, posteriormente a Esquirol, ao longo do século XIX, na Europa, surgiram novos estudos a respeito da melancolia, que serviriam de embasamento para o saber clínico da psiquiatria.

Outro psiquiatra que mantinha uma abordagem diferente da de Esquirol sobre a melancolia foi Joseph Guislan, que utilizava o termo *frenalgia* em substituição à loucura. Seu tratado de 1883 descrevia o fato de estar sempre presente no início de toda alienação mental, uma impressão dolorosa que era denominada “dor moral”. Com Joseph Guislan, no saber psiquiátrico, passaram a ser distintos as psicoses delirantes e os distúrbios afetivos do tipo maníaco e depressivo.

A dor moral é o que caracterizava para W. Griesinger, fundador da psiquiatria alemã, a

melancolia. A dor moral consistia em um sentimento de tristeza, ansiedade e opressão. O doente se sentia incapaz de agir, encontrava-se triste e abatido. Essa disposição negativa, para Griesinger, não possuía justificativa, necessitando, devido à regra da causalidade, ser determinada uma causa. O delírio, dizia, é também uma tentativa “de explicação” sobre o estado em que se encontrava o melancólico. Quinet (2006), ao comentar sobre a regra da causalidade em Griesinger, diz que introduzir o conceito de causalidade o aproxima da psicanálise, já que é a questão da causa que se encontra no fundamento do advento do sujeito, a partir da fórmula (*Wo es war, soll Ich werden*). E também de Lacan, sendo a categoria da causalidade tributária do conceito de sujeito. Logo, essas impressões dolorosas se transformam em ideias de conteúdos penosos, constituindo posteriormente em um delírio. Se para Grinseger, a causa da dor moral era uma causa incógnita, Freud situará a perda na melancolia como desconhecida.

Grinseger fazia as seguintes distinções da melancolia: simples, delirante e com estupor. Na melancolia com estupor, os doentes, após saírem do estado de estupor, revelavam que seus pensamentos estavam ativos, e se mantinham presos a uma ideia de estarem constantemente ameaçados por uma desgraça.

3.1 Psicose maníaco-depressiva

Já em meados do século XIX, dois psiquiatras franceses, Baillarger e Jean-Pierre Falret, começaram a isolar o que mais tarde seria conhecido como psicose maníaco-depressiva.

Em 1854, Baillarger afirmava sobre a existência de uma “loucura de forma dupla” onde ocorria a sucessão de duas formas. Entre as duas fases, melancolia e mania, havia um período de pseudointermitência. Falret, que reclamou a autoria dessa nova entidade mórbida, havia descrito anteriormente a Baillarger, uma loucura circular, caracterizada por três estados particulares: mania, melancolia e intervalo lúcido.

Jules Falret descrevia, além da exaltação maníaca, na forma pura ou constituindo uma das fases da loucura circular, a hipocondria moral. A hipocondria moral se caracterizava por ser uma entidade clínica, sobre um fundo de pessimismo: o mundo externo parecia ao doente, desbotado, alterado, sem atrativo. Sentia-se, insensível, indiferente a tudo, incapaz de agir ou de querer. Não apresentava gosto, nem energia. Era sujeito a crises de terror e a obsessões impulsivas. Importante salientar que a hipocondria moral será retomada pelo grupo de Salpêtrière, pelos psiquiatras, Séglas e Cotard, como melancolia simples.

Porém, em outra vertente se desenvolvia o saber psiquiátrico alemão. Em 1883, foi publicado o *Compêndio de psiquiatria* de Emil Kraepelin, em que descrevia a loucura maníaco-

depressiva. Tal descrição não fazia referências à mania e à melancolia como entidades clínicas isoladas, pois para Kraepelin sempre havia recidivas, sendo sempre o ataque bipolar.

Ferreira (2014) nos adverte que na oitava edição de seu “Tratado” sobre as doenças mentais, E. Krapelin, pela primeira vez confirmava a natureza endógena da loucura maníaco-depressiva. Para a autora, isso representou uma perda da individualidade nosológica, assim como a perda do fator preponderante dos quadros melancólicos: a dor moral. Segundo Ferreira (2014), E. Krapelin abriu o campo das classificações das doenças mentais em quadros nosológicos, inaugurando dessa forma, o DSM (Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais).

A psicose maníaco-depressiva entrou no quadro das doenças mentais endógenas em 1913. Para Quinet (2006) a grande inovação realizada foi a descrição dos estados mistos, até então, não considerados por seus contemporâneos. O estupor maníaco, a melancolia com fugas de ideias e a mania com inibição psicomotora.

No período da psiquiatria clássica, a psiquiatria francesa passou a se sobressair representada pelo grupo do hospital-escola de Salpêtrière, no final do século XIX, no qual se destacaram dois eminentes psiquiatras, Jules Séglas e Cotard. Séglas caracterizou a melancolia como uma entidade clínica. Se anteriormente, era inespecífico determinar a melancolia como um quadro clínico, com Jules Séglas (1894) em suas conferências, contribuiu de maneira decisiva para delimitar a melancolia no campo das psicoses. Séglas denominou “fenômenos elementares” os acometimentos da ordem do corpo e do pensamento que atingem os doentes, constituindo o quadro da melancolia simples com ausência de atividade delirante, e que poderia ser designada também como hipocondria moral, conforme mencionado anteriormente. Assim, então, passou a elucidar os fenômenos elementares da melancolia: a dor moral, os distúrbios cenestésicos e os distúrbios intelectivos. Como já caracterizamos a dor moral acima, partiremos dos outros dois. Os distúrbios físicos, são variados, podendo ir das dores vagas a uma fadiga intensa, relatos de ouvir zumbidos, palpitações, insônia, sonolência, falta de apetite, clinofilia. Junto a essa depressão física há as manifestações penosas da dor psíquica, como o estado de abulia, lentidão dos movimentos, lentidão na compreensão de perguntas, monotonia da fala, etc. O plano intelectual designaria o termo “parada psíquica”, utilizado por Séglas.

Assim, Quinet (1999) nos lembra que em termos lacanianos, esses distúrbios podem ser considerados manifestações da forclusão do Nome-do-Pai. Destaca-se entre os distúrbios enumerados a “parada psíquica”, pois se refere a um distúrbio das associações resultando no afastamento do sujeito da cadeia significante.

O trabalho do delírio representa uma interpretação do estado depressivo que eclode,

localiza uma falta moral no lugar da causa incógnita, passando esta, através do trabalho do delírio, a ser uma causa conhecida. Conforme Bercherie (1980), o delírio melancólico contempla as seguintes características:

- era de natureza penosa em seu conteúdo temático;
- eclodindo nesse fundo de dor moral e inibição psíquica, era fixo e monótono: há um abismo entre o refrão do melancólico e o romance do perseguido;
- era marcado pela humildade, pela passividade e pela resignação, o que se traduzia na atitude geral do doente;
- seu modo de irradiação era “centrífugo”: o melancólico temia para o seu meio as consequências da infelicidade de que era portador (cg os suicídios coletivos visando a salvar os filhos ou cônjuges). Sabia-se que o delírio paranoico era, ao contrário, “centrípeto”: tudo convergia para o sujeito, centro da atenção universal;
- era um delírio de espera: o doente vivia com medo do futuro, diversamente do perseguido, vítima no presente;
- mas era também retrospectivo, buscando-o no passado uma falta real ou imaginária que explicasse seu estado atual;
- por fim, se as alucinações auditivas eram raras na melancolia, as alucinações visuais eram mais frequentes: (chamas do inferno, o diabo, os cadafalsos, etc.) ou motoras, comuns ou verbais. (Bercherie, 1980, p.186).

Como afirmado anteriormente, o delírio melancólico representa uma manifestação secundária, que surge em função do princípio da causalidade, ou seja, para explicar ou justificar o estado de dor moral em que o doente se encontra. Com essas características, podemos situar o delírio de negações e de indignidade como próprios da melancolia.

Cotard (1882/1999) partindo da pesquisa a respeito do humor negativo do melancólico, e sob influência de W. Griesinger, realiza distinções entre o delírio de perseguição e o delírio de negação. Esse quadro representa a disposição negativa muito elevada, onde o doente apresenta negação de tudo, inclusive de seus próprios órgãos.

Para a psicanálise lacaniana, o delírio das negações aponta para a especificidade da negação da melancolia, pois se trata de um índice foraclusivo, ou seja, negação da “própria existência do que é negado” (Quinet, 1999, p.83). A mortificação da qual esses sujeitos padecem traduz a mortificação do significante sobre o corpo, resultado da posição do sujeito na estrutura.

Partindo da psiquiatria clássica, Freud se apropriou desse saber para caracterizar o

melancólico diante das variações que esse quadro clínico manifestava e para ressaltar suas características principais, algumas descritas acima. Sabemos que, diferentemente de como desenvolveu outras pesquisas, nesse trabalho, Freud não parte diretamente de um caso clínico; afirma inclusive no texto, que possuía poucos destes casos.

Mas o que o inquietava, sobretudo, era a questão da dor psíquica, expressa tanto no luto quanto no melancólico. Mais especificamente, o que buscava pesquisar se referia à dor da perda. Contudo, no período do trabalho *Luto e melancolia*, já apresentava um arcabouço teórico que lhe permitia constatar, nas descrições realizadas pelos clássicos, sua teoria do narcisismo, a qual já vinha desenvolvendo em seus estudos metapsicológicos.

Apesar de muitos quadros de melancolia se desencadarem após a perda de uma pessoa amada, para Freud, não era evidente de que natureza era a perda para o melancólico.

A dor psíquica, retomada por Quinet (2006), é descrita por Freud como a “dissolução das associações”, ou seja, há uma quebra da cadeia de pensamentos inconscientes, o que corresponde ao “furo do psiquismo” ou à “hemorragia de libido” Mais adiante, retornaremos sobre esse aspecto da melancolia.

A dor psíquica irá configurar o fracasso do aparelho psíquico para lidar com as quantidades excessivas de energia que irrompem. O aparelho psíquico, portanto, cumpre essa importante função: promover uma homeostase psíquica em seu funcionamento, sendo que toda vez que essa homeostase é interrompida pelo excesso de energia, há irrupção da dor. Em *Um estudo autobiográfico: inibição, sintoma e angústia, análise leiga e outros trabalhos*, (1925-1926/1969) Freud trabalha com a dor psíquica mais uma vez, ao relacioná-la com a entrada de uma grande quantidade de excitação no aparelho psíquico, estando dessa vez, indicando a perda como responsável por essa entrada maciça de excitações, provocando a dor.

Será apenas com o avanço teórico que realizará com a segunda tópica, a partir dos conceitos pulsão de morte e masoquismo primordial, que Freud introduzirá a questão do prazer na dor, utilizando como referência, segundo Quinet (2006), o gozo do espectador das tragédias gregas. Conforme Quinet (2006) “A dor corresponde à satisfação da pulsão de morte, desvelada na perversão masoquista, no gozo do sintoma, na melancolia.” (Quinet, 2006, p.172).

Segundo a perspectiva freudiana, a dor remete a duas vertentes. Uma delas, como mencionado, evidencia a emergência de um gozo inadequado para o sujeito, rompendo a barreira do simbólico. A outra corresponde ao que toda perda articula, a saber, a castração. Tratando-se de um neurótico, a castração representa sempre o preço pago pelo sujeito para se situar como desejante. Situação diferente ocorre com o melancólico, pois a falta de inscrição simbólica da castração é correlata com o furo real, efeito da elisão do falo.

Na visão de Freud, a melancolia se caracteriza como uma depressão profundamente dolorosa, sendo sua primeira característica a dor, seguida pela suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e a diminuição da autoestima com manifestações de autoacusações e auto injúrias, podendo chegar à espera delirante de punição. Para acompanharmos a trajetória freudiana na elaboração teórica do importante *Luto e melancolia*, será em um texto anterior, de 1894, denominado *Rascunho G*, que Freud lançará suas primeiras indicações a respeito da melancolia de acordo com a teoria libidinal.

3.2 Rascunho G: a melancolia apresentada como uma hemorragia interna

O *Rascunho G*, escrito por volta do ano de 1894/1895 representa o primeiro estudo de Freud sobre a melancolia. Nessa época, Freud apresentava uma leitura fisiológica da sexualidade e buscava correlacionar a neurose de angústia, a neurastenia e a anestesia sexual.

A melancolia é apresentada, no período compreendido entre 1893 e 1898, como uma “hemorragia interna”.

Em sua busca etiológica sobre a angústia, Freud irá destacar o “mecanismo da melancolia” (Freud, 1886-1889/1969f, p.237) no *Rascunho E*, caracterizando da seguinte forma a anestesia dos melancólicos:

Não têm necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica-uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer. Nos casos em que esta se acumula e permanece insatisfeita, desenvolve-se a melancolia. (Freud, 1886-1889/1969f, p.237).

Nesse momento de seu estudo, Freud sustentava algum fator físico da vida sexual como causa da neurose de angústia. A produção de angústia era resultante da acumulação da tensão sexual, que não obtendo a descarga da tensão, ficava represada e conseqüentemente se transformava em angústia.

Em torno desse modelo, o de um sistema de carga, descarga e transformação, Freud irá caracterizar um ponto essencial da melancolia: a anestesia sexual.

Sobre a angústia, nos anos de 1894-1895, Freud sustenta que a neurose de angústia surgia nos casos em que eram utilizados determinados métodos contraceptivos, como o *coitus interruptus*, o que acabava proporcionando também uma diminuição da libido sexual. Assim, nas neuroses de angústia, uma excitação libidinal é provocada, mas não satisfeita.

Pela conversão direta da libido em angústia, podemos verificar o fracasso do trabalho

psíquico de ligar as representações psíquicas ao excesso de excitação. Lacan, anos mais tarde, no seminário dedicado à angústia, irá fazer uma interessante leitura a respeito de Freud localizar no *coitus interruptus* a origem da angústia.

Segundo Lacan (1962-1963/2005), a angústia surge justamente no ponto onde a intensificação orgástica é desvinculada do exercício do instrumento. Assim acrescenta: “O sujeito pode chegar à ejaculação, mas é uma ejaculação do lado de fora, e a angústia é provocada pelo fato do instrumento ser posto fora do jogo no gozo.” (Lacan, 1962-1963/2005, p.186).

De acordo com suas observações clínicas, Freud constata correlações entre a melancolia e a anestesia sexual, a neurastenia e a angústia. Demarca a linha teórica que posteriormente manterá em seu artigo de 1915: “O afeto que corresponde à melancolia é o do luto, ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido”. (Freud, 1886-1889/1969g, p.223). Portanto, da premissa freudiana parte-se para a constatação de que na melancolia existe uma perda na vida pulsional, porém uma perda específica.

Trata-se, na melancolia, de um luto: “o luto pela perda da libido. ” (Freud, 1886-1889/1969g, p.223). Relacionando a melancolia a uma hemorragia de libido, Freud buscará dar conta dos efeitos da melancolia, descritos como: inibição psíquica, empobrecimento pulsional, resultando em sofrimento, através da noção de “retração para dentro” na esfera psíquica (Idem, p.252).

Segundo Freud, pode-se imaginar que, quando o grupo de neurônios:

(...) se defronta com uma grande perda da quantidade de sua excitação, pode acontecer uma retração para dentro na esfera psíquica, que produz um efeito de sucção sobre as quantidades de excitação contíguas. Os neurônios associados têm que liberar sua excitação, o que produz sofrimento. (Freud, 1886-1889/1969g, p.226).

O sofrimento característico da melancolia provém desse processo em que os neurônios se desfazem de sua excitação, tendo como finalização uma hemorragia interna em relação à libido. Para situá-la espacialmente, a imagem que Freud utiliza é a de uma “ferida”, especificando como a retração libidinal funciona de maneira dolorosa.

Em torno desse modelo de sistema de carga, descarga e transformação, Freud irá caracterizar um ponto essencial da melancolia: a anestesia sexual.

Podemos verificar que no *Rascunho G* existe uma definição precisa a respeito da melancolia, isto é, a melancolia é o luto provocado pela perda de libido. Definição que irá ser articulada, no texto *Luto e melancolia* (1917[1915]/2010b), como uma perda desconhecida. Isto quer dizer que se no luto o sujeito sabe o que perdeu, no melancólico ele o desconhece.

Conforme assinala Quinet (2006), se, para Freud, a causa da dor perda é o rompimento

das ligações neuronais, para Lacan, é a dissolução da articulação significante. Portanto, a partir dessa construção (de uma rede de neurônios em Freud e de significantes em Lacan), será a dissolução dessa cadeia que se manifestará como dolorosa. Trata-se do “furo no psiquismo”, furo por onde a libido se esvai, à maneira de uma hemorragia, porém de uma hemorragia de libido.

Com Lacan, o furo é correlato ao furo no simbólico, índice da forclusão do Nome-do-Pai. Conclui-se que a dor provocada pelo furo se refere à dor do que é foracluído do simbólico.

O furo remete a algo que cumpre a função de tampão, de tamponamento, quando estão presentes intervalos lúcidos. Quinet (2006) evoca o jargão lacaniano, ao dizer que podemos nomear essa tampa de “suplência”.

Será nessa perspectiva do tampão que será assinalada a função da droga, a droga fazendo as vezes de tampão da estrutura.

Sabemos com Laurent (2014), que a droga vem no lugar de restituir uma ruptura que não se apresenta nas neuroses. Portanto, a droga ocupa lugares diferenciados, caso esteja no campo da neurose ou da psicose. Na neurose, a droga demarca um “nada querer saber” sobre o desejo do Outro. O sujeito se instala em um ponto de certeza, que não é da mesma ordem da certeza psicótica, mas de uma convicção de que a droga lhe outorga um gozo. Já na psicose, após a ruptura, a droga pode cumprir a função de ordenar, de condensar um gozo que se apresenta sem ser ordenado pela significação fálica, portanto, invasivo para o sujeito. A droga seria um tipo de resposta ao momento lógico do sujeito. Embora possa servir como uma tentativa de estabilização, tal tentativa é por vezes precária, já que o sujeito se vê, muitas vezes, lançado a uma desagregação.

Ao voltarmos ao caso Léia, a droga vem para obturar, anestesiá-la a dor que se produziu com o buraco que se abriu na estrutura, após a morte de seu filho. É a partir da perda que a droga se introduziu em sua economia psíquica. Segundo seu relato nos atendimentos em que fui a psicóloga de referência, antes da morte do filho nunca havia feito uso de drogas. Seu uso torna-se abusivo, desagregador, a ponto de ser internada pela primeira vez. Logo, se processam outras internações pelo mesmo motivo.

Este caso nos questiona quanto às várias implicações éticas na condução do tratamento de orientação lacaniana. A partir da constatação de que o sujeito encontrou na droga uma “solução” para sua psicose, o que caberia ao analista? É possível produzir saídas para o psicótico, diferentes das que ele construiu? Como podemos pensar a condução do tratamento, com a perspectiva dos efeitos terapêuticos rápidos, se o sujeito já nos chega com a “solução” encontrada?

Sem dúvida, não há respostas simples para essas questões, nem respostas que sirvam a todos os sujeitos, sem considerarmos a singularidade de cada caso. Entretanto, concordamos com uma importante observação feita por Salamone, nas jornadas realizadas pelo Centro Mineiro de Toxicomania (FHEMIG), em Belo Horizonte. Em sua conferência de abertura da jornada, expõe que se o sujeito toxicômano nos chega, seja pela via do consultório, seja pela via da instituição, é que de alguma forma essa “solução” se mostra falha, a “solução” tem falhas. E é neste rastro da falha, que há a possibilidade da entrada do analista, que com sua ética buscará fazer emergir aí o sujeito.

3.3 Novas classificações da psiquiatria

A partir dos anos 80, a psiquiatria passa a abordar os transtornos de humor não mais pelo viés do funcionamento subjetivo e da estrutura ou das modalidades da existência, mas utilizando, tão somente, o viés quantitativo. Dessa forma, serão as variações quantitativas de uma função psíquica, aqui denominadas de afeto ou humor, provocadas por variações de neurotransmissores como a serotonina e a noradrenalina, variações estas que terão causas múltiplas, principalmente genéticas.

É uma clínica que acredita poder colocar de lado toda a problemática da causalidade psíquica em prol de uma neutralidade, isto é, sustentando uma pretensa descrição de sinais e sintomas dos transtornos mentais de forma “ateórica”. Assim, é uma clínica baseada nos psicofármacos, capazes de modificar a neurotransmissão e interferir na função psíquica, independente da estrutura do sujeito.

Os principais modelos classificatórios dos transtornos mentais adotados são o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças), publicado pela Organização Mundial de Saúde, e que se encontra em sua 10ª edição, e o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria e já em sua 4ª edição.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), criado por Leonhard em 1957, e depois adotado em 1980 no DSMIII e em 1992 no CID 10, substitui a Psicose maníaco-depressiva, conhecida também como PMD. Esse termo perdeu seu vigor e uso, por duas razões. A primeira razão se refere ao fato de as novas classificações dos transtornos mentais não partirem mais de uma determinada teoria da causalidade psíquica, sendo, então, descrições “ateóricas”, visto que denominações como “psicose”, “histeria”, “neurose”, são consideradas problemáticas, optando-se assim por termos “neutros”, como “transtorno”. A segunda razão parte de uma

constatação clínica nos pacientes diagnosticados como PMD: não ocorriam, necessariamente, manifestações psicóticas, a saber, delírios e alucinações. (Bogochvol, 2014).

Segundo o psicanalista, o critério utilizado se baseia em uma evolução: episódica (episódio depressivo ou maníaco isolado), recorrente (uni ou bipolar) ou persistente. Os transtornos do grupo TAB são classificados em diferentes tipos, de acordo com sua apresentação atual, gravidade, presença ou ausência de manifestações psicóticas.

Encontramos no prontuário de Léia duas referências diagnósticas de TAB: a primeira, F31, como diagnóstico secundário; a segunda, F.33.2 (Transtorno depressivo recorrente, sem sintomas psicóticos).

Ao contrário da psiquiatria, a psicanálise continua lidando praticamente com as mesmas referências utilizadas por Freud, aqui descritas como neurose, perversão e psicose. Isto se deve à maneira como cada sujeito lida com a falta estrutural. Para Quinet (2001), o desaparecimento das entidades clínicas descritas pela psicanálise “dificulta uma proposta de interconexão entre psiquiatria e psicanálise, almejada por Freud.” (Quinet, 2001, p.73).

Diante da impossibilidade de constatar a doença da qual o sintoma era sinal, ou seja, na impossibilidade de encontrar alterações anatômicas que sejam a causa do transtorno mental, será na construção do Caso Clínico, (na qual se deverá levar em conta a subjetividade de cada paciente) para uma conclusão diagnóstica do caso.

Orientar-se, exclusivamente pela suspensão do sintoma a qualquer custo, nos coloca no caminho do *furor sanandi*, condição já advertida por Freud como contrária à posição do analista. Pois, para a psicanálise, o sintoma possui outro estatuto: se há sintoma, há sujeito. Não extirpar o sintoma, mas considerá-lo como expressão de uma subjetividade, como possibilidade de o sujeito emergir, inclusive nas depressões melancólicas, no abuso de drogas, no despedaçamento do corpo esquizofrênico.

Sabemos que a clínica, desde Freud, nos ensina toda uma problemática a respeito da experimentação de um gozo, bem como a dificuldade de se abrir mão desse gozo, e isso se aplica tanto na neurose quanto na psicose.

Quanto à psicose, muitas vezes, a droga ocupa um lugar de condensador de gozo. A suspensão do uso da droga, sem nenhum trabalho de subjetivação do sujeito, poderá levar o psicótico a não ter mais o objeto que viria a condensar o gozo, propiciando um retorno desse gozo sobre o próprio corpo. Situação limite, propiciadora a desencadear passagens ao ato.

Para a psicanálise, o diagnóstico está atrelado à posição do sujeito na estrutura, estando mais próximo de uma posição ética.

Assim, extraímos do diagnóstico “(...) uma ética relativa à implicação do sujeito, pelo

dizer, no gozo que seu sintoma denuncia - ética de bem dizer o sintoma.” (Quinet, 2011, p.76).

3.4 Luto normal, Luto patológico e Melancolia

3.4.1 Aproximações e Diferenças

Para acompanharmos as aproximações e distinções dessas três modalidades nosológicas a respeito do luto e da melancolia, iremos nos orientar pelo texto *Luto e melancolia* de Freud (1917[1915]/2010b) De acordo com a nota do editor, esse texto representa uma continuidade de seu trabalho anterior, de 1914, sobre o narcisismo. Conceitos como narcisismo, Ideal do eu e o agente crítico (que mais tarde será nomeado como supereu), contribuíram para a teorização do processo melancólico.

Ao abrir seu trabalho, Freud utiliza o luto normal em comparação à melancolia, e durante uma parte do texto, ambos, luto e melancolia, partem da mesma situação de perda, que será diferente em um e outro quadro. Se no luto, a perda reatualiza a castração pelo trabalho do simbólico, possibilitando assim que concluído o luto o sujeito possa substituir o que ou quem perdeu por outro objeto, na melancolia, situada no campo da psicose, a perda se mostra puro vazio, deixando o sujeito à deriva da pulsão de morte. Nesses dois polos, luto normal e melancolia, Freud irá descrever outra variação do luto, desta vez denominando-o de luto patológico. Apesar de estar presente normalmente em toda situação de luto, quando a ambivalência afetiva (descrita como as relações de amor e ódio estabelecidas com o objeto amado) se torna predominante, como nos casos de neurose obsessiva, transforma o luto em um processo patológico.

Assim, o luto patológico representa o sentimento de culpa de que o sujeito padece, por se sentir culpado pela perda do objeto amado. Permanece assim para o sujeito um impasse, que o impede de concluir seu luto.

É interessante demarcar que nesse período de elaboração teórica sobre o luto e a melancolia, um dos grandes companheiros de Freud e que muito contribuiu para os estudos do processo melancólico foi Karl Abraham, um estudioso das semelhanças encontradas na neurose obsessiva e na melancolia. Tais semelhanças já eram consideradas pela psiquiatria, e se referiam às obsessões presentes nos quadros das loucuras maníacas e melancólicas. Porém, Abraham, como psicanalista, considerava que a obsessão se referia a uma neurose. Contudo, se questionava o que fazia a fixação libidinal na fase anal, dar origem tanto à neurose obsessiva quanto à melancolia.

O texto *Luto e melancolia* será justamente a resposta à indagação de K. Abraham. Nele, Freud irá enfatizar não a fixação libidinal, mas a relação que o sujeito estabelece com o objeto.

Em *Luto e melancolia*, Freud aborda a melancolia pelo afeto normal do luto. É importante salientar que pela primeira vez, Freud busca delimitar essa afecção. Não sem antes advertir “A melancolia, cuja definição varia inclusive na psiquiatria descritiva, assume várias formas clínicas, cujo agrupamento numa única unidade não parece ter sido estabelecido com certeza, sendo que algumas dessas formas sugerem afecções antes somáticas que psicogênicas.” (Freud, 1917[1915]/2010b, p.165)

Será em torno dessas variações clínicas que serão feitas as correlações entre o afeto normal do luto e a melancolia. Essa correlação se mostra profícua, na medida em que o caminho do luto é semelhante ao do processo melancólico, pois ambos se constituem a partir de uma perda, embora Freud destaque que na melancolia a perda seria de natureza mais ideal, revelando o melancólico um desânimo profundamente penoso, tristeza, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade. Nesse ponto, sublinhamos o comentário de Clastres no Simpósio do Campo Freudiano em 1992, sobre a perda e a falta. A partir de Lacan, Clastres ressalta que a falta só é apreensível senão pelo simbólico. Já a perda se impõe do real. Diz: “Ligar o real da perda à falta que só se engendra do simbólico, tal é o esforço que impõe o trabalho do luto.” (Clastres, 1992, p.22). Se no luto, a perda pelo trabalho de luto será articulada à falta, frente à mesma perda, algumas pessoas, por uma disposição patológica, produziram não o luto, mas o processo melancólico.

O caminho do luto, embora possa produzir no sujeito significativos afastamentos do campo da realidade, não apresenta o acentuado declínio da autoestima e a produção dos seus correlatos: autorrecriminações e autoenvilecimento, podendo chegar à construção de um delírio de autopunição. Freud assim esclarece essa distinção estrutural: “A perturbação da autoestima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas.” (Freud, 1917[1915]/2010b, p.166)

O trabalho de luto envolve uma disposição dolorosa, pois a inexistência do objeto, apontada pelo teste da realidade, exige do eu que a libido seja retirada do objeto, condição à qual o sujeito não responde prontamente, mesmo que outro objeto substituto possa lhe acenar.

Nessa parte de suas considerações a respeito do trabalho do luto, Freud utiliza termos que irão delimitar variações deste, a partir do seu comentário:

Em que consiste, portanto, o trabalho que o luto realiza? (...) O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência de abandonar de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade

quando um substituto já lhes acena. Essa oposição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. (Freud, 1917[1915/2010b, p.167])

Dessa forma, os termos luto profundo, psicose alucinatória carregada de desejo, são tratados por Freud como desvio da realidade, e embora apontem para um apego ao objeto, não desrespeitam a realidade. Mas o trabalho do luto só se efetiva após um longo período para se concluir, pois a retirada da libido é realizada aos poucos e exige grande dispêndio de tempo e energia.

Fazendo a transposição para melancolia, comparativamente ao luto, Freud diz:

(...) não podemos, porém, ver claramente o que foi perdido, sendo de todo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente perceber o que perdeu. Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem a sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. (...) No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego. (Freud, 1917[1915]/2010b, p.168).

Ao contrário do luto, que é um trabalho pelo simbólico, a melancolia não se religa a outro objeto, mas é o próprio eu que é esvaziado. Freud descreve como o melancólico representa seu eu, nos seguintes termos:

O paciente representa seu eu para nós como desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. (...) Não acha que uma mudança se tenha processado nele, mas estende sua autocrítica até o passado, declarando que nunca foi melhor. (Freud, 1917[1915/2010b, p.168])

Segundo Ferreira (2014), a respeito do que está em questão, podemos localizar da seguinte forma as distinções entre o luto e a melancolia: “Assim, pode-se dizer que, no luto, o ‘buraco’ da depressão está do lado de fora, no mundo externo, ao passo que, na melancolia, o ‘buraco’ é interno, no eu.” (Ferreira, 2014, p.119).

Mais adiante em seu artigo, Freud dará importantes indicações sobre a posição do analista frente ao melancólico, quando declara que seria infrutífero contradizer um paciente que faz tais acusações sobre seu próprio eu. Afirma que ele deve estar com a razão. Não se trata de corrigir o delírio, mas de acolher um elemento revelador da estrutura que o condiciona. Nesse ponto, Freud demonstra por onde se orienta, ao expor que o sujeito passa a se auto degradar, culminando com a expectativa delirante de punição.

A orientação freudiana se orienta pela psiquiatria clássica, ao afirmar que o sujeito se encontra tão desinteressado e incapaz de amor quanto afirma. E mais adiante, expressa serem essas manifestações secundárias, tratando-se do efeito do trabalho interno que lhe consome o

eu.

Através do quadro da melancolia, Freud irá se deter na própria constituição do eu, pois sem ainda estar munido do conceito do supereu, irá ser destacada nesse quadro clínico uma parte do eu que se colocará contra a outra. Freud chamará de “agente crítico” essa parte que julgará o eu, tomando-o como objeto.

Será a “insatisfação com o próprio eu” a característica mais marcante do quadro clínico da melancolia. O ponto de virada será o salto teórico realizado por Freud, ao apontar que as autorrecriações, tão características do processo melancólico, na realidade, se dirigem a outro. No fundo, é para uma outra pessoa que se dirigem.

Como explicar essa inversão, em que as queixas e recriações dirigidas às outras pessoas sejam feitas ao próprio eu do melancólico?

Freud reconstrói esse processo no eu melancólico da seguinte forma:

Existe, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular; então devido a uma real desconsideração ou desapontamento da pessoa amada, a relação objetal foi destruída. O resultado não foi normal - uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo-, mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias. A catexia objetal provou pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto, foi retirada para o ego. Aí, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. (Freud, 1917[1915/2010b, p.171. Grifo de Freud).

Vemos aqui como o fenômeno da autorrecriação, demarcado pela psiquiatria clássica, é retomado por Freud e, ao mesmo tempo, o faz avançar na concepção inovadora de transformá-lo como central na melancolia.

Sobre a identificação mencionada, sabemos que se trata aqui da identificação narcísica, característica das psicoses. Lembremos que Freud já havia escrito seu artigo sobre o “narcisismo”, de 1914. Vemos que, a partir do texto de 1914 e retomado por Freud em *Luto e melancolia*, dentro da dinâmica libidinal do ego e do objeto é descrito que a identificação narcísica será a substituição do amor pelo objeto, pela identificação com o objeto. Aqui, então, se descortina toda a problemática da identificação no luto e na melancolia.

Dando continuidade ao tipo de identificação presente na melancolia, é essa identificação a responsável por uma parte do ego tratar a outra parte como objeto. Citando Otto Rank, Freud concorda que, na melancolia, a peculiaridade de a catexia objetal apresentar pouca resistência se deve ao fato de essa escolha objetal ter sido feita em uma base narcísica, sendo tal identificação narcísica um substituto da catexia erótica que se estabeleceu com o objeto. E conclui com a seguinte observação: a identificação narcísica é uma etapa preliminar da escolha

de objeto, sendo uma forma ambivalente pela qual o ego realiza essa escolha. Essa forma de regressão de um tipo de escolha objetual para o narcisismo original é também um mecanismo importante que ocorre nas afecções narcisistas.

Nas neuroses de transferência, diz o psicanalista, também se encontra esse tipo de identificação. Freud até mesmo situa os sintomas histéricos como tipo clínico, no qual esse mecanismo de substituição de uma catexia objetual é trocado por uma identificação. Porém, diferente da melancolia, na histeria o abandono da catexia objetual não é total, permanecendo ela presente de maneira localizada, como em uma ação ou inervação.

Baseando-se nas próprias distinções que vão sendo reveladas no texto, sobre o “luto patológico”, Freud aponta que não podemos concebê-lo dentro do campo das psicoses e sim da neurose. Portanto, o luto é sempre da ordem da neurose, seja normal ou patológico, pois, de acordo com as próprias indicações freudianas, não há luto na psicose. A melancolia é a impossibilidade de realização do luto, fator da clínica diferencial entre neurose e psicose.

Vejamos, então, para localizarmos em Freud, suas considerações sobre o luto patológico:

A melancolia, portanto, toma emprestado do luto alguns dos seus traços e, do processo de regressão, desde a escolha objetual narcisista para o narcisismo, os outros. E por um lado, como o luto, uma reação á perda real de um objeto amado; mas, acima de tudo isso, é assinalada por um determinante, que se acha ausente no luto normal ou que se estiver presente, transforma este luto em luto patológico. A perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta. Onde existe uma disposição para a neurose obsessiva, o conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, forçando-o a expressar-se sob a forma de autorrecriminação, no sentido de que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou.” (Freud, 1917[1915/2010b, p.173).

Sendo assim, é citando a neurose obsessiva, que Freud demarca com clareza conceitual que o luto patológico se refere ao campo da neurose. A ambivalência afetiva está presente no luto normal e na melancolia, porém terá destino diferente em cada uma das estruturas.

Diante da perda do objeto de amor, o obsessivo colocará ódio, evocando a culpa, retornando ao ego do sujeito. Se sentirá culpado pela perda e se punirá por isso, e punirá também o outro pela perda que o acometeu. Na melancolia, o que retornará para o ego será a sombra do objeto, tradução de um gozo mortífero que retorna sobre o sujeito. Já na neurose, segundo Mucida (2006), o que recai sobre o sujeito são os traços identificatórios do neurótico ao objeto amado, mas não sem manter alguma distância entre esses traços e o próprio sujeito.

A indicação freudiana sobre a ambivalência despertada pela perda por morte, que traz as situações de desconsideração, desprezo e desapontamento e que pode trazer sentimentos opostos de amor e ódio ou reforçar uma ambivalência já existente, não deve ser desprezada

entre as pré-condições da melancolia.

Apesar do amor pelo objeto (e nesse ponto, Freud faz observar que o amor não é renunciado, mas o objeto sim), esse amor se refugia na identificação narcisista, e o ódio entra em ação no objeto substitutivo, dele abusando e torturando-o.

Seria a autotortura uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio.

Verifica-se, portanto, como opera a catexia erótica do melancólico:

A catexia erótica do melancólico no tocante a seu objeto sofreu assim uma dupla vicissitude: parte dela retrocedeu à identificação, mas a outra parte, sob a influência do conflito devido “à ambivalência”, foi levada de volta à etapa de sadismo que se acha mais próxima do conflito. (Freud, 1917[1915]/2010b, p.174)

Em termos freudianos, a ambivalência nos quadros melancólicos, o ódio que o sujeito voltará contra si próprio, o levará a uma regressão à etapa do sadismo, causa do suicídio, tão frequente nessa patologia.

Sobre o tema do ódio em relação ao ente querido morto, Vieira (2008), a partir de Lacan sublinha que no tocante à perda, o ódio incide mais no espaço entre aquele que perde e o objeto perdido. Pois há um inconfessável que toma conta do enlutado, e que não podia ser dito ou mesmo pensado no laço de amizade. Caso viesse à tona, o ódio ocasionaria a ruptura do laço de amizade, restando-lhe apenas manifestar-se com a morte. O psicanalista conclui que há uma espécie de “impronunciável do laço.” Nos aponta o seguinte:

Sempre há algo que não pode ser dito e que nos prende a alguém. É justo o que legitima esta pergunta: o que realmente se perde, quando alguém se vai? Não perdi o ser amado nesta ou naquela característica. Certamente, não apenas pelo tom de cabelo ou a suavidade nas mãos ele era o que era. (...). Por mais que o apaixonado faça a lista dos predicados da amada, sempre haverá a certeza de que algo permanece fora de alcance, a ser ainda descrito. Esse “algo” se situa no objeto de nossa afeição como marca de um indizível e assegura que é impossível esgotar pela nomeação o que se perdeu. O caminho alternativo de Freud é fazer desse algo a mais não uma alma que se foi, e sim um enigmático “a mais”, dando-lhe morada em nossa dor. (Vieira, 2008, p.53).

Na verdade, Freud já estava plenamente familiarizado, nos casos da neurose, principalmente da neurose obsessiva, com a transformação dos impulsos de amor em impulsos agressivos. Chega a afirmar em uma nota de rodapé no texto *Totem e Tabu* (Freud, 1913-1914/1969k, p.183) que os impulsos suicidas dos neuróticos representam castigos por desejos mortíferos contra os outros, ideia que podemos reconhecer plenamente desenvolvida no texto *Luto e melancolia* (1917[1915]/2010b). Entretanto, será no *Manuscrito N*, em sua correspondência a Fliess, que fará uma descrição dos impulsos hostis articulados com a questão do luto e da melancolia.

As impulsões hostis dirigidas contra os pais (o desejo de morte deles) são também parte integrante na constituição das neuroses. Elas manifestam-se conscientemente como ideias obsessivas. Na paranoia, as interpretações persecutórias (desconfiança patológica com relação aos dirigentes e monarcas) correspondem ao modo mais terrível dessas impulsões. Elas são recalçadas quando existe uma compaixão ativa dirigida aos pais, no momento da doença ou da morte deles. O luto pode manifestar-se por meio de um autoendereço de acusações quanto a sua morte (como na melancolia), ou de autopunições, sob o modo histérico, adquirindo o sujeito a mesma doença que matou os pais. Como podemos ver, a identificação produzida vai além de um modo de pensar e não nos desobriga de procurar o motivo. (Freud, 1886-1899/1969i, p.345).

Demarcado os traços estruturais entre o luto normal luto patológico e a melancolia passaremos em seguida, percorrendo o texto freudiano *Luto e melancolia*, a tratar mais especificamente dos traços melancólicos, tal como Freud os aborda. Utilizaremos também as referências do ensino lacaniano e de outros psicanalistas contemporâneos que estudam o tema da melancolia.

Retomando esse traço tão característico do quadro, que é o suicídio melancólico, Freud o retomará, não sem antes problematizá-lo. Assim, expondo-o em forma de enigma, trará em discussão o fato, apoiado em sua teoria do narcisismo, de que o amor que o ego tem por si mesmo é tão imenso que passa a ser descrito como o momento do “estado primevo” de toda condição da vida pulsional. A quantidade de libido narcisista liberada em situações que ameaçam a vida é tão vasta que se torna inconcebível a ideia de que o ego consinta com sua própria destruição.

Para Quinet (2006), a resposta freudiana, de que o ego só pode se matar se puder tratar a si mesmo como objeto, é efeito de um deslocamento feito da teoria do narcisismo para a teoria pulsional. Apresentando o verbo “torturar”, próprio ao melancólico, e recorrendo ao texto *As pulsões e seus destinos* de 1915, as três vozes da pulsão seriam: a voz ativa, a reflexiva e a passiva. Declinando o verbo “torturar” com as vozes da pulsão, teríamos, na voz ativa “Ele o tortura”, na voz reflexiva, “Ele se tortura”, e na voz passiva, “Ele é torturado”. Esse “Ele se tortura” corresponderia à “autotortura” própria da melancolia.

No tocante à cadeia significativa, de acordo com Lacan, o melancólico é aquele que se afasta, rechaça o inconsciente, e será essa rejeição da cadeia significativa que fará retornar do real a própria morte do sujeito, momento inaugural da linguagem. Mais uma vez para Lacan, o suicídio melancólico é a excitação maníaca, por meio da qual esse retorno se faz mortal (Lacan, 1974/2003, p.525). Dito de outro modo, o melancólico não se faz mais representar por essa cadeia, escapando no real a toda inscrição significativa.

Dessa forma, o sujeito melancólico se identifica com o buraco que falta no Outro, e o suicida não faz apelo ao Outro. E. Laurent, mencionado por Alberti (2009) apresenta como sua tese a caracterização do suicídio melancólico ser um ato fatal, sem apelo, que visa barrar o gozo

do Outro, estando o próprio sujeito na condição de objeto, a pagar com sua vida essa castração. O objeto *a* se apresenta sem as vestimentas narcísicas que lhe recobrem.

De acordo com Alberti (2009) trata-se no suicídio melancólico, de uma

(...) tentativa do sujeito de provocar a divisão do Outro, que não se efetuou em razão da forclusão do Nome-do-pai, fazendo com que o resto, o objeto *a*, não se constitua como êtimo. Não barrado, o Outro se constitui supereu persecutório, gozador, e torna o eu um puro objeto para seu gozo mortífero. (Alberti, 2009, p.11).

3.4.2 *Das Ding: identificação narcisista e a teoria lacaniana sobre o Objeto a*

Freud se refere pela primeira vez a *das Ding* no *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895. Por estar situado exterior ao pensamento, *das Ding* será designado como o inassimilável, como o que escapa ao juízo. Ferreira (2014), em um texto intitulado *Das Ding e Melancolia*, aponta que a primeira experiência de satisfação deixa uma marca na memória da criança, que será coordenada a partir de então pelo princípio de prazer. Uma marca não representável, portanto, estranha. A criança movida a reencontrar novamente esse seio da primeira experiência de satisfação, só poderá se deparar com a constatação de que esse objeto (o seio) se encontra perdido.

Assim, *das Ding* se constitui o primeiro exterior do sujeito, para o qual se orientará o desejo. A partir de Lacan, podemos situar a Coisa como *extimidade*, por se configurar como o mais íntimo e o mais estranho ao mesmo tempo. Embora não esteja constituindo o aparelho psíquico, nem por isso deixa de ter efeitos sobre ele. É como objeto estranho que *das Ding* irá se constituir o primeiro exterior e como que, ao seu redor, se organizarão as representações do sujeito.

Conforme já salientamos anteriormente, na melancolia não haveria a perda do objeto. Podemos nos perguntar então: como se daria o processo de *das Ding* na melancolia? Buscando em Lacan as referências sobre a psicose melancólica, como nas psicoses, não há extração do objeto *a* do campo da realidade, na melancolia haveria, no eu do melancólico, o retorno de *das Ding*, com o qual ele se identifica.

Na psicose, o gozo absoluto que se apresenta ao sujeito diz respeito a um Outro absoluto que poderá ser correlato a *das Ding*. Segundo Ferreira (2014), na melancolia o Outro absoluto se faria presente na autoinjúria alucinada, estaria no lugar da Coisa, ou seja, do inominável. O insulto que se dirige ao próprio sujeito, no dizer de Ferreira (2014), serviria para nomear a Coisa inominável.

Ferreira (2014), que se servindo de uma referência de E. Laurent a respeito da

identificação narcísica, afirma que tal regime identificatório só pode operar devido à forclusão do Nome-do-Pai, visto que a modalidade de retorno do gozo, denominada aqui como a Coisa que recai sobre o eu, é efeito da forclusão. Daí termos que entender a identificação narcísica como uma identificação psicótica. Portanto, alinha-se na mesma base a relação pura que o melancólico mantém com a Coisa e a identificação narcísica, pois é nessa identificação que se apresenta a relação mortífera que ele mantém com a Coisa.

Retomando a denominação freudiana de *das Ding*, teremos: a coisa, lugar vazio, furo no psiquismo, que não poderá ser preenchido por nenhum outro objeto. A partir do conceito freudiano de *das Ding*, Lacan irá desenvolver teoricamente o objeto *a* como o que constitui o vazio, encarnando o lugar de resto e função de causa de desejo. Assim o objeto que representa a coisa é sempre outro. Será em *O Seminário, livro 10: a angústia* (1962-1963/2005) que Lacan irá relacionar a angústia ao desvelamento do objeto *a* para o sujeito, isto é, a angústia é a tradução subjetiva do objeto *a*.

O objeto *a* se configura como o produto da entrada do sujeito na linguagem, divisão que permite que o sujeito advenha. A angústia surgiria no lugar da falta. Daí que quando a falta (que é estruturante) deixa de operar, emerge a angústia. Podemos nos perguntar como a falta poderia vir a faltar. A resposta se localiza na estratégia utilizada pelo neurótico. O sujeito neurótico coloca o objeto *a* do lado do Outro, transportando assim sua função, função causa de desejo, para o Outro. Portanto, o neurótico depositaria no Outro a função de causa de desejo, na esperança de que o Outro diga o que lhe falta.

Já na melancolia, a clínica nos ensina que o seu desencadeamento ocorre no encontro com a perda. Desde o *Rascunho G*, de 1895, Freud se volta para a perturbação da libido no quadro melancólico. A hemorragia libidinal pode ser lida como a morte do desejo; aliás, é essa a indicação freudiana da melancolia, quando formula a conhecida expressão “a sombra do objeto que recai sobre o eu” (Freud, 1886-1899/1969g), significando que a perda do objeto amado repercute para o melancólico como uma perda em seu próprio eu.

Nas palavras de Franco (2006), no ensino lacaniano, o objeto *a*, enquanto subtração de gozo e, conseqüentemente, como causa de desejo, é o que promove o dinamismo da libido. No melancólico, o objeto *a*, enquanto causa de desejo, não opera, não se inscreve, restando apenas a pura perda como empuxo ao gozo, um Outro gozo que se apresenta excluído do simbólico, do inconsciente, sobre o sujeito, deixando-o paralisado no isolamento, na abulia, no silêncio ou na passagem ao ato suicida, na catatonia, na vivência da pura dor de existir.

3.5 A droga como formação de ruptura com o gozo fálico

Desde a indicação da tese lacaniana sobre a droga como o que permite romper o matrimônio do corpo com o falo (Lacan, 1975) cada vez mais, nos deparamos com casos de abuso de drogas que nos chegam às instituições públicas com uma sintomatologia diferente da concepção do sintoma freudiano como formação de compromisso, ou da perspectiva lacaniana do rompimento do matrimônio do corpo com o falo. Ao contrário, como nos alerta Laurent, com a droga somos introduzidos “a uma ruptura com o gozo fálico” (Laurent, 2014, p.20), pois com a droga surge o gozo que se recusa passar pelo Outro.

Na neurose a ruptura com o gozo fálico pode se dar sem a forclusão do Nome do Pai, na psicose essa mesma ruptura já é dada de antemão, o que nos faz questionar qual é a função que a droga ocupa na psicose.

3.6 O Caso Clínico “Léia”: a impossibilidade de realização do Luto

Partiremos agora para a elucidação do caso clínico à luz dos conceitos freudianos, lacanianos e de outros psicanalistas renomados da clínica contemporânea que contribuem para pensarmos em uma clínica em que várias são as manifestações sintomáticas de um caso de psicose.

Embora o caso clínico apresentado neste trabalho tenha sido acompanhado em apenas quatro sessões, partimos da hipótese de se tratar de um caso de melancolia, ou seja, partimos da hipótese diagnóstica de uma psicose.

Para construirmos tal hipótese diagnóstica, baseamo-nos nos atendimentos realizados na primeira internação, em que estive como sua psicóloga de referência, bem como nos prontuários de outras internações que se seguiram na mesma instituição, totalizando quatro internações, além de uma passagem pelo acolhimento de crise (CAC) do hospital. Realizamos também contatos com profissionais de outras instituições de saúde mental para onde a paciente foi encaminhada após sua alta hospitalar.

O caso parte de uma situação de luto ocorrida com esse sujeito. O uso da cocaína, segundo as palavras da paciente, se iniciou após a perda do seu filho. Diz: “O uso da cocaína foi depois que perdi meu filho” Acrescente-se que antes da morte do filho, Léia fazia uso de álcool, e no ato de reconhecimento do corpo do filho, morto por afogamento, passou a saber que seu filho era usuário de cocaína. Tal informação teve nela um profundo impacto, que, pouco tempo depois, passou a usar abusivamente de cocaína, o que resultou em sua primeira

internação.

Recordemos que para Freud (1917[1915]/2010b) o luto é uma exigência da realidade, pois essa aponta para o fato de que o objeto de amor não mais existe. É essa constatação que promove a exigência do luto.

A melancolia, na concepção freudiana, representaria também um trabalho de luto, porém um trabalho de luto que não se conclui. Uma afirmação de Bogochvol (2008) é bastante esclarecedora nesse sentido, deixando entrever que será o tipo de resposta a essa perda que permitirá construir a hipótese diagnóstica entre neurose e psicose. Diz ele que, “diferentemente do regime de luto, em que o sujeito pode perder o que perdeu, o melancólico fica colado ao objeto, identificado, não pode perdê-lo” (Bogochvol, 2008, p.201). Portanto, não poder perder o que perdeu é um efeito da forclusão, apontando para o que é da ordem da psicose. Esse ponto se mostra importante frisar, já que não se trata aqui de denominar a melancolia como um luto patológico, como já mencionado anteriormente. Segundo Mazzuca (2004), o luto patológico abarca as depressões neuróticas e a melancolia é uma impossibilidade de realizar o luto.

Léia nos relata que o uso da cocaína, mesma droga utilizada pelo filho, se deu logo após a morte deste, momento também em que passou a saber através de sua filha, do uso de cocaína que ele fazia.

O objeto de amor ocupa o lugar de onde o sujeito se vê amável, situando o eu ideal para o sujeito, objeto imaginário com o qual o sujeito se identifica. Com a perda do objeto, há um remanejamento psíquico, em que a castração será desvelada pelo desaparecimento do objeto. Na melancolia, será essa perda do objeto, situado no ideal do eu, $I(A)$, que terá como consequência uma perda em seu eu, $i(a)$, fazendo com que o sujeito se depare, por efeito da forclusão, com o furo da significação fálica. Por não ter os recursos simbólicos que lhe permitiriam fazer o trabalho de luto, Léia se cola com a droga na tentativa de fazer UM com o objeto a . Léia retorna outras vezes para a internação, cujo motivo se repete em todas: a perda do seu filho. Não adere aos tratamentos, se queixa, reclama de sua filha, usa álcool e cocaína de maneira abusiva. Algo não se dialetiza; ao contrário, se torna fixo. Na melancolia, pelo esvaziamento do eu, há um domínio crescente do gozo.

A partir das contribuições de Lacan referentes ao gozo, podemos apreender a dor moral na perspectiva de Ségla, ou ferida narcísica na concepção freudiana ou dor de existir na referência lacaniana, como a dor em forma de gozo do Outro, pois não inclui a castração. O investimento libidinal retroagindo ao eu, através de uma identificação especular, na qual eu e outro se misturam. Origina-se assim a agressividade sem limites contra o próprio eu. Vemos, no caso de Léia, que a agressividade, por vezes de grande intensidade, ora se dirige para o outro

(a filha, o namorado), ora se dirige para si mesma (duas tentativas de autoextermínio, uma por ingestão de vários medicamentos e outra por cortes no pulso).

Se a indicação freudiana aponta que a sombra do objeto recai sobre o eu, sabemos, com Lacan, que o que recai é o gozo sem limites, sem barreiras do Outro. Nos relatórios dos prontuários, podemos acompanhar que Léia não realiza um desencadeamento clássico, pois na sua primeira internação é possível verificar que antes da morte do filho ela já fazia uso de grande quantidade de álcool, o que sugere que, de alguma maneira, já buscava tratar de maneira real sua dor de existir. Léia encontrava-se desempregada da função de cozinheira, vivendo apenas da pensão deixada pelo marido. Situamos que ela já estava tendo sucessivos desligamentos progressivos em sua trajetória, tendo ainda o filho como ponto de ligação com o Outro.

Em um dos seus comentários durante o atendimento realizado comigo, diz que seu filho ia buscá-la nos bares, sendo então ele um filho que “a protegia”. Qual é a função que esse filho realiza? Seria ele uma proteção, um anteparo contra um gozo avassalador?

Léia não mostra, em nenhum dos seus relatos, interesse em deixar de fazer uso do álcool ou da cocaína; pelo contrário, em um dos seus relatos, registrado em prontuário, coloca que não é dependente de álcool e de cocaína, “porque não atrapalha suas atividades sociais”, embora não mencione que atividades sociais seriam essas.

Entre as internações, Léia se dá conta de um elemento da estrutura, dito em um dos momentos de atendimento com seu médico: declara que o filho morto tinha por ela muito “carinho”. E acrescenta: “não consigo superar a morte do meu filho”.

Sobre a perda do marido, pai de seus dois filhos, nada diz durante o atendimento. Seu namorado é lembrado em duas situações. A primeira é referente às inúmeras brigas que teve com ele, sobre o que esclarece: “Bebi demais”. Na segunda, pelo registro de prontuário, o namorado é culpabilizado pela morte do filho, já que, segundo o registro, morou um tempo com esse namorado e o mesmo não permitiu que o filho viesse morar junto.

De seu filho morto, ela não traz os elementos que compõem o luto, a saber, as lembranças do objeto amado. Ressalta sua indignação em descobrir a verdade sobre o filho a respeito do uso da cocaína. Diz: “Me senti traída”. Verdade que se revelou insuportável e que lhe retorna, através do gozo toxicômano.

Há algum tempo, Leia não retorna ao hospital psiquiátrico. Para termos notícias do seu tratamento, entramos em contato com o Centro de Saúde de sua região. Pelos técnicos de referência, fomos informadas de que Léia “não comparece” aos atendimentos. Mantém-se somente com tratamento medicamentoso. A respeito de ser acompanhada em atendimento por algum profissional, a técnica de referência responde: “Ela fala que psicólogo não adianta para

nada”. Vale ressaltar que em uma de suas passagens pelo hospital, ao receber alta, Léia tentou retornar seu tratamento com o psicólogo do Centro de Saúde (fazer laço?), porém após a saída desse profissional, se tornou infrequente ao tratamento.

3.6.1 A condução do tratamento na perspectiva dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise.

O caso de Léia nos incita a questionar qual seria a eficácia dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise em uma instituição de saúde mental.

Para respondermos a essa pergunta, temos que fazer certos atravessamentos, como os que se referem às novas apresentações da psicose. Cada vez mais, verificamos a busca dos serviços públicos de saúde mental por sujeitos que fazem o uso abusivo de álcool e drogas e que mostram serem psicóticos.

Outra indicação é a nova condução das instituições psiquiátricas, que, após o movimento da luta antimanicomial, não mais internam durante longos períodos. Assim, servem para os processos psiquiátricos de crises, agudos. Tão logo passados esses processos, os pacientes são encaminhados para os serviços substitutivos de seus municípios, como os Cap’s (Centros de convivência), Residências terapêuticas, etc. Na instituição visitada durante esta pesquisa, o período médio de internação é de 21 dias, salvo determinados casos que constituem exceção.

Nessas instituições, a introdução dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise proporciona, ao nosso ver, a introdução da escuta, do singular do sujeito. Pois, ao tratarmos todos como “toxicômanos” ou “drogados”, não acompanhamos a trajetória desse sujeito no encontro com a droga. Com a escuta analítica, podemos perceber que não há qualquer registro nos prontuários médicos sobre a paciente, a respeito da “eleição” da cocaína, isto é, não há no discurso médico um lugar para o sujeito. Em nossa opinião, escutar que a cocaína foi “eleita” após a morte do filho e concomitante ao descobrimento de que seu filho fazia uso dessa droga, verdade até então desconhecida por Léia, torna-se central na condução do tratamento

Percebe-se também no caso como as instituições podem dificultar para o sujeito formas de se estabilizar, quando não levam em conta as produções e a fala desses sujeitos. Pensamos que a prática clínica orientada pela psicanálise lacaniana deva ir mais além do ideal de abstinência (e nem mesmo esse deva ser o centro da questão), mas trazer como operador um distanciamento entre os ideais terapêuticos das práticas psicológicas e psiquiátricas, para que possa emergir a particularidade do sujeito. Para Léia, mostram-se significativas, como dito anteriormente, suas tentativas de fazer laço. E a maneira como o vem fazendo é se endereçando

ao Outro institucional. Ter um Outro para quem possa vir falar da dor insuportável de sua perda parece ser o que pode servir como suplência para religar-se ao Outro.

Embora o termo suplência atravessasse grande parte do ensino Lacaniano, percorrendo desde o conceito de metáfora paterna, nos anos 50, até a clínica borromeana, na década de 70, sempre constatamos a suplência cumprindo uma função sintomática. Como na psicose, não ocorre a operação simbólica de extração do objeto *a* ou, em outros termos, há forclusão do significante Nome do Pai. Dessa forma, o psicótico terá que buscar outros recursos para operar uma regulação no excesso de gozo, como a passagem ao ato, a droga, a produção artística, a escrita, inibição, elaborações delirantes, etc. São respostas das quais o psicótico lança mão para se obter um novo arranjo com o gozo. Portanto, a suplência é o recurso do psicótico para se rearranjar com o gozo que se torna excessivo, invasivo, por não ser regulado pela função fálica.

Retornando ao caso clínico, nos períodos das internações posteriores, só há lugar para o sintoma, deixando o sujeito pressionado pela lógica da abstinência, sem qualquer trabalho de subjetivação. Em suas reintegrações, a paciente não retorna ao atendimento comigo, vai para outras enfermarias ou setores do hospital, impossibilitando o trabalho transferencial. Ponto bem percebido pela paciente, que diz, em dos seus encontros com os médicos, de sua vontade de sair do hospital, pois, segundo seu dizer “aqui não tem remédio para o alcoolismo”. Qual seria o remédio buscado por Léia? Apostamos que o “remédio” para Léia é construir, via instituição, seu laço para com o campo do Outro.

3.7 Efeitos Terapêuticos Rápidos em Psicanálise

Miller (2001), a partir do ensino de Lacan, procura diferenciar o que seria psicanálise pura e psicanálise aplicada à terapêutica. A seu ver, o problema estaria na relação da psicanálise com a terapêutica, entre a psicanálise e a psicoterapia. Em nome da terapêutica, o risco é de haver “confusão” sobre o que é psicanálise e o que não é psicanálise. Dessa forma, a psicanálise pura teria como finalidade a formação do analista e a psicanálise aplicada à terapêutica teria como finalidade tratar do sofrimento do sintoma, sem a exigência de que o procedimento seja levado até o final, ponto no qual se produz o psicanalista. Portanto, a psicanálise aplicada à terapêutica visa o sintoma.

Em uma entrevista que concedeu à televisão, Lacan apresentou como resposta que para ele a psicoterapia se encontra no campo do sentido, do bom-senso, onde a fala escamoteia o inconsciente, o gozo, a fantasia. Situa-se na dimensão da compreensão, do enunciado e não da enunciação.

A respeito da diferença entre psicanálise pura, psicanálise aplicada à terapêutica e da psicoterapia, Miller (2013) retoma novamente em outro seminário, dessa vez marcando sobre a posição que ocupa o psicanalista e o psicoterapeuta, que não é a mesma. Assim elucida:

A prática da escuta sempre especula um efeito sobre o poder próprio de quem se instala em posição de ouvinte, e faz do ouvinte advertido dessa propriedade, que se sustenta então dessa posição assimétrica, um mestre, o mestre do outro, o mestre daquele que se faz escutar. (Miller, 2013, p.48/tradução livre¹⁰).

Assim, Miller especifica que o psicanalista e o psicoterapeuta não fazem o mesmo uso do poder que lhes é atribuído pela posição assimétrica da escuta. Se na psicanálise (e aqui estamos nos referindo tanto à psicanálise quanto à psicanálise aplicada à terapêutica) há o propósito terapêutico, o psicoterapeuta toma o sintoma como aquilo que não anda e buscará ratificar o desajuste do sintoma com a realidade e o analista não ratifica o desajuste do sintoma com a realidade coletiva. Retomando, Lacan dirá que é isso que o analista não deverá ser, pois a posição do psicanalista é não ratificar a realidade coletiva (Miller, 2013).

Podemos extrair dessas considerações que a psicanálise aplicada à terapêutica não desabona o psicanalista do seu ato, mesmo que em uma prática que não esteja conforme o *setting* analítico, haja visto que não é o conjunto de regras e padronizações que legitimam a psicanálise, mas trata-se de uma ética que é norteadada pelo desejo do analista.

Os efeitos terapêuticos rápidos dizem respeito à psicanálise aplicada. Eles podem incidir principalmente nas instituições que, na contemporaneidade, se tornam as maiores demandantes dessa modalidade de atendimento ao analista. Isso não significa confundir os efeitos terapêuticos rápidos com a psicoterapia breve, já que são os mesmos princípios de uma psicanálise. Ao contrário, a segunda propõe uma definição *a priori* do que deveria ser tratado, almejado com o tratamento.

Daí uma distinção importante a se fazer entre os efeitos terapêuticos rápidos e as psicoterapias. Quem diz que houve o efeito terapêutico rápido é o sujeito. Não há na psicanálise uma definição do que seja terapêutico válido para todos. É preciso verificar o que seja terapêutico em cada caso, o que implica na singularidade de cada sujeito. No caso aqui apresentado a partir da escuta desse sujeito em sofrimento, foi possível elaborar em palavras o que significou para Léia a perda de seu filho.

Ao dizer ter perdido “um pai”, inseriu a perda na cadeia significante, podendo abordá-

¹⁰ “La práctica de la escucha siempre especula em efecto sobre el poder próprio de quien se instala em posición de oyente, y hace del oyente advertido de esta propiedad, quien se sostiene entonces em esta posición disimétrica, um amo, el amo del otro, El amo de aquel que se hace escuchar.” (Miller, 2013, p.48).

la de maneira simbólica. Diferentemente de como vinha até então tratando sua perda, somente pelo viés da droga. Não se busca tanto modificar o sintoma, como diz Miller (2013) ratificar o desajuste do sintoma com a realidade coletiva, mas implicar o sujeito no seu sofrimento.

Sabemos que no mundo de hoje a psicanálise não se limita mais aos consultórios, está presente nas mais diversas instituições, através da psicanálise aplicada. Visto que a realidade do atendimento clínico dispensado aos pacientes na instituição onde se realizou a pesquisa é configurada por um serviço público de curta permanência, em muitos casos não é possível, nesse período de atendimento, obter os elementos suficientes que permitam delimitar um diagnóstico estrutural.

Diante da descrição acima, questionamo-nos qual o tratamento possível e seus efeitos, em uma instituição psiquiátrica cuja orientação se baseia em um dos princípios de saúde mental, o da brevidade da internação. Assim, surge um movimento liderado pelo psicanalista francês J.A. Miller, que pretende abrir a discussão sobre as demandas de efeito terapêutico rápido dirigidas ao analista. Nesse espaço, o sujeito é convocado a falar para que produza uma subjetivação de sua queixa, do seu mal-estar.

Em referência ao trabalho analítico, Miller propõe a noção de “ciclo”, de maneira que uma análise possa se iniciar, terminar e reiniciar-se, refazendo-se assim o percurso em um novo momento. Aponta o equívoco de pensarmos a análise como infinita e diz que Lacan já encerrara essa ideia, quando compreendia uma análise como terminável. Assim expressa:

É que tendemos a pensar a análise como um processo infinito, porém para Lacan uma análise é perfeitamente terminável, e essa é a prova, é como uma análise em redução. (Miller, 2008, p.57).

Nesse sentido, esse caráter finito traz em si mesmo uma completude que pode ser encerrada em um único ciclo, ou melhor, em cada ciclo. Espera-se que o sujeito possa fazer um remanejamento subjetivo, uma redução do gozo implicado no seu sintoma, relançando a partir daí um novo ciclo na direção do tratamento.

O movimento do paciente, de deixar de estar alheio a sua queixa, é um novo momento que o leva a uma nova posição frente ao seu modo de gozo.

A fim de tratarmos caso a caso, sobre os quais se fundam o método psicanalítico, pretendemos apontar o que torna cada caso clínico único, não se confundindo essa prática com uma “gestão do mal-estar” do sujeito, em que a dimensão singular do sintoma é reduzida a técnicas de adequação, adaptação.

A título de demonstração da ética psicanalítica relativa a um caso clínico atendido em três sessões, será destacado da conversação clínica em Barcelona sobre os efeitos terapêuticos

rápidos o caso denominado *O casamento triangular*, apresentado por Antoni Vicens. A partir da escuta de uma jovem mulher de 30 anos, o atendimento breve (3 sessões) produziu como efeito terapêutico o consentimento subjetivo de aceitar um trabalho profissional.

Marta procurou o CPCT (Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamento) pelo motivo de encontrar uma saída para um ponto de angústia que a bloqueava. Tinha 30 anos, era casada e tinha três filhas. Ela seu marido e suas filhas vieram da Argentina e chegaram à Espanha quando a filha menor acabara de nascer. Marta começou a fazer estudos universitários e logo os deixou. Não trabalhava, envolveu-se com drogas, foi se aproximando de uma situação de marginalidade. Havia conhecido seu marido nesse contexto e, durante muito tempo, viveu em função dele, das filhas e de sua sogra. O psicanalista que conduziu o tratamento partiu de três escansões: (1) momento do abandono dos estudos e da entrada na dependência química; (2) casamento e início da sua dependência em relação ao marido, e (3) uma mudança de posição.

Passa, em seguida, a se referir às três sessões que teve com Marta. Na primeira sessão, havia a angústia e a conjuntura em que se encontrava. “Despertou” para o que estava vivendo com o marido, uma vivência insuportável, em que era verbalmente maltratada por ele. Queria se separar, mas se encontrava sozinha, não trabalhava, e o marido dizia que estava tudo bem e que ela estava louca por querer se separar.

O marido encontrava-se dominado por sua mãe, uma mulher que se fazia onipresente. Ela viajava com frequência da Argentina para ficar com eles durante meses. Ele não fazia nada sem que ela soubesse. O “despertar” do qual falara Marta referia-se ao momento em que lhe apareceu, de maneira clara, a coação constante, inaceitável que sua sogra exercia em relação ao seu desejo, e o intolerável papel de terceiro que essa mulher desempenhava para o casal. Vai se revelando nas entrelinhas do relato que o marido era o torturador, e ela, a vítima, um fio de sentido ao contrário, o marido não se preocupava em regularizar sua situação legal na Espanha, ficando, com isso, sem documentação. Marta tinha o processo de concessão de nacionalidade avançado, pois demonstrou ser neta de espanhóis, pelo lado materno e paterno.

Na primeira sessão, o analista pontua a repetição que Marta viveu aos 21 anos com a morte de sua avó materna, momento em que suspendeu a assunção de sua maioridade. Nessa época, usou cocaína, deixou os estudos, separou-se de um companheiro e encontrou seu atual marido.

À segunda sessão ela compareceu vestida com uma camiseta na qual se lia *No Stress*, e relatou uma segunda repetição. Falou de suas três filhas, a primeira desejada, a segunda e a terceira, não. Sabia que devia tomar uma decisão, somente lhe faltava se sentir mais forte e também dar algum passo em direção à independência econômica.

Na terceira sessão, Marta contou algo mais sobre sua avó materna: quando ela morreu, ela foi a única neta que cuidou do seu túmulo. Contou a uma amiga que havia estado chorando, e está lhe replicou que até então nunca a tinha visto chorar. Marta se lembrou de não ter chorado quando sua avó morreu, e não voltou a fazê-lo nunca mais até esse momento. Parece, pois, um luto não realizado, deixado em suspenso.

Ressaltou-se que era possível que lhe oferecessem trabalho. O psicanalista que a atendeu relata que a última história que a paciente contou contém um enigma sobre o pai. Seus pais vieram a Barcelona, para estar com ela, e também para visitar seus lugares de origem.

Quando, nas visitas, estavam passando pelo local de origem do pai, este teve um ataque súbito de fúria, insultando Marta. Ponto estrutural, que manifesta a repetição: ser insultada pelo marido, ser insultada pelo pai. Devido à reação inusitada do pai de Marta, interromperam a viagem e voltaram, sem terem chegado ao povoado do qual o pai procedia. Assim, antes da realização da quarta sessão, Marta entrou em contato para avisar que lhe tinham oferecido trabalho e que, por isso, não poderia ir.

Esse caso demonstra, com muita clareza, que os efeitos terapêuticos ocorrem, sem que isso signifique que uma psicanálise seja levada a termo. Em três sessões, a paciente consente, subjetivamente, em aceitar um trabalho. O fator temporal permite à paciente retificar algo de sua relação com o Outro. Assim “despertou” para o casamento triangular que se formou marido/mãe/ela, em que percebe que a vinculação essencial é com a mãe.

Verifica-se, no comentário de Miller, que Marta só pôde suportar seguir casada com seu marido, que está casado com sua mãe, porque estar ela mesma casada com sua avó morta.

Havia, então, dois casais, o marido com a mãe e ela com a avó morta. Esses eram os vínculos que contavam e que davam uma aparência de casal a ela e seu marido. E são esses vínculos que se desfazem em três sessões. Vir com a estampa da camiseta, na segunda sessão, aponta que o *No Stress* pode ser lido como “Não três”. Esses tratamentos, tal como o descrito, são “breves, autênticos e completos a sua maneira.” (Miller, 2008, p 56).

Podemos constatar que os pontos de *capiton* fecham um ciclo da análise. E funcionam como efeitos terapêuticos ao darem ao sujeito um novo ponto de referência. O sujeito poderá retornar em outro momento, com outra questão, e percorrer outro ciclo. Isso envolve uma lógica do tempo, que é a lógica do encontro do sujeito com a causa. Isso se repete a cada ciclo, todavia, uma repetição que se dá de outra forma. Os ciclos indicam que a análise é finita e pode terminar várias vezes.

Ao vir direcionar sua demanda de cura para a instituição, a prática clínica dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise pode contribuir para descompletar o Outro (instituição), na

medida em que proporciona interrogar os saberes das especialidades e das classificações universalizantes dos manuais internacionais, como o DSM e o CID.

4 CONCLUSÃO

O interesse pelo tema deste trabalho, como mencionado, partiu da prática de atendimento em uma enfermaria feminina a pacientes internados em um hospital psiquiátrico da rede pública de Belo Horizonte. Esse hospital, orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica, mantém como um destes princípios, a brevidade do período de internação.

Na prática de atendimento, constatou-se um número expressivo de pacientes que eram internadas pelo uso abusivo de álcool e drogas. Dentre essas pacientes, encontramos Leila, fio condutor de nossa investigação, que utilizava abusivamente de álcool e cocaína. Era sua primeira internação em um hospital psiquiátrico, embora já fizesse uso dessas substâncias há quatro anos antes.

Diante desse fato, surgiram algumas interrogações referentes à modalidade de atendimento para pacientes que utilizam abusivamente de álcool e drogas, em uma instituição que preconiza a brevidade de internação. O que seria possível fazer, em um atendimento orientado pela psicanálise lacaniana? Como sair do *setting* analítico, do atendimento convencional, sem comprometer a ética da psicanálise?

A partir do que foi discutido ao longo deste trabalho, a toxicomania, diferentemente do contexto à época de Freud, constitui uma resposta dada ao mal-estar na cultura.

Contudo, no contexto contemporâneo, pelo discurso da ciência e do capitalismo, se forma sociedade de consumo, que, por sua vez, proporciona aos sujeitos um excedente de gozo, isto é, produz sujeitos que não são marcados pelo desejo, pela falta, mas por uma falta a ser preenchida pelos objetos produzidos pela ciência, objetos também denominados *gadgets*.

Por consequência, oferece-se uma resposta universal a todos, que é a resposta pela via do consumo. A droga, nesse contexto, torna-se objeto privilegiado de gozo. No entanto, a singularidade (para que serve a droga para esse sujeito?) sugere diferenças em relação ao seu uso.

Localizar a função da droga para o sujeito se constituiu, para nós, essencial em um tratamento psicanalítico de curta duração, como os realizados em instituições de saúde mental que se orientam pelos referenciais da reforma psiquiátrica.

O termo “desencadeamento da toxicomania”, utilizado pelo psicanalista Fábian Naporstek (2008), refere-se ao momento pontual na economia psíquica do sujeito no qual podemos localizar uma mudança: do uso localizado, específico da droga, passa-se para o uso desagregador. Embora a droga possa cumprir múltiplas funções na estrutura, sua função na economia psíquica encontra-se articulada com tal estrutura. Portanto, cabe situar a estrutura

psíquica e também a função que a droga cumpre nessa estrutura.

Conjuntamente com as internações posteriores, registros de prontuário e contato com outros serviços de saúde, essas indicações acima mencionadas foram de suma importância para orientar o tratamento de Léia, principalmente para se chegar ao diagnóstico de uma psicose melancólica.

Ao privilegiarmos a subjetividade da paciente, pudemos saber que o momento de desencadeamento da toxicomania se deu com a morte do filho e com a descoberta concomitante de que ele fazia uso de cocaína. Essa descoberta denominada pela paciente de “traição”, por efeito de estrutura, lhe retorna de maneira devastadora, através do gozo toxicômano.

Através do caso clínico, pudemos observar como pode se configurar um problema para o sujeito, principalmente nos casos de psicóticos que aderem ao uso de drogas, a instituição orientar seu tratamento exclusivamente pelo uso de psicofármacos, não levando em conta as produções desse sujeito.

Buscamos, com a orientação lacaniana, extrair o sujeito do uso abusivo de drogas, ou seja, é o próprio sujeito que nos dirá como foi seu percurso singular no encontro com a droga. Como já mencionado, Léia já utilizava o álcool como uma maneira de tratar o real de sua dor de existir. Porém, o uso da cocaína surgiu nesse momento pontual da perda do filho.

Como efeito terapêutico rápido, podemos situar o momento em que, nos atendimentos realizados comigo, pela primeira vez, Léia tenta localizar simbolicamente a perda, dizendo o que a mesma significou para ela: “Perdi um pai”.

Nas internações subsequentes, a paciente foi encaminhada para outra enfermagem, com outros profissionais, dificultando estabelecer a transferência e suas tentativas de estabilização.

De acordo com os registros de prontuário, observamos que o tratamento se baseava apenas no ideal da abstinência, negligenciando a estrutura e a função que a droga cumpre nessa estrutura.

Retomando Miller (2013), as tentativas posteriores de tratamento com a paciente tinham como objetivo ratificar o sintoma em relação à realidade social. Pressionada pela lógica da abstinência, sem nenhum trabalho de subjetivação, a paciente manifesta querer ir embora, por não ter medicação contra o alcoolismo.

Temos como hipótese que a maneira de fazer suplência, nesse caso, passe pelo endereçamento ao Outro institucional para falar da dor de sua perda.

Cada vez mais, a psicanálise aplicada torna-se frequente nas instituições de saúde mental, devido à demanda crescente dirigida aos analistas de hoje.

Miller (2013), retomando a distinção entre psicanálise pura, psicanálise aplicada e

psicoterapia, busca especificar a diferença entre o psicanalista e o psicoterapeuta. Ambas, psicanálise pura e psicanálise aplicada, visam, como o psicoterapeuta, o sintoma.

Porém, o psicoterapeuta buscará ratificar o desajuste do sintoma, conforme a realidade social. Já o analista, que não deverá ratificar o sintoma, se norteará por uma ética baseada no seu desejo.

Através da psicanálise aplicada, a teoria dos efeitos terapêuticos rápidos, definida por Miller (2001) como uma análise em redução, busca realizar um ciclo, descrito da seguinte forma: inicia, termina e reinicia-se.

No decorrer deste trabalho, restaram questões sobre a relação do uso da droga com o luto, e mais além, com o processo melancólico.

Se durante suas passagens pelo hospital psiquiátrico, Léia em nenhum momento diz querer deixar de fazer uso da droga, podemos pensar a droga como um *sinthoma*? Poderíamos considerá-la uma amarração dos três registros, real, simbólico e imaginário, conforme a teoria borromeana? Haveria outras articulações possíveis? Como realizar um tratamento sob a perspectiva dos efeitos terapêuticos rápidos, em um caso que possui a interface entre psicose e toxicomania, como atravessamento do Outro institucional que determina a alta médica?

São questões a serem retomadas em pesquisas posteriores.

Ressaltamos que a psicanálise aplicada, da qual derivam os efeitos terapêuticos rápidos, não se reduz aos imperativos de resultados em curto prazo. Não se trata de avaliar o terapêutico por vias estatísticas, da produtividade ou das metas adaptativas.

Diferente das outras abordagens terapêuticas, de acordo com o ensino lacaniano, os efeitos terapêuticos rápidos buscam se orientar na clínica, pelo impossível, pelo real, o que sempre remete a novas possibilidades de tratamento.

Ao se concluir um ciclo, deve ser considerado um trabalho de subjetivação, diante do seu sintoma e da perda de gozo que se traduz por uma mudança subjetiva.

Ao analista cabe operar a partir da ética da psicanálise, não respondendo com a normatização, mas proporcionando o acolhimento do singular e possibilitando que cada um possa se responsabilizar pelo seu modo de gozo.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Contra capa.
- Bercherie, P. (1980). *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bogochvol, A. (2008). A melancolia. In: *Scilicet: Os objetos a na experiência psicanalítica* (p.201). Belo Horizonte: Scriptum.
- Bogochvol, A. (2014, novembro). Bipolar, maníaco, depressivo. *Opção Lacaniana online*, 5(15), 1-20. Recuperado de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/Bipolar_maniaco_e_depressivo.pdf
- Breuer, J., & Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Carone, M. (1995). Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. In: Schreber, D. P. *Memórias de um doente dos nervos* (pp.7-19). São Paulo: Paz e Terra.
- Clastres, G. (1992, abril). Sobre o luto. In: *Simpósio do Campo Freudiano*. Comissão editorial dos Papéis do Simpósio.
- Cotard, J. (1999). Do delírio das negações. In: Quinet, A. (Org.). *Extravios do desejo: depressão e melancolia* (pp.45-56). Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria. (Trabalho original publicado em 1882).
- Ferreira, M. F. (2014). *A dor moral da melancolia*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Franco, I. F. (2006, maio). Melancolia: de Freud a Lacan a dor de existir. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology online*, 6(1), 105-115. Recuperado de http://pt.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/melancolia_de_freud_a_lacan.pdf
- Freud, S. (1969a). As neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1969b). Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914-1916).
- Freud, S. (1969c). Mal-estar da civilização. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1969d). O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911-1913)

- Freud, S. (1969e). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).
- Freud, S. (1969f). Rascunho E. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.261-269). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).
- Freud, S. (1969g). Rascunho G. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.275-282). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).
- Freud, S. (1969h). Rascunho H. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.283-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).
- Freud, S. (1969i). Rascunho N. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).
- Freud, S. (1969j). Tipos de desencadeamento da neurose. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1969k). Totem e Tabu: alguns pontos de concordância entre a vida mental dos selvagens e dos neuróticos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913-1914).
- Freud, S. (1969l). Um estudo autobiográfico, inibição, sintoma e angústia, análise leiga e outros trabalhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925-1926).
- Freud, S. (2010a). O inconsciente. In: *Obras Completas* (Vol. 12, pp.99-150). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010b). Luto e melancolia. In: *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 170-194). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).
- Freud, S. (2011). *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920-1923).
- Freud, S. (2014). *Conferências introdutórias à psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Gianesi, A. P.L. (2011). *Causalidade e desencadeamento na clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume.
- Guerra, A.M.C A (2010). *Psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Jorge, M. A. C. (2010). A clínica da fantasia. In: *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan* (Vol. 2, pp.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975). Jornadas sobre Cartéis de abril de 75. In: *Documentos para uma Escola, 0, Revista Letra Freudiana* (circulação interna).

- Lacan, J. (1981). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (1985a). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1954-1955).
- Lacan, J. (1985b). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1975).
- Lacan, J. (1989). *Shakespeare, Duras, Wedekind, Joyce*. José Martinho (Org.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998a). A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1998b). Ciência e Verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (2003). Televisão In: *Outros escritos*. Editora Zahar. Rio de Janeiro (Trabalho original publicado em 1974).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1968-1969).
- Lacan, J. (2012). *O seminário, livro 19: ...ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1971-1972).
- Laurent, É. (2014). Três observações sobre a toxicomania In: *Tratamento possível das toxicomanias com Lacan*. Mezêncio, M., Rosa, M., & Faria, W. (Orgs.). Belo Horizonte: Scriptum.
- Mazzuca, R. (2004). *Cizalla del corpo y Del alma*. Buenos Aires
- Miller, J. A. (1997). Para uma investigación sobre el goce autoerótico. In: Sinatra, E., Stllitti, D. & Tarrab, M. (Comp.). *Sujeto, goce y modernidade: fundamentos de la clínica, toxicomanía y alcoholismo* (pp.13-21) Buenos Aires: Atuel-Tya.
- Miller, J. A. (2001). Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia. *Revista Phoenix*, 3, 9-43.
- Miller, J. A. (2004, 23 a 27 de abril). A Ordem Simbólica no Século XXI. In: *4 Congresso da Associação Mundial de Psicanálise*. Comandatuba: Associação Mundial de Psicanálise.
- Miller, J. A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Scriptum,

- Miller, J. A. (2013). *El lugar y el lazo*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2014). *Um real para o século XXI*. In: *11 Congresso da Associação Mundial de Psicanálise*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Scriptum.
- Miller, J. A. y otros. (2010). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica* (4a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Mucida, Â. (2006). *O inconsciente não envelhece*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica com toxicomania y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Quinet, A. (1999). Fenômenos elementares e delírio na melancolia para Jules Séglas In: *Extravios do desejo: depressão e melancolia* (pp.77-84). Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2011). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2013). *Os Outros em Lacan* (Coleção Psicanálise). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (Org.). (2001). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Marca d'Água.
- Rego, C. M. (1992). O luto do falo em Hamlet: tragédia, comédias e final de análise. In: Murano, D. (Org.). *Circulação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Rosa, M. (2008). A voz de Elis Regina ou o trabalho do luto e seus registros. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 212-218.
- Soler, C. (2012). *Seminário de leitura de texto 2006/2007: Seminário A angústia, de Jacques Lacan*. São Paulo: Escuta.
- Souza, M. F. G. (2013). *O sujeito da psicanálise: interlocução de Jacques Lacan com Descartes, a teoria da ciência moderna e o estruturalismo*. Curitiba: Appris.
- Vieira, M. A. (2008). *Restos. Uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa.