



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

AMANDA SOARES DIAS

**“DESEJO, REMÉDIO PARA A ANGÚSTIA”: A PSICANÁLISE NOS
CONTEXTOS DA SAÚDE MENTAL**

Brasília

2024

AMANDA SOARES DIAS

**“DESEJO, REMÉDIO PARA A ANGÚSTIA”: A PSICANÁLISE NOS
CONTEXTOS DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em Psicologia pela
Universidade de Brasília

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina Maesso

Brasília

2024

AMANDA SOARES DIAS

**“DESEJO, REMÉDIO PARA A ANGÚSTIA”: A PSICANÁLISE NOS CONTEXTOS DA
SAÚDE MENTAL**

Banca examinadora:

Presidente: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Maesso

Universidade de Brasília

Membro interno: Prof.^a Dr.^a Daniela Scheinkman Chatelard

Universidade de Brasília

Membro externo: Prof.^a Dr.^a Valdelice Nascimento de França

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Suplente: Prof.^a Dr.^a Eliana Rigotto Lazzarini

Universidade de Brasília

*Aos meus pais, Astolfo e Lucélia, que apoiam
incondicionalmente meus projetos e que apostaram
nos estudos como um dos melhores recursos que
poderiam me oferecer.*

À Babi (in memoriam), por tanto amor, tanto amar.

AGRADECIMENTOS

À Márcia, minha orientadora, pelo acolhimento concedido desde meus primeiros passos em direção a esta pesquisa, pelo apoio nos momentos de vacilação e por acreditar nas minhas construções;

Às participantes da comissão examinadora desta dissertação, por aceitarem o convite para a leitura e análise deste trabalho, oportunizando o compartilhamento do produto final da minha pesquisa;

À turma de Teorias Psicanalíticas II, tanto às alunas quanto à parceira de estágio, Giulia, pela companhia no estudo da temática da angústia vinculada à investigação da clínica psicanalítica nos contextos não tradicionais, e sobretudo pelas suas inquietações, questionamentos e interpretações da teoria, que nos fizeram avançar;

Aos meus pacientes, pela convocação à pesquisa e à escrita;

Aos colegas do grupo de pesquisa, especialmente aos muitos que souberam ser gentis e generosos na escuta e também no compartilhamento de suas próprias produções, por terem participado da edificação deste trabalho e testemunhado a assunção dos riscos de minhas elaborações;

À Gabriela, minha analista, pela escuta sensível e eficaz, que me auxilia a seguir fiel ao meu desejo;

À Lucélia, Astolfo e Augusto, minha família, pelo vínculo perseverante durante o tempo em que estive ausente para me dedicar a este trabalho, transmitindo segurança e amor;

Ao Daniel, meu companheiro, pela presença no percurso desta pesquisa, seja nas trocas intelectuais entre psicanálise e antropologia e nas leituras deste trabalho, ou no abrigo do abraço e das palavras;

Aos(às) numerosos(as) amigos(as) - seria extravagante mencionar a cada um(a), pelo suporte que me oferecem no compartilhar da vida, ao emprestar seus ouvidos, oferecer seu colo e ampliar minhas possibilidades de estudar e vivenciar esse fenômeno tão pungente e inescapável que é o de angustiar-se;

À Kátia, colega de trabalho e amiga, pela perspicácia e competência no exercício de sua função de chefia, sabendo cumprir os aspectos regimentais da instituição em que trabalhamos sem impor barreiras aos meus primeiros investimentos nesta pesquisa;

À Michelline, minha médica, pelo carinho no cuidado à minha saúde;

À Universidade Pública, que há mais de uma década faz parte do meu percurso via diferentes instituições, por proporcionar meu acesso a uma formação de base que avançou para além da técnica, permitiu meu letramento sobretudo enquanto cidadã e tornou-se o local que escolhi para desenvolver minha profissão; um espaço ao qual retornei como estudante através do mestrado, devido à necessidade de uma formulação que acomodasse meu desassossego em meu vínculo com a cultura.

Preciso ser um outro

para ser eu mesmo

...

Existo onde me desconheço

aguardando pelo meu passado

ansiando a esperança do futuro

No mundo que combato

morro

no mundo por que luto

nasço

Mia Couto, 1977

RESUMO

O propósito desta dissertação é explorar a clínica psicanalítica que se desenvolve em contextos que não são apenas os tradicionais consultórios, empregando como condutor teórico a temática da angústia conforme o ensino de Jacques Lacan e partindo da proposição da angústia como um fenômeno indissociável da estruturação da subjetividade e um conceito de notável valor clínico. O estudo teve como ponto de partida os atendimentos clínicos em uma instituição pública, que conduziram à indagação acerca das possibilidades e implicações de um fazer psicanalítico naquele contexto, cujos discursos acerca do sujeito e do tratamento contrastam com o psicanalítico. Para organizar e articular a investigação pretendida, o trabalho foi dividido em três partes: na primeira, com o objetivo de viabilizar o uso da temática da angústia, apresenta-se a constituição do sujeito em dependência do Outro, processo que ocorre simultaneamente à formação do *objeto a*, fundado enquanto perdido e determinante para as relações do sujeito com o desejo; na segunda parte, a temática da angústia é explorada por meio de conceitos oriundos do ensino lacaniano, sobretudo no Seminário pronunciado entre 1962 e 1963; na terceira e última parte, aborda-se a clínica psicanalítica conforme o recorte que delimita esta pesquisa, utilizando os conceitos desenvolvidos nas duas primeiras partes para apresentar fragmentos de construções clínicas oriundas de um contexto institucional, e produzindo uma reflexão acerca da inserção da psicanálise nos locais determinados pela discursividade do campo da saúde mental. Dessa maneira, inicia-se com uma exposição que discorre sobre o sujeito, para explorar o modo como seu tratamento pode ser dirigido em um contexto institucional, habitualmente determinado por uma epistemologia dominante que destoa da psicanalítica. Ao tomar como ancoragem a abordagem teórico-conceitual lacaniana da angústia, procurou-se fundamentar a reflexão sobre os desdobramentos da clínica psicanalítica

contemporânea enfatizando a escuta analítica como a ferramenta central desse tratamento que tem o desejo em seu cerne.

Palavras-chave: angústia; desejo; psicanálise; saúde mental; clínica contemporânea.

ABSTRACT

The following master thesis has as its focus to explore the psychoanalytic clinic in contexts that are not just the traditional clinic, having as a theoretical guide the theme of anguish as taught by Jacques Lacan, considering anguish as an inseparable aspect of the subjectivity and also a concept of clinical value. This study's starting point was a clinical work in a public institution, that led to the question about the possibilities and implications of psychoanalytic practice in that context, whose speeches were different from the psychoanalytic. In order to organize and articulate this investigation, this work was divided into three parts: the first one intends to enable the use of the theme of anguish, so the constitution of subjectivity is presented as a process that occurs simultaneously with the formation of the object that is founded as lost and is central for the relations with desire; on the second part, the theme of anguish is explored through concepts of lacanian teaching, mostly from 1962 to 1963; in the third and final part of this work, the psychoanalytic clinic is approached according to the outline that delimits this research, using the concepts introduced before to present clinical constructions from an institutional context, producing a reflection of psychoanalysis practice in places determined by the discursiveness of mental health. In this way, it begins with an exposition about the formation of subjectivity, going to an exploration of how the psychoanalytic treatment can be orientate in an institutional context, which is usually determined by a dominant epistemology that clashes with psychoanalysis. By taking lacanian conceptualization about anguish as a grounding, we aim to provide a basis for reflection about contemporary psychoanalytic clinic, emphasizing the act of listening as the central instrument of a treatment that focuses on desire.

Keywords: anguish; desire; psychoanalysis; mental health; contemporary clinic.

SUMÁRIO

Introdução	13
Capítulo 1 – O sujeito e o outro: constituição da subjetividade	18
1.1. A teoria do estágio do espelho e seu modelo, o esquema óptico	20
1.2. Eu Ideal e Ideal do Eu	29
1.3. O <i>Objeto a</i> , objeto causa do desejo.....	34
Capítulo 2 – A temática da angústia: uma leitura a partir de Jacques Lacan.....	42
2.1. A certeza assustadora da angústia	45
2.2. O <i>Unheimlich</i> e a falta da falta.....	47
2.3. A angústia como defesa: sinal do desejo do Outro	49
2.4. A função mediana da angústia entre gozo e desejo.....	52
2.4.1. <i>O gozo do Outro, a demanda e o aniquilamento do sujeito</i>	54
2.5. A fantasia encobre a falta, mas nela se sustenta.....	56
2.6. Na direção de um “remédio” para a angústia.....	59
Capítulo 3 – A clínica: da angústia ao desejo	63
3.1. A clínica psicanalítica nos contextos da saúde mental.....	67
3.1.1. <i>A Demanda, ou “todos estão fazendo, menos eu”</i>	73
3.1.2. <i>O gozo [do] Todo-poderoso e a asfixia do desejo</i>	79
3.1.3. <i>A Fantasia: uma falta “branda”</i>	83
3.1.4. <i>A questão sócio-política da(s) clínica(s) e o “vazio” estrutural</i>	88

3.2. Observação sobre os diagnósticos	96
3.3. Comentário sobre a transferência.....	107
3.4. A angústia e a direção do tratamento	113
Considerações Finais	125
Referências.....	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O esquema óptico	22
Figura 2 – Esquema óptico simplificado	36
Figura 3 – A Banda de Moebius	40
Figura 4 – Quadro da divisão significante do sujeito.....	52
Figura 5 – Quadro da angústia	117

Introdução

O presente trabalho teve origem em uma inquietação, que culminou na decisão de pesquisar. Há um aspecto de convocação na raiz deste texto, demarcando algo de uma urgência e – por que não dizer? – de angústia. Ter me ocupado do desejo, na teoria, ao abordar a angústia, tem relação com o caminho conceitual obrigatório para o estudo da temática. Do ponto de vista teórico-conceitual, teria sido incomum uma escolha que fosse consideravelmente destoante do que aqui se apresenta; não obstante, a opção por explorar a angústia em suas relações com o desejo também se conecta àquilo que me implicou no percurso que culminou nas páginas seguintes. Afinal, na urgência – e além dela, já era possível entrever o desejo.

Será discutida a questão clínica da angústia nos contextos institucionais, públicos e gratuitos para o sujeito que recorre ao tratamento de um sofrimento de ordem psíquica, onde as práticas de cuidado são produzidas em referência ao campo da saúde mental – âmbito em que os discursos geralmente não coincidem com o psicanalítico. O traço inicial desta dissertação surgiu em 2017, anos antes de seu desenvolvimento, em um primeiro movimento que foi instigado pelo meu cotidiano enquanto trabalhadora da saúde mental, e provocado por uma exigência que jamais ocorreu institucionalmente e de maneira formal, mas que pude ouvir entre as palavras dos sujeitos aos quais minha escuta era ofertada.

Ocupando a função de psicóloga em uma instituição pública de ensino superior, e construindo meu percurso na psicanálise, a urgência pela qual fui interpelada (uma urgência que era minha, e não dos meus pacientes) ressoava como uma questão, que se enunciava mais ou menos assim: “como fazer esse trabalho?”. Com “esse trabalho”, quero dizer: ouvir a singularidade dos sujeitos que recorriam ao serviço de psicologia da universidade, ouvi-los enquanto sujeitos, para além dos seus “pânicos”, suas “ansiedades” – as suas urgências. A temática da angústia foi o

recurso teórico ao qual recorri, como caminho a ser trilhado para a apropriação aprofundada de um conhecimento que era obrigatório e improrrogável para o meu fazer clínico.

Naquele momento, tive um bom encontro com o Seminário, Livro 10, de Jaques Lacan, que funcionou como uma segunda convocação, dessa vez mais demarcada para mim para além da urgência. A obscuridade, a vacilação e a gravidade com as quais meus pacientes me solicitavam na clínica, e que me interrogavam ao revelar uma dimensão que não é da ordem do conhecimento objetivo, me impeliram à formalização através da pesquisa no decorrer de meu estudo da angústia.

Investigar a temática da angústia articulando-a com uma práxis psicanalítica em contextos que não se restringem aos consultórios tradicionais, alinha-se ao que Lacan (1962-1963/2005) enuncia quanto à vinculação intrínseca da angústia ao tratamento psicanalítico. Um psicanalista atuará pelos referenciais psicanalíticos em qualquer contexto em que esteja inserido, de modo que a angústia será um fenômeno que ocupará um lugar central no tratamento que tem a psicanálise como referencial, independentemente do local onde se desenvolve a clínica.

Considerando que o âmbito da saúde mental é predominantemente influenciado pelo discurso médico-científico, a indagação sobre como articular esse campo e a psicanálise atravessará este estudo, mantendo a cautela em relação a conclusões unívocas, tendo em vista a descontinuidade entre os dois campos e a impossibilidade de eliminar as tensões entre eles. É central para a presente discussão que, conforme Lacan (1962-1963/2005), a ciência progride com a tentativa de preenchimento de um espaço que é crucial para o desejo, enquanto a psicanálise, do lado avesso, se interessa por esse hiato e não pretende obstruí-lo.

Uma vez que o desejo ocupa um lugar edificante no discurso e na práxis da psicanálise, a importância clínica das manifestações de angústia é incontestável quando se trata de uma condução pelo referencial psicanalítico, devido à estreita conexão da angústia com o desejo (Lacan, 1960-

1961/2010). Discutiremos neste trabalho o aparecimento da angústia e suas relações com o *objeto a*, objeto causa do desejo, levando em conta que “... a angústia é sua única tradução subjetiva.” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 113).

Nas páginas que se seguem, o leitor encontrará um desenvolvimento que se inicia com uma exposição teórica sobre o sujeito, com o objetivo de elucidar como a psicanálise compreende este que chega à clínica em busca de tratamento, com enfoque na maneira pela qual o sujeito surge enquanto tal. Em seguida, será realizada uma leitura da angústia conforme o ensino lacaniano, enfatizando conceitos que poderão funcionar como fundamento e instrumental para a articulação do tema proposto neste trabalho, considerando a amplitude clínica do décimo Seminário de Jacques Lacan, principal referência desta investigação. Na terceira parte, almeja-se que o desenvolvimento teórico produzido nos dois primeiros capítulos tenha preparado a viabilidade do que é proposto neste estudo: empregar a temática da angústia para discorrer sobre a clínica psicanalítica que se desenvolve em locais que não são apenas os consultórios tradicionais.

Na primeira parte do capítulo 1, a teoria do estágio do espelho será empregada para uma exposição do processo em que o sujeito se constitui a partir de uma operação de alienação ao outro. Como modelo para essa teoria, Lacan (1953-1954/2009) utiliza o esquema óptico, que também será apresentado neste trabalho, com o objetivo de investigar as influências do imaginário e do simbólico na estruturação da subjetividade. O esquema óptico favorece a localização de “... quase todas as questões clínicas, concretas, que coloca a função do imaginário” (Lacan, 1953-1954/2009, p. 170) e orientará quanto ao conceito de *objeto a*, objeto causa do desejo, fundamental nas formulações de Lacan acerca da angústia.

Ainda no primeiro capítulo a apresentação do esquema óptico e da teoria do estágio do espelho conduzirá aos conceitos de Eu Ideal e Ideal do Eu, que serão articulados à exposição da

formação do sujeito, concebido como alguém capaz de falar sobre si mesmo, ainda que não esteja consciente do saber sobre si que comparece em sua fala (Lacan, 1960/1998). A apresentação da temática da angústia ocorrerá por meio de um desenvolvimento engendrado pela leitura do Seminário 10 de Jaques Lacan, com enfoque no conceito de *objeto a*, especialmente no que se refere à simultaneidade que existe entre o surgimento desse objeto e a constituição do sujeito, possibilitando a compreensão da angústia enquanto um fenômeno inerente à subjetividade.

No segundo capítulo, a temática da angústia será desenvolvida por meio da articulação de conceitos fundamentais para concebê-la, tomando como referência as formulações de Jacques Lacan acerca do Real, do *Unheimlich*, do desejo do Outro, da demanda, do gozo e da fantasia. Após um desenvolvimento teórico-conceitual que pretende produzir certa segurança quanto a uma aproximação da temática da angústia, obscura por definição, o terceiro capítulo deste trabalho é dedicado à discussão sobre a clínica contemporânea, uma clínica caracterizada por ser múltipla em diversos aspectos, e que, aqui, está posicionada na discursividade própria à psicanálise.

No terceiro capítulo será explorada a distinção entre as formas de se fazer a clínica, que conforme Moretto (2019) não é um lugar, mas um método por meio do qual são criadas formas de reconhecer e ouvir o sofrimento. A exposição das distintas clínicas ocorrerá sobretudo na primeira seção, dedicada a construir aproximações entre a clínica psicanalítica e a clínica da saúde mental, ao mesmo tempo em que serão indicados seus pontos de ruptura. Articuladas ao desenvolvimento teórico, serão apresentadas vinhetas clínicas, que serão o meio pelo qual uma construção referente ao dizer dos sujeitos sobre seu sofrimento poderá ter lugar no trabalho.

Levando em consideração a característica das construções clínicas cujos fragmentos serão apresentados neste estudo, o enfoque recairá no tratamento dos sujeitos que, devido à forma como sua subjetividade está organizada, podem ser clinicamente situados na categoria psicanalítica da

neurose. Optou-se por um recorte em que a centralidade recai sobre essa categoria, ponderando quanto aos limites desta pesquisa. Não obstante, deve-se assinalar a possibilidade de uma ampliação que possa alcançar a psicose, ao abranger outras fases do ensino de Lacan, como objeto de novas investigações em outro momento.

A discussão da temática da angústia está assentada no cerne de uma reflexão sob à qual subjaz uma aposta dupla. Pressupõe-se que a escuta analítica inserida nos contextos hegemônicos possa oferecer a possibilidade de um contrafluxo às formas de cuidado que tendem ao apagamento da subjetividade, sendo a abordagem da angústia paradigmática, na medida em que a psicanálise não pode vê-la senão como um fenômeno imbricado à subjetividade, inextirpável, não sendo possível atribuir a ela uma classificação patológica. Ao mesmo tempo, pensar a práxis psicanalítica nesses espaços, nos quais a clínica contemporânea habitualmente se desenvolve, propõe contribuições à psicanálise, considerando o que diz Lacan (1953/1958) quanto ao dever do psicanalista de “... alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época.” (p. 322).

Capítulo 1 – O sujeito e o outro: constituição da subjetividade

Para viabilizar a articulação entre a psicanálise e o campo da saúde mental realiza-se uma exposição sobre o sujeito, conforme é entendido pela psicanálise. Os conceitos empregados para descrevê-lo estão estabelecidos no discurso e na práxis psicanalíticas, tornando relevante uma exploração sobre a maneira pela qual o sujeito se constitui e o que o caracteriza, para que seja alcançável um estudo que se ocupe das implicações do discurso psicanalítico nos contextos em que a psicanálise se faz presente. Com esse propósito, efetua-se uma apresentação da formação do sujeito com base na teoria do estágio do espelho e no esquema óptico de Jacques Lacan. A teoria e os conceitos que serão discutidos nesta seção irão reaparecer nos capítulos subsequentes, quando abordarmos a temática da angústia e sua relação com a prática da psicanálise nos espaços vinculados à saúde mental.

Nesta parte do trabalho mostra-se que, conforme Lacan (1953-1954/2009) explicita, no eu estão as diferentes identificações que o moldaram ao longo do tempo, havendo correlação e simultaneidade entre a constituição do eu e a formação do objeto. No ser humano, o eu atravessa um processo de alienação, ficando dependente da presença do outro para se formar por meio de uma relação em que o outro comunica seus comandos e desejos ao eu (Lacan, *ibid.*), e transforma seu grito em apelo quando o responde, permitindo que esse grito se torne uma convocação (Lacan, 1960/1998).

As funções do eu desempenham um papel crucial na organização da realidade. Lacan (*ibid.*) menciona a importância de compreender a diferença que há entre a retirada da realidade nas neuroses e nas psicoses, uma distinção que é estrutural e na qual o registro imaginário, que engloba a multiplicidade das experiências vividas do indivíduo, tem uma participação fundamental.

Nas neuroses, ocorre a substituição da realidade por fantasias, nas quais pessoas e objetos são investidos pela libido, mas o significado que recebem se encontra atrelado ao imaginário, registro ao qual estão vinculadas as identificações formadoras do sujeito. Ao mencionar a fantasia, nos referimos a uma formação que, conforme Harari(1997) diferencia, não corresponde à “atividade da imaginação cotidiana” (p. 196) e que define aspectos concretos da vida do sujeito.

Nas psicoses, por outro lado, não há uma substituição imaginária da realidade, como ocorre na fantasia do neurótico. O sujeito psicótico não tem acesso ao imaginário, reside em um mundo delirante devido à retirada da libido do mundo exterior, possuindo uma estruturação subjetiva que está situada em um simbólico que é marcado pelo irreal, como se vê quando o psicótico reconstrói seu mundo através do delírio e o foco recai nas palavras, revelando a categoria do simbólico (Lacan, 1953-1954/2009).

Em seu Seminário sobre a angústia, Lacan retoma Freud quanto ao entendimento de que as instâncias psíquicas podem ser representadas pelo que ocorre em um dispositivo fotográfico, discorrendo sobre as imagens geradas pelo seu funcionamento – imagens reais ou virtuais, que não têm a mesma natureza. Para interpretá-las, baseia-se no esquema óptico desenvolvido por Henri Bouasse e, a partir dele, propõe um modelo para a teoria do estágio do espelho (Lacan, 1953-1954/2009).

O emprego do esquema óptico é significativo tendo em vista o apontamento de Lacan (ibid.) quanto à sugestão de Freud para uma abordagem das instâncias psíquicas, que deveriam ser entendidas com base nos fenômenos imaginários. Além disso, Lacan menciona a utilidade do esquema para uma compreensão da formação do real, do simbólico e do imaginário, as três componentes essenciais para a concepção do inconsciente, que serão exploradas no decorrer do trabalho.

Destaca-se a retomada do conceito freudiano de inconsciente por Lacan (1964/2008), em sua dimensão de claudicação, de vacilação e de não realizado. Lacan (ibid.) buscou suas formulações acerca do inconsciente na “... linguística, cujo modelo é o jogo combinatório operando em sua espontaneidade, sozinho, de forma pré-subjetiva – é esta estrutura que dá seu estatuto ao inconsciente. É ela, em cada caso, que nos garante que há sob o termo de inconsciente algo de qualificável, de acessível, de objetivável.” (p. 28), de tal forma que na leitura lacaniana o inconsciente é estruturado como uma linguagem e opera segundo suas leis.

Explorando a constituição do sujeito, a seção seguinte é dedicada à exposição do esquema óptico e da teoria do estágio do espelho, em um desenvolvimento que se encaminha na direção de uma abordagem dos conceitos de Eu Ideal e Ideal do Eu, para que na última seção deste capítulo a origem do sujeito possa ser apresentada em suas relações com a perda do objeto. Por meio do trajeto proposto neste capítulo inicial, planeja-se fornecer as bases sobre as quais se desenvolverá a reflexão que aqui se projeta, quanto à presença da psicanálise nos contextos institucionais e do que a temática da angústia pode operacionalizar quanto a essa articulação, considerando seu valor clínico.

1.1. A teoria do estágio do espelho e seu modelo, o esquema óptico

A teoria do estágio do espelho busca “estabelecer uma relação do organismo com sua realidade - ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt*.” (Lacan, 1949/1998, p.100), relação caracterizada por uma discrepância decorrente da prematuridade do nascimento, no caso do ser humano. Segundo Lacan (1949/1998), a criança de 6 a 18 meses, desprovida de domínio sobre a postura e locomoção e com uma imagem corporal fragmentada, experiencia o estágio do espelho quando se identifica com uma imagem completa do corpo ao se deparar com sua própria

imagem no espelho, o que representa uma transição da insuficiência orgânica para a antecipação de uma totalidade do corpo. No que se refere à fragmentação corporal, Harari (1997) elucida que não se trata de uma etapa originária, mas consiste em uma imaginarização retroativa, devido à unificação que o espelho estabelece.

A constituição da subjetividade ocupa um lugar de destaque nos desenvolvimentos teóricos de Jacques Lacan, e interessa aos objetivos deste trabalho por implicar diretamente o fenômeno da angústia. Lacan (1962-1963/2005) refere-se à angústia como um fenômeno de borda, em que “Esse lugar, delimitado por algo que é materializado na imagem - uma borda, uma abertura, uma hiância (sic) -, onde a constituição da imagem especular mostra seu limite, é o lugar de eleição da angústia” (p. 121). Ou, dito de outra maneira, a imagem especular é presumidamente unificada e no entanto apresenta limites, havendo um espaço vazio que é inerente ao processo que constitui o sujeito; essas brechas, sem as quais o sujeito não pode se formar, são o local onde a angústia se apresenta, o que a torna um fenômeno indissociável do modo pelo qual a subjetividade está organizada.

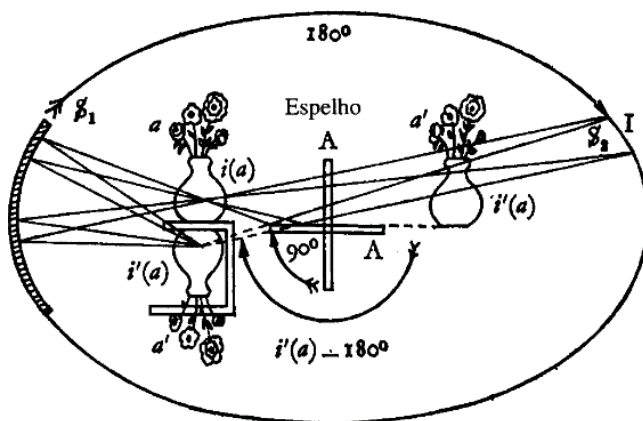
Ao definir a angústia como um fenômeno de borda, Lacan (ibid.) aponta para um aspecto de continuidade que se verifica em sua manifestação, uma característica que faz vacilar a distinção imaginária entre interior e exterior. Tal atributo da angústia reporta a presente leitura à afirmação de Lacan (1953-1954/2009) quanto ao que há de mais significativo no estágio do espelho, que não consistiria na satisfação da criança diante da imagem especular, mas sim no desvanecimento daquele processo. Nesse momento de dissolução, nota-se características típicas das ocasiões de transição em que existe um espelhamento instável entre a criança e seu semelhante, aspecto evidenciado quando as ações da criança e as do outro são consideradas equivalentes por ela.

Modelo para a teoria do estágio do espelho, o esquema óptico é aplicável devido à relevância da função do olho no domínio do imaginário, sendo possível estabelecer uma conexão

entre a formação da realidade e a relação do sujeito com a configuração do corpo. O ser humano se percebe como um corpo por meio do intercâmbio com o outro, de modo que o desejo não estruturado que está dentro dele será reconhecido de forma inversa no outro, um reconhecimento não somente por meio de sua própria imagem, mas também no corpo do semelhante (Lacan, 1953-1954/2009). A seguir, apresenta-se o esquema óptico por meio da Figura 1, retirada do texto de Lacan (1960/1998) "Observação sobre o relatório de Daniel Lagache".

Figura 1

O esquema óptico



Ao introduzi-lo, espera-se avançar no entendimento da formação do sujeito a partir de sua relação com o outro. O esquema apresenta uma composição de dois espelhos, um côncavo e outro plano, que juntos formam um dispositivo utilizado como modelo teórico para tratar da constituição da subjetividade, representando uma operação em que os registros imaginário e simbólico interagem.

Na figura, um vaso está colocado dentro de uma caixa, de modo que, devido a uma ilusão óptica criada pelo espelho côncavo, o vaso parece envolver o buquê de flores que está acima da

caixa, criando a imagem $i(a)$, uma imagem real formada na frente da superfície do espelho esférico. A existência do espelho plano (A) resulta na formação da imagem $i'(a)$, que é uma imagem virtual da imagem real, com $i'(a)$ localizada atrás da superfície do espelho plano. Essa imagem virtual pode ser vista pelo sujeito, que se encontra em uma posição (\$1) que impede a percepção da ilusão. A mesma figura também ilustra a possibilidade de inclinar o espelho plano em um ângulo de 90° , o que revelaria a ilusão, desde que o sujeito alterasse sua posição, indo para o lado simétrico oposto ao seu posicionamento inicial, ou seja, movendo-se para "atrás" do espelho plano, para o ponto \$2.

Enfatizando a importância da relação com os outros na constituição subjetiva, Lacan (1953-1954/2009) faz uma distinção entre narcisismo primário e secundário, esclarecendo que o narcisismo primário está ligado à imagem do corpo que unifica o sujeito, e o secundário relaciona-se com o vínculo aos outros. Aludindo ao esquema óptico, temos que o narcisismo primário está relacionado à imagem real, $i(a)$, estruturante da totalidade da realidade e típico dos animais, que se adaptam a um ambiente uniforme, no qual sobreviverão de acordo com correspondências predefinidas pelo imaginário e que são fundamentais para a continuidade da espécie.

Para os seres humanos, o ato de se ver no espelho introduz um segundo nível de narcisismo, centrado na relação com os outros e representado pela formação da imagem virtual $i'(a)$. O narcisismo secundário indica que uma unidade semelhante ao eu não existe desde o início e que o eu precisa se desenvolver, ao passo que as pulsões autoeróticas estão presentes desde o princípio. O postulado dos dois narcisismos se alinha com a teoria do estágio do espelho, considerando pressuposto dessa teoria de que o eu se forma a partir de uma relação imaginária na qual os semelhantes têm um papel fundamental (Lacan, *ibid*).

O papel das funções do eu na organização da realidade ocorre em todos os animais, mas a alienação dessas funções ao outro coloca uma distinção no processo que ocorre no ser humano. O

funcionamento sexual dos animais está baseado no imaginário e tem um fechamento impossível de ocorrer no funcionamento sexual humano, tendo em vista a falta de unidade na imagem especular no caso deste último (Lacan, 1953-1954/2009).

Lacan (ibid.) argumenta que o desencadeamento do instinto sexual não é provocado pelo parceiro sexual, mas sim por algo relacionado à imagem que foi moldada ao longo da história da espécie à qual pertence o indivíduo. Nos animais, essa dinâmica se encerra na fase do esquema óptico em que está presente apenas o espelho esférico, o que liga rigidamente o indivíduo ao imaginário que governará todo o ciclo do comportamento sexual. No caso dos animais não humanos, o conhecimento pertence ao imaginário e conta com mecanismos inatos que organizam o mundo, projetando relações que definem o ambiente para cada espécie.

Conforme Lacan (1953-1954/2009), enquanto nos animais a imagem se alinha com o objeto real, no sujeito a sexualidade é caracterizada por desordens ocasionadas pelas influências envolvidas. Nos seres falantes, a falta de unidade na imagem – nas neuroses e perversões, é acompanhada de uma complexidade na relação com os objetos de desejo, havendo um desencontro entre as pulsões e os comportamentos.

A pulsão é definida por Freud (1915/2019) como “... um conceito fronteiro entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma ...” (p. 25), o que demarca que a sexualidade do ser falante é impossível de ser abarcada pela noção do instinto, porque a realidade do sujeito não se encerra no somático. Freud (1933/2010) menciona que as pulsões atuam psiquicamente e comparecem na análise, mas não podem ser vistas de maneira objetiva, porque surgem de fontes internas ao corpo – consistem em uma pressão constante, que tem como finalidade a eliminação da excitação corporal. Freud

(ibid.) refere-se às pulsões como a mitologia da psicanálise, demarcando seu caráter indeterminado.

As pulsões são nossos mitos, disse Freud. Não se deve entender isso como uma remissão ao irreal. É o real que elas mitificam, comumente, mitos: aqui, aquilo que produz o desejo, reproduzindo nele a relação do sujeito com o objeto perdido. (Lacan, 1964/1998, p. 867).

Em outras palavras, as pulsões remetem ao real, e reproduzem a relação do sujeito com o *objeto a*, esse objeto perdido que é um fragmento do corpo inalcançável por meio da imagem, e por isso pouco compreensível através do esquema óptico.

Conforme Lacan (1960/1998), o esquema óptico indica, através do vaso escondido na caixa, que a realidade somática do sujeito é inacessível para ele, por estar no interior de seu próprio corpo. No entanto, ainda que esteja intrinsecamente ligado ao próprio corpo, o ser humano adquire consciência de si mesmo como corpo, o que consiste em uma possibilidade que está na base da distinção entre a psicologia humana e a psicologia animal (Lacan, 1953-1954/2009).

De acordo com Lacan (1960/1998), quando a criança se identifica com a imagem unificada, procurando o assentimento de um adulto quanto ao valor de sua imagem refletida no espelho, esse adulto ocupa o lugar do Outro. No esquema óptico, O Outro é figurado pelo espelho plano (A), e é apresentado por Lacan (1953-1954/2009) como um lugar que estrutura a realidade do sujeito.

O Outro é um lugar que equivale ao campo da linguagem, um espaço que o sujeito acessa para se constituir como falante. Nesse lugar, reside o conjunto dos significantes que já estão estabelecidos antes mesmo do nascimento do sujeito – que, por sua vez, só se definirá pela marca que o significante deixará nele. Os significantes ligam-se uns aos outros, em uma cadeia em que precisam ser remetidos entre si de forma permanente, para que possa ocorrer produção de sentido por meio da fala.

O significante é aquilo que salta com a intervenção do real. O real remete o sujeito ao traço e, ao mesmo tempo, abole também o sujeito, pois só há sujeito através do significante, da passagem para o significante. Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 168).

A linguagem transcende o objeto concreto por meio do símbolo e introduz a negatividade, possibilitando que a presença seja visível na ausência e vice-versa, em uma dinâmica estabelecida pela palavra e essencial tanto para a expressão humana quanto para a compreensão da realidade. A psicanálise concebe que a existência do sujeito é assegurada pela linguagem, quando esta se entrelaça às vivências iniciais do sujeito e transforma o ambiente externo em um espaço simbólico, um meio do qual o sujeito participa predominantemente como um suporte, não como um agente ativo (Lacan, 1953-1954/2009).

A transição para a humanidade ocorre pelo acesso à linguagem, com a possibilidade de nomeação das coisas do mundo e o estabelecimento da relação simbólica, que será contínua e introduzirá pelo símbolo um terceiro elemento mediador, o qual incide sobre aqueles que participam dessa relação e os transforma. É no espaço do Outro que o sujeito se constitui como um ser desejante, porque sem a linguagem o desejo seria visto apenas no outro, em uma relação imaginária. Nessa relação, o sujeito estaria alienado à imagem do outro e a única saída é a sua aniquilação, o que faz do desejo pela dissolução do outro o fundamento do desejo do sujeito (Lacan, 1953-1954/2009).

O sujeito virtual, \$2, é uma projeção que representa o próprio eu situado externamente, como outro, e mostra que o ser humano só percebe a totalidade de sua própria forma, uma ilusão de si mesmo, caso ela seja externa. A consciência de si mesmo surge quando ocorre uma inversão de papéis, com o reconhecimento do ser humano como corpo quando vê que tem um corpo assim

como os outros, que por sua vez desempenham um papel fundamental ao reconhecer seu desejo (Lacan, 1953-1954/2009).

Deve-se considerar a ideia de cena, que pode ser apreendida da posição do sujeito no estádio do espelho, conforme indicado por Eidelsztein (2018) em sua interpretação de que o sujeito deve ser entendido “como posicionado em uma cena e não como caracterizado por essências ou substâncias” (p. 38). O esquema óptico ilustra, por exemplo, o que ocorre quando o sujeito se posiciona muito próximo da imagem real, situação em que pode não conseguir vê-la quando ela se encontra no estado de imagem virtual. Dependendo da posição do sujeito que está observando pode ser constatada a existência de diferentes cenários, que impactam a forma pela qual o sujeito se relaciona com a realidade.

Para criar a ilusão de que o vaso está unido ao buquê de flores, o sujeito deve estar em certa posição que permita a percepção do aspecto imaginário, ao passo que um posicionamento diferente poderia resultar em uma maior ou menor integridade da ilusão, ou apenas na observação do estado real: um vaso vazio separado das flores. A posição do sujeito é definida pelo lugar que ele ocupa na linguagem, no campo simbólico, e é essa posição que determina a relação entre o imaginário e o real, de tal forma que a integração do sujeito no mundo simbólico e o uso da palavra são essenciais para o desenvolvimento e consolidação do sujeito (Lacan, 1953-1954/2009).

Em seu comentário sobre Freud, Lacan (ibid.) revisita os textos fundamentais da psicanálise, argumentando que a experiência psicanalítica está profundamente ligada à função da palavra, a qual desempenha um papel central que está presente em toda a obra de Freud, embora não tenha sido explicitado por ele. Retomando os estudos de Freud sobre os sonhos, Lacan (1953/1998) indica, por exemplo, a estrutura de frase e de enigma que está presente no onírico, em que o mais significativo consistiria em sua retórica, sua elaboração.

Elipse e pleonasma, hipérbato ou silepse, regressão, repetição, aposição, são esses os deslocamentos sintáticos, e metáfora, catacrese, antonomásia, alegoria, metonímia e sinédoque, as condensações semânticas em que Freud nos ensina a ler as intenções ostentatórias ou demonstrativas, dissimuladoras ou persuasivas, retaliadoras ou sedutoras com que o sujeito modula seu discurso onírico. (Lacan, 1953/1998, p. 269).

Denomina-se metonímia a função significante que se manifesta na linguagem, uma denominação proveniente das figuras de estilo. Lacan (1957/1998) exemplifica com a possibilidade de dizer “trinta velas”, em um sentido figurado, para referir-se a “trinta barcos”, “Onde se vê que a ligação do navio com a vela não está em outro lugar senão no significante, e que é no de palavra em palavra dessa conexão que se apóia (sic) a metonímia.” (p. 509).

Até aqui, foi realizada uma exposição sem a qual não seria possível alcançar o sujeito da psicanálise. Na clínica psicanalítica, o sujeito é entendido como determinado pela relação com os outros desde o seu nascimento, e mesmo antes dele, pelo Outro, lugar da linguagem. Com o percurso realizado até o momento, espera-se que tenha sido possível mostrar a primazia da palavra¹ na teoria psicanalítica. Pela linguagem a posição do sujeito é estabelecida e o imaginário poderá interagir com o real, de tal maneira que a palavra será o instrumento que o sujeito disporá para produzir formulações singularizadas acerca de sua relação com o objeto perdido, construções que

¹ Menciona-se a palavra entendida em seu valor que permitiria incluir outros recursos que estão disponíveis na cultura, enquanto mediadores da relação do sujeito com o real. Seria possível tecer comentários acerca de formas artísticas e culturais que envolvem a música, o ritmo, a escultura ou a pintura, por exemplo. No entanto, para preservar certo rigor teórico, foi tomada a decisão de mencionar a linguagem em sua generalidade, ponderando que para uma investigação que pudesse incluir uma reflexão acerca das produções culturais a presente pesquisa necessitaria de fundamentação em outras áreas, como a antropologia, a sociologia e a literatura, o que não consiste no objetivo atual.

poderão guiar o sujeito para além das identificações que sucederam no percurso da formação do eu.

Avalia-se que uma abordagem dos conceitos de Eu Ideal e Ideal do Eu é produtiva para um entendimento da formação do sujeito, considerando que o Eu Ideal representa a imagem que o sujeito tem de si mesmo no plano imaginário, enquanto o Ideal do Eu está no âmbito simbólico e relaciona-se ao conjunto de requisitos da lei incorporada na linguagem. Na seção seguinte, os conceitos serão apresentados, o que possibilitará o início de uma aproximação da temática da angústia, alicerce da reflexão proposta neste trabalho, quanto às reverberações da psicanálise nos contextos em que se faz presente.

1.2. Eu Ideal e Ideal do Eu

Lacan (1953-1954/2009) associa a necessidade do tratamento psicanalítico ao movimento ativo que o sujeito precisará empreender na busca de seu desejo, processo que sugere que o sujeito está desconectado daquilo que pode revelar algo sobre si mesmo. O eu desconhece os desejos do sujeito, o que difere da ignorância, porque para desconhecer algo é necessário o conhecimento de que esse algo existe. A investigação psicanalítica coloca uma indagação sobre o desconhecimento que subjaz ao eu, tipicamente vinculado ao conhecimento, o que se expressa no empenho do psicanalista a favor do desvelamento de uma verdade que vai além do que o sujeito diz.

A influência do inconsciente sobre o eu é reveladora desse desconhecimento e, segundo Lacan (1960/1998), é a partir do sujeito que o inconsciente poderá falar, ainda que o sujeito nada saiba “... a seu respeito enquanto fala.” (p. 681). Sujeito e eu são distintos quanto às suas implicações para a subjetividade, ainda que advindos do mesmo processo, demonstrado pelo esquema óptico. Por meio da composição de espelhos, o esquema representa as ilusões presentes

na constituição da subjetividade, abrangendo o desconhecimento que se encontra enunciado na teoria do estágio do espelho, na qual o eu não está avisado das identificações que o estão formando.

De acordo com Lacan (ibid.), o eu ocupa um espaço que deveria pertencer ao sujeito, o que gera distorções que não têm origem no eu, mas existem porque o eu se posiciona no lugar de onde o sujeito deveria olhar. Em outras palavras, a ocupação do lugar do sujeito pelo eu deforma o que o sujeito vê.

Nesse sentido, enfatiza-se a leitura de Chatelard (2005), ao apontar que o surgimento do sujeito ocorre durante um tratamento psicanalítico quando o eu é removido do lugar no qual se alojou, ao passo que esse lugar é devolvido ao sujeito. Aqui, abre-se um caminho teórico essencial para a direção deste estudo, introduzindo um aspecto que comporá a investigação sobre o que a presença do psicanalista suscita nos diferentes locais em que atua, especialmente quando se serve da temática da angústia nesses contextos.

A distinção entre o lugar preparado para o sujeito, um lugar inicialmente vazio, e a ocupação desse espaço pelo eu, oferece uma explicação para o sentimento de estranheza que ocorre quando o sujeito se depara com a imagem narcísica unificada em situações que tornam visível que essa imagem está fixada em um lugar que pertence ao sujeito (Lacan, 1960/1998). Explorando o fenômeno da estranheza, Lacan (1962-1963/2005) segue um percurso que o leva a elaborar o tema da angústia fundamentando-se no conceito de *Unheimlich*², de Freud. Esse termo refere-se ao "infamiliar", que evoca sensações de estranheza e terror. Freud (1919/2019) investigou as múltiplas

² Utiliza-se para este conceito a tradução do ensaio freudiano de 1919, "Das Unheimlich", realizada por Ernani Chaves e Pedro Heliodoro Tavares e publicada em 2019 pela editora Autêntica como "O Infamiliar". Há outras versões que poderiam ter sido escolhidas, como "O Estranho" – Editora Imago (1976), e "O Inquietante" – Editora Companhia das Letras (2010). Embora a tradução do Seminário, Livro 10, aqui utilizada mencione aspectos de "estranheza" que estão em questão na angústia, considera-se que o termo "Infamiliar" atende melhor à leitura do ensino lacaniano acerca da angústia feita neste trabalho.

facetas desse conceito, enfatizando sua conexão com o "familiar" e destacando a presença dos efeitos do "infamiliar" nos momentos em que a imagem especular se transforma na imagem do duplo, resultando na sensação de estranheza.

Retomando o esquema óptico, a imagem $i(a)$ localiza-se no domínio do imaginário e representa o conceito de Eu Ideal. Segundo Lacan (1953-1954/2009), essa imagem refere-se à origem especular do eu, sendo ilustrativo considerar a caixa que está presente no esquema como o corpo, e o buquê (a) como as pulsões e desejos, com $i(a)$ retratando a imagem corporal unificada que possibilita a formação do eu. O Ideal do Eu, por outro lado, surge em um lugar simbólico, sendo formado pela inscrição dos significantes na realidade, a partir das marcas da resposta onipotente que fez com que o grito do sujeito se transformasse em uma convocação ao outro. Pelo reconhecimento dessas marcas, o sujeito encontrará seu lugar na ausência que o define, de acordo com Lacan (1960/1998), o que nos revela que o lugar que permite o aparecimento do sujeito do desejo, esse lugar que é vazio e que abrigará o sujeito faltoso, tem relação com o Ideal do Eu.

O que o sujeito vê depende da forma como o espelho está posicionado, e conforme o ângulo de inclinação do espelho a imagem será mais nítida ou menos, complexificando a integração do imaginário. A inclinação do espelho plano é influenciada pela voz do outro, o que não ocorre no estágio do espelho, mas posteriormente por meio da interação com os outros, na relação simbólica. Assim, a conexão simbólica entre os seres humanos, que molda a forma como o sujeito se define na coletividade através da lei, determina a regulação do imaginário, sendo essa relação simbólica mutável de acordo com os contextos nos quais o sujeito está inserido (Lacan, 1960/1998).

A relação simbólica define a posição do sujeito, o que quer dizer que é a palavra que determina a unidade do imaginário. Essa interação é influenciada pelo Ideal do Eu, que funciona

como um guia para o desejo e para a posição na estruturação imaginária, porque está no âmbito do simbólico, na troca regida pelas leis incorporada pela troca verbal entre os seres humanos. O Ideal do Eu poderá encontrar-se no mesmo nível no Eu Ideal, o que provocará uma captura narcísica (Lacan, 1953-1954/2009).

O esquema óptico demonstra as interações entre o Eu Ideal e o Ideal do Eu. O sujeito pode transitar da relação imaginária com os semelhantes e do aprisionamento no Eu Ideal para o âmbito do Ideal do Eu, o que está representado no esquema pela rotação em 90° do espelho que designa o Outro (A), simultaneamente à mudança de posição do sujeito de \$1 a \$2. Essa transformação ocorre quando o sujeito se apropria de seu discurso inconsciente, e revela-se na despersonalização que pode ocorrer durante um processo analítico, um processo que não deve ser tomado como empecilho ao tratamento, no que se vê correspondência com o fenômeno da estranheza e outras formas de manifestação da angústia. (Lacan, 1960/1998).

Lacan (1960/1998) fala do inconsciente como o discurso do Outro, apontando que a força motriz da linguagem é o Outro, equivalente ao espaço real que fica "atrás do espelho" no modelo óptico, lugar ao qual as imagens virtuais ficam sobrepostas. O Outro em que o discurso se situa, mesmo encoberto na dinâmica do sujeito com os semelhantes, presentifica-se nessas relações entre o sujeito e os outros.

A subjetividade do sujeito neurótico não é totalmente abarcada por meio do esquema óptico, um modelo que não elucida a posição de um elemento sem o qual o sujeito não pode se constituir, o *objeto a* – impossível de ser apreendido por meio do funcionamento de imagens. Entretanto, é possível empregar o modelo para colocar uma questão quanto às consequências da ação do Outro na análise, permitindo uma compreensão do que se desenvolve no tratamento em

relação aos fenômenos que o esquema evoca. Isto porque na clínica o Outro é o psicanalista, uma vez que o sujeito o utiliza como o lugar do seu discurso (Lacan, 1960/1998).

Quando a confusão entre o Ideal do Eu e o Eu Ideal acontece, diz Lacan (1953-1954/2009), não há mais a regulação do imaginário pelo simbólico, o que compromete a sustentação do desejo. O processo da clínica psicanalítica deverá ser “de conquista do inconsciente, de advento da história e de reconstrução do significante, se não denegarmos simplesmente que seu meio seja de fala” (Lacan, *ibid.*, pp. 683-684), do que se depreende que a psicanálise poderá operar um manejo da inclinação que determina a posição do sujeito, devolvendo-o ao lugar que lhe pertence na subjetividade, de onde poderá agir como desejante. Com essa operação, a intervenção deixará impactos na realidade imaginária do sujeito e afetará aspectos de sua vida material, na relação do sujeito com os outros e com o mundo.

A passagem do Eu Ideal ao Ideal do Eu não poderá ocorrer sem angústia – mencionada nesta seção em seu aspecto de estranheza, levando-se em conta que se trata de uma transmutação que ocorrerá acompanhada do encontro com a imagem narcísica. Nesse processo, o sujeito chegará a seu lugar enquanto ausência, após a descoberta de que se encontra confundido com a imagem especular completa, uma revelação que Lacan analisa pela perspectiva do *Unheimlich* – conceito que está na base da compreensão lacaniana da angústia.

Na seção que se segue, será apresentado o conceito de *objeto a*, o objeto causa do desejo, intrínseco tanto à constituição da subjetividade quanto às manifestações da angústia. Seguimos, então, no itinerário que poderá levar às elaborações acerca do que a presença do psicanalista produz nos contextos para os quais leva o discurso da psicanálise, e do que a temática da angústia tem de indispensável a uma clínica que convoca o sujeito do desejo, por meio do que esse sujeito pode dizer sobre si.

1.3. O *Objeto a*, objeto causa do desejo

A angústia só pode ser pensada em termos de sua vinculação ao modo pelo qual o sujeito se constitui, recordando que, conforme Lacan (1962-1963/2005), onde a imagem especular mostra seu limite a angústia poderá se manifestar. Nesta seção, será apresentado o conceito de *objeto a*, invenção teórica de Lacan e fundamental para tratar da temática da angústia.

O sujeito surge pela sua inscrição na linguagem, através um processo que o divide e marca seu acesso ao simbólico, no momento em que a ordem do significante incide sobre ele. Lacan (1962-1963/2005) dá o nome de traço unário ao significante primário que advém do Outro e recai sobre o sujeito, dividindo-o, em uma operação inexata que deixa um resto do lado do Outro.

... o sujeito dependente desse Outro inscreve-se como um cociente. É marcado pelo traço unário do significante no campo do Outro. Não é por isso, se assim posso dizer, que ele corta o Outro em rodela. Há, no sentido da divisão, um resto, um resíduo. Esse resto, esse Outro derradeiro, esse irracional, essa prova e garantia única, afinal, da alteridade do Outro, é o *a*. (Lacan, 1962-1963/2005, p.36)

Em outras palavras, no momento em que o sujeito ingressa na linguagem, ocorre uma divisão que se passa entre o sujeito e o Outro, operação que por deixar um resto provoca um corte também no Outro. Se o *objeto a*, resto da divisão do sujeito, cai do lado do Outro, esse objeto se situa entre ambos, não sendo possível determinar se pertence ao sujeito ou ao Outro. Ao mesmo tempo em que se constitui, o *objeto a* institui o Outro enquanto desejante, na medida em que “... só é constituído por intermédio do desejo do Outro” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 226).

Lacan (1962-1963/2005) listou cinco formas do *objeto a*, relacionadas às diferentes etapas da formação do sujeito (oral, anal, fálica, escópica e vocal) e caracterizadas pelo *objeto a* ter sido parte do corpo do sujeito. Por exemplo, no estágio oral, o seio é cedido no desmame, como se fosse

parte do bebê que está sendo alimentado. Lacan (1962-1963/2005) utiliza o termo “*a*” por julgá-lo apropriado para falar de um objeto que é “externo a qualquer definição possível da objetividade” (p.99), de modo que no exemplo acima o seio ocupa a função do *objeto a*, mas não se poderia dizer que se trate do *objeto a*, porque defini-lo de maneira objetiva é impossível em razão de sua anterioridade em relação “... à constituição do status do objeto comum, comunicável, socializado (p. 103)”.

O corpo interessa à psicanálise enquanto inscrito na linguagem. Lacan (1962-1963/2005) refere-se ao *objeto a* como “libra de carne”, como uma parte que se solta do corpo em decorrência da divisão do sujeito pelo significante, operação a partir da qual o sujeito se constitui. O *objeto a* é um amboceptor, diz Lacan, porque não pertence ao Outro e nem ao sujeito, surgindo concomitantemente ao momento em que é perdido. A placenta é utilizada como alegoria para essa característica do *objeto a*: é um resto que não pertence nem à mãe e nem ao bebê, havendo no momento do nascimento um corte que ocorre simultaneamente em ambos.

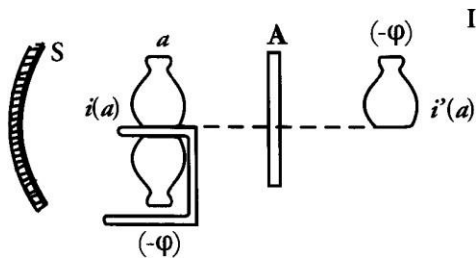
Esse *objeto a* ... é sempre dele que se trata quando Freud fala de objeto a propósito da angústia. A ambigüidade (sic) decorre de não podermos fazer outra coisa senão imaginá-lo no registro especular. Aqui, trata-se precisamente de instituir uma outra forma de imaginarização (sic), se assim posso dizer, na qual se defina esse objeto. (Lacan, 1962-1963/2005, p.50).

O *objeto a* alude à castração, designada por Lacan no esquema óptico pela notação $(-\phi)$. A castração $(-\phi)$ compartilha com o *objeto a* o lugar da falta, um lugar onde está localizado o real, o que escapa à visão, correspondendo a uma ausência no simbólico. Lacan (1962-1963/2005) aponta que o *objeto a* está posicionado muito próximo ao sujeito para ser visto, o que ilustra que a imagem do desejo não pode ser apreendida. Na imagem especular, a castração estabelece uma falta, e

qualquer coisa que apareça em seu lugar $(-\phi)$, desencadeia a angústia. Por meio do esquema óptico simplificado, reproduzido abaixo com a Figura 2, Lacan (1962-1963/2005) realiza uma formalização acerca das relações do *objeto a* com a castração $(-\phi)$.

Figura 2

Esquema óptico simplificado



Para Freud (1926/2014), “... o Eu foi preparado para a castração por repetidas perdas de objetos ...” (p.70), de modo que a castração tem relação com uma série de perdas que ocorrem no desenvolvimento da criança – perda do seio, das fezes, do amparo, do amor, que tornariam imaginável a castração enquanto perda do pênis. Lacan (1962-1963/2005), ao referir-se ao falo, não o pensa como homogêneo ao objeto genital, de modo que ao discutir a castração, entende-a como uma forma de aparecimento da falta simbólica, o que não é equivalente à privação:

... A privação é algo real, enquanto a falta, por sua vez, é simbólica. É claro que uma mulher não tem pênis, mas, se vocês não simbolizarem o pênis como o elemento essencial para se ter ou não ter, ela nada saberá dessa privação. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 151).

A castração $(-\phi)$ define um limite, um lugar que não pode ser representado na imagem especular, estabelecendo uma condição de falta que não pode ser eliminada por meio de uma intervenção sobre a privação, porque constitui a subjetividade como tal. O que no plano simbólico corresponde à castração, no imaginário se trata da fissura na imagem especular, uma abertura que

é provocada pelo real e “... que dá respaldo e material à articulação significativa ...” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 19).

Lacan (ibid.) refere-se à detumescência no ato sexual para discutir a castração. A queda orgânica decorrente do orgasmo revela a dimensão em que o falo é um objeto mais significativo por ser decaído do que por sua presença, e “é isso que aponta a possibilidade do lugar da castração na história do desejo” (p. 187).

O fato de o falo não se encontrar onde é esperado, ali onde é exigido, ou seja, no plano da mediação genital, é o que explica que a angústia seja a verdade da sexualidade ... A castração é o preço dessa estrutura, substitui essa verdade O falo, ali onde é esperado como sexual, nunca aparece senão como falta, e é essa a sua ligação com a angústia. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 293).

Existe uma relação indispensável entre a angústia e a sexualidade, determinada pela dimensão fálica. Essa esfera caracteriza-se pela insatisfação advinda da impossibilidade da união genital, esperada e suposta enquanto completude, mas que não pode se realizar porque “ o homem só fica na mulher por delegação de sua presença, sob a forma desse órgão caduco, desse órgão do qual ele é fundamentalmente castrado na relação sexual e pela relação sexual.” (Lacan, 1962-1963/2005, p.331).

O *objeto a* diz respeito à perda enquanto fundante da subjetividade, ocupando um lugar equivalente à castração simbólica que estrutura a entrada e manutenção do sujeito na cultura por meio da lei. É pela sua inscrição na cultura que o sujeito se constitui enquanto tal – como desejante e dividido; ao mesmo tempo em que surge o sujeito, o Outro aparece enquanto incompleto, devido ao compartilhamento desse resto não assimilável pelo simbólico, dessa parcela que não pode ser

representada pela linguagem e na imagem: o *objeto a*, que enquanto causa do desejo, implica que há falta:

A causa, para subsistir em sua função mental, sempre necessita da existência de uma hiância (sic) entre ela e seu efeito. A exigência que liga a subsistência da causa a uma lacuna, uma hiância (sic), tem sua origem em que a causa, em sua forma primária, é causa do desejo, isto é, de algo essencialmente não efetuado. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 322).

O desejo, em sua ligação com a dimensão da causa, é por natureza irrealizável. Conforme Lacan (1962-1963/2005), “ a causa é a sombra ou contrapartida daquilo que é um ponto cego na função do conhecimento.” (p. 239), impondo uma ausência e não podendo ser abarcada pela objetividade. O *objeto a* corresponde à dimensão do real, enquanto diz respeito a um âmbito sobre o qual não se pode ter um conhecimento objetivável. O *a* não concerne a um objeto cognoscível situado à frente, para o qual um desejo autocriado se dirigiria; encontra-se, ao contrário, atrás do desejo, causando-o, e definindo seu percurso em uma estrutura metonímica que dá à cadeia significante sua condição de deslizamento.

... o *objeto a* não é a finalidade, a meta do desejo, mas sim sua causa. Ele é causa do desejo na medida em que o próprio desejo é algo não efetivo, uma espécie de efeito baseado e constituído na função da falta, que só aparece como efeito ali onde se situa a idéia (sic) de causa, isto é, apenas no nível da cadeia significante, à qual o desejo confere a coerência pela qual o sujeito se constitui essencialmente como metonímia. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 343).

Em seu Seminário dedicado à temática da angústia, Lacan (1962-1963/2005) colocou o *objeto a* no centro da discussão, e apresentou a angústia como sua única tradução subjetiva. Objeto amboceptor, situado entre o sujeito e o Outro e indício da falta em ambos, o *a* é apontado por Lacan

(1960-1961/2010) como ponto crucial para o trabalho do psicanalista na clínica, tendo em vista que sua aparição revela uma perturbação que se anuncia ao nível do Eu Ideal, imagem especular unificada e completa.

Da mesma forma, a angústia se anuncia ao nível do eu, sendo destinada a ser apreendida pelo sujeito ao sinalizar a iminência de algo que apareceu no lugar da castração (-φ), um espaço que deve permanecer vazio devido a uma determinação estabelecida no estatuto da subjetividade (Lacan, 1962-1963/2005). Uma ausência, diga-se, em cujos contornos se apoia a viabilidade do sujeito enquanto desejante.

Lacan (1962-1963/2005) formula a falta em sua radicalidade como o que se perde a partir do momento em que algo chega ao saber, “... e a maneira mais segura de abordar esse algo perdido é concebê-lo como um pedaço do corpo.” (p.149).

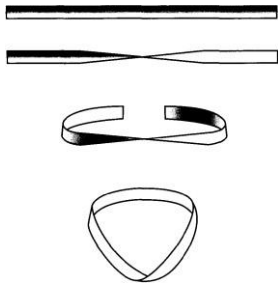
Esse ponto, convém dizer, comporta o suficiente de insustentável para que tentemos incessantemente contorná-lo. É um fato de duas faces, sem dúvida, quais sejam, que no próprio esforço de contorná-lo só fazemos desenhar mais seu contorno, e que, à medida mesma que nos aproximamos dele, somos sempre tentados a esquecê-lo, em função da própria estrutura representada por essa falta. Daí resulta - outra verdade - que todo o tormento de nossa experiência decorre de que a relação com o Outro, onde se situa toda possibilidade de simbolização e de lugar do discurso, liga-se a um vício estrutural. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 150).

Quando esse pedaço do corpo, o *objeto a*, é perdido, resta no lugar do corte o que Lacan (1962-1963/2005) apresenta por meio da Banda de Moebius, representativa da falta irredutível topologicamente. Trata-se de uma superfície que tem apenas uma face e que não pode ser virada, de modo que “se vocês a virarem sobre si mesma, ela será sempre idêntica a si mesma” (p.109), o

que designa para Lacan a ausência de imagem especular. A Figura 3, abaixo, foi retirada do Seminário, Livro 10, e mostra a Banda de Moebius.

Figura 3

A Banda de Moebius



Pegando esta faixa e, depois de abri-la, religando-a a ela mesma, fazendo-a dar uma meia-volta durante esse percurso, vocês obterão com muita facilidade uma banda de Moebius.

Uma formiga que caminhe por ela passa de uma das faces aparentes para a outra sem ter necessidade de passar pela borda. (Lacan, 1962-1963/2005, p.109).

A superfície da castração, por sua vez, possuiria uma borda redonda, com limites bem definidos. No entanto, quando o *objeto a* entra na dimensão da castração e ocorre uma transferência da dimensão do *objeto a* para a do $(-\phi)$, os limites da castração adquirem a forma do corte do *objeto a*, em que não se pode distinguir dentro e fora. É essa a descrição topológica do surgimento da angústia, enquanto um fenômeno simultaneamente interno e externo (Lacan, 1962-1963/2005). Lacan (1962-1963/2005) aborda a falta em sua natureza irreduzível por meio da representação de uma superfície que não pode ser preenchida, não possui imagem especular e que tem apenas uma face, correspondendo ao interior e ao exterior a um só tempo.

Neste primeiro capítulo, por meio do enfoque na constituição do sujeito, foi realizada uma aproximação da angústia, introduzindo suas relações com o *objeto a*, objeto causa do desejo, e com a castração ($-\phi$), dimensões da falta, fundantes do desejo e lugar de manifestação da angústia. As brechas que fazem da subjetividade uma não-totalidade são o que definem o sujeito enquanto desejante, porque o desejo depende da falta e implica incompletude. É precisamente ali, nas fissuras da imagem especular fundamentais ao desejo, que a angústia se manifesta.

O sujeito fala, e é porque fala que experimenta sua falta-a-ser, na medida em que a linguagem é deslizamento em torno do real, jamais sua apreensão (Lacan, 1960/1998, p. 661). Até aqui, espera-se que tenham ficado estabelecidas as condições para afirmar que só há angústia porque existe um sujeito que deseja, o que a torna um fenômeno que escapa a qualquer possibilidade de catalogação em que possa ser classificada como uma categoria psicopatológica. Assim, finaliza-se a primeira parte do trabalho, que conduziu à possibilidade de uma leitura da temática da angústia, a partir de Jacques Lacan.

Capítulo 2 – A temática da angústia: uma leitura a partir de Jacques Lacan

Em sua condição de fenômeno indissociável da constituição da subjetividade, a angústia convoca o psicanalista. Para Lacan (1962-1963/2005), em uma práxis que se refere ao desejo, é a partir da angústia que o discurso da psicanálise pode ser colocado para trabalhar para fornecer contribuições teóricas sobre os afetos. Freud (1926/2014), anteriormente, já havia delineado e indagado quanto à centralidade da angústia na teoria psicanalítica:

De onde vem a prerrogativa que o afeto da angústia parece ter em relação a todos os outros, de ser o único a provocar reações que se distinguem das outras como anormais e que, sendo inadequadas, contrapõem-se ao fluxo da vida? (Freud, 1926/2014, p. 94).

Neste trabalho, a psicanálise lacaniana é empregada para o enfoque da angústia. Nessa direção, o recorte definido por Lacan no seu décimo Seminário será aproveitado, com a utilização dos textos “Inibição, Sintoma e Angústia”, de 1926, e “O Infamiliar”, de 1919, para a alusão à leitura freudiana do tema.

O ensaio freudiano de 1919, “O Infamiliar”, destaca-se como alicerce para a compreensão da angústia em suas diversas manifestações. É comum que para tratar da temática da angústia recorra-se ao ensaio de 1926, “Inibição, sintoma e angústia”, no entanto, Lacan (1962-1963/2005) argumenta que neste texto o discurso freudiano oferece uma falsa sensação de segurança em relação à angústia, observando que nele Freud não abordou a angústia, o que sugere algo que é próprio dessa temática, enquanto diz respeito a um fenômeno que pode ser entendido apenas quando se considera o vazio no qual existe.

Harari (1997) analisa que a ausência de definição para a angústia permite que Lacan possa utilizar desenvolvimentos filosóficos de autores – como Kierkegaard, Heidegger, Sartre, entre outros, que não são comparáveis entre si ou com a psicanálise. Na leitura de Rabinovich

(1995/2005) quanto às influências filosóficas no ensino lacaniano da angústia, há passagens “... que são um amálgama muito sutil entre Freud, Heidegger, Hegel e, inclusive, Kant.” (p. 12), sem haver, todavia, a presença de uma razão filosófica, mas, ao contrário, um rompimento em relação à filosofia e uma aproximação da matemática moderna.

Quanto ao modo de pensar que é próprio à psicanálise, Lacan afirma em seu Seminário que a investigação da angústia contribui para evidenciar o que a racionalidade psicanalítica oferece de avanço ao campo do conhecimento:

De fato, se aqui temos de abordar aquilo de que se trata nesse livro, é para assinalar o tipo de progresso constituído pelo uso da razão psicanalítica, na medida em que ela vem responder, precisamente, à hiância (sic) diante da qual muitos de vocês ficam momentaneamente paralisados... (Lacan, 1962-1963/2005 p. 41).

Segundo Lacan (ibid.), “... a angústia não é sem objeto.” (p. 78), o que não equivale a definir qual é este objeto, considerando que não se trata de um objeto que possa ser alcançado, como um objeto comum, mas consiste em um objeto impreciso e não objetivável, que aponta para um hiato. Não se trata, ainda, do *objeto a* – este corresponde ao que a angústia traduz subjetivamente, Lacan não o define como o objeto da angústia. Assim, na angústia vigora a função da falta, crucial para o campo da psicanálise.

Destaca-se a observação de Harari (1997) quanto à psiquiatria e a psicologia, que “... são, por definição, fenomenológicas – continuam presas ao critério de um certo objeto localizável que, segundo sua aparição – ou não –, daria lugar ao medo ou à angústia, respectivamente.” (p.118). Segundo o autor, nesse tipo de classificação ocorreria uma reprodução na teoria do que se sabe de modo imaginário, produzindo-se uma tautologia a partir de uma evidência ilusória, em vez de se trabalhar com base no enunciado do sujeito que padece da angústia.

Nessa direção, observa-se uma profunda dessemelhança entre a psicologia e a psicanálise, expressa por Lacan (1962-1963/2005), ao afirmar que seu ensino não versa sobre “... uma psicologia, um discurso sobre a realidade irreal a que chamamos psique, mas sobre uma práxis que merece um nome: erotologia. Trata-se do desejo.” (p. 24). Ao discorrer sobre o âmbito da causa, imprescindível para a psicanálise por seu reportamento ao desejo e ao hiato, Lacan (ibid.) menciona a “ingenuidade de algumas pesquisas de psicólogos” (p. 310), que não se interessam pelo papel que a linguagem desempenha na subjetividade, enquanto aquilo que define o sujeito e onde este se revela em sua falta-a-ser:

O drama do sujeito no verbo é que ele experimenta ali sua falta-a-ser, e é disso que o psicanalista faria bem em esclarecer alguns momentos, pois, quanto ao psicólogo, ele não tem nenhuma possibilidade, com seus testes e até com suas gravações, onde eles não aparecerão tão cedo, esses momentos [de falta] ... (Lacan, 1960/1998, pp. 661 – 662).

As construções teóricas vigentes nos campos da psicologia e da psiquiatria – que neste trabalho abrangemos pela referência ao âmbito que se define como da saúde mental, concebem o saber como atrelado à consciência, podendo prescindir de uma perspectiva acerca do saber do inconsciente. Fica suprimida, no contexto de sua prática e epistemologia, a dimensão de engano que é própria à experiência do sujeito, tendo em vista a constituição subjetiva é atrelada ao registro do significante, dimensão que institui pela linguagem a possibilidade do equívoco.

... Vê-se isso melhor, justamente, quando se trata da angústia. E o que se vê é o quê? É que abordá-la cientificamente é sempre mostrar que ela é um imenso engodo. As pessoas não percebem que tudo aquilo sobre o qual se estende a conquista de nosso discurso resume-se, hoje, em mostrar que isso é um imenso engodo. Dominar o fenômeno através do pensamento é sempre mostrar como se pode fazê-lo de maneira enganosa, é poder

reproduzi-lo, ou seja, fazer dele um significante. Um significante de quê? O sujeito, ao reproduzi-lo, falsifica o livro contábil. Isso não é de nos surpreender, se é verdade que o significante é o vestígio do sujeito no curso do mundo. Só que, se acreditarmos que podemos continuar neste jogo com a angústia, pois bem, é certo que fracassaremos, porque a angústia escapa precisamente a esse jogo. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 89)

2.1. A certeza assustadora da angústia

A articulação própria ao funcionamento da linguagem implica um deslocamento dos significantes em uma rede na qual estes se articulam, instituindo a realidade do sujeito por meio da palavra, elemento simbólico que se coloca para além da materialidade objetiva e permite que a realidade pode ser compreendida e expressa. O mundo do sujeito caracteriza-se pela possibilidade do engano, um aspecto estabelecido pela fala e, portanto, ausente nos animais não humanos.

Os significantes deslocam-se por meio de um encadeamento, de tal forma que o sujeito pode apreendê-los e atribuir-lhes sentido ao remetê-los a outros significantes. O significante é o que engana, proporcionando uma articulação que concede a possibilidade de invenção por meio de um deslizamento em que os significados são atribuídos pela linguagem. No entanto, quando se trata da angústia, essa operação não é alcançável, porque a angústia fornece certeza e não pode ser situada na ordem do significante. A angústia não engana, e não poderia funcionar em uma cadeia caracterizada pelo engodo, o que impede sua apreensão através da operação de deslizamento que é inerente à linguagem:

A angústia tem um tipo de objeto diferente do objeto cuja apreensão é preparada e estruturada pela grade do corte, do sulco, do traço unário, do é isso que sempre funciona, fechando o lábio ou os lábios do corte dos significantes, que então se transformam em

cartas/letras fechadas, enviadas em envelopes selados a outros traços. Os significantes fazem do mundo uma rede de traços em que a passagem de um ciclo a outro torna-se então possível. Isso quer dizer que o significante gera um mundo, o mundo do sujeito falante, cuja característica essencial é que nele é possível enganar. A angústia é esse corte - esse corte nítido sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é impensável; é esse corte a se abrir, e deixando aparecer o que vocês entenderão melhor agora: o inesperado, a visita, a notícia, aquilo que é tão bem exprimido pelo termo "pressentimento", que não deve ser simplesmente entendido como o pressentimento de algo, mas também como o pré-sentimento, o que existe antes do nascimento de um sentimento. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 87).

Mesmo que a angústia não se situe no registro do significante e que a linguagem seja incapaz de recobri-la por completo, o simbólico poderá intervir sobre ela, tendo em vista que o funcionamento do significante ocorre em torno do real, registro em que a angústia se situa. Enfatiza-se a existência de um enlaçamento entre os registros, o que se vê desde a introdução do primeiro significante, que Lacan (1962-1963/2005) denomina traço unário, responsável pela divisão do sujeito e pelo conseqüente surgimento do *objeto a*, resto que enuncia a falta enquanto uma perda que é da ordem do real da carne.

Reforça-se o indicado por Harari (1997), quanto à possibilidade de intervir no fenômeno da angústia por meio da linguagem, mesmo que se trate de um fenômeno indizível e impossível de controlar pelo imaginário. No deslocamento que é próprio à cadeia significante se produz um efeito de metonímia que pode apaziguar os afetos, o que é possível também em relação à angústia, que pode ser atenuada pelo simbólico, conforme se vê no tratamento psicanalítico.

2.2. O *Unheimlich* e a falta da falta

Para desenvolver a temática da angústia, Lacan utiliza o conceito freudiano de castração, designando-o pela notação $(-\phi)$. Em Freud (1926/2014), o conceito de castração também é apresentado como fundamental na abordagem da angústia, que é caracterizada como sinal da aproximação do perigo e descrita como uma reação à ameaça da perda do objeto:

... adquirimos uma nova concepção da angústia. Até aqui nós a enxergamos como sinal afetivo do perigo, mas agora, tratando-se tão frequentemente do perigo da castração, ela nos parece constituir a reação a uma perda, a uma separação A primeira experiência angustiante, ao menos para os seres humanos, é o nascimento, e ele significa objetivamente a separação da mãe, pode ser comparado a uma castração da mãe (segundo a equação criança = pênis). (Freud, 1926/2014, p. 71).

Na interpretação dada por Lacan (1962-1963/2005) ao texto freudiano, o perigo em questão na angústia relaciona-se ao momento em que o *objeto a* é constituído – quando o indivíduo cede uma parte de seu próprio corpo. Ao estabelecer uma conexão entre o registro simbólico e o registro do imaginário, Lacan (ibid.) demonstra com a teoria do estágio do espelho que o falo não pode ser representado na imagem especular, porque está ausente tanto no sujeito quanto no Outro. Quando algo ocupa esse lugar, lugar da castração, denominado por Lacan como $(-\phi)$, a angústia é gerada.

O que está na base do fenômeno da angústia, diz Lacan (1962-1963/2005), é a castração imaginária, de modo que, porque não há imagem da falta, uma aparição qualquer nesse lugar é angustiante. Lacan (ibid.) sustenta que a angústia não é sem objeto, abordando a expressão "perda do objeto" por meio do conceito de *Unheimlich* – extraído do ensaio de Freud "O Infamiliar". Com esse conceito, Lacan (1962-1963/2005) apresenta a angústia não como o sinal de uma falta, mas

como um indício de que “os objetos não faltam” (p. 64), formalizando que na angústia o que está em questão é que “a falta vem a faltar” (p. 52).

A manifestação do *Unheimlich* está associada ao inesperado, ao repentino, dando notícias da emergência do que é inexprimível. No *Unheimlich*, há o aparecimento do que deveria ter permanecido oculto, o que não deveria surgir e, no entanto, se faz presente, deixando o sujeito imobilizado, aniquilado (Lacan, 1962-1963/2005).

Lacan (1962-1963/2005) menciona a importância dada por Freud à análise linguística em “O Infamiliar”, declarando que esse texto seria suficiente para justificar a prevalência dada por ele, Lacan, às funções do significante em sua leitura de Freud. Com o conceito de *Unheimlich*, que designa a um só tempo o que é familiar e o infamiliar, Freud (1926/2014) discorre sobre os atributos do inconsciente, no que se refere à característica, que lhe é própria, em que os contrários não se excluem, mas implicam-se reciprocamente, complementando-se ou passando por operações de substituição.

De acordo com Freud (1926/2014), na palavra *Unheimlich* o prefixo “Un” assinala o recalque, remetendo ao que foi familiar e tornou-se infamiliar. Naquele momento de sua obra, Freud anunciava: “... é a angústia que gera a repressão, e não, como julguei anteriormente, a repressão que gera a angústia.” (p.31), retificando o entendimento que havia construído até então a partir da investigação das neuroses atuais, em que:

... certas práticas sexuais como *coitus interruptus*, excitação frustrada e abstinência forçada geram ataques de angústia e uma predisposição geral à angústia; sempre, portanto, que a excitação sexual é inibida, detida ou desviada em seu caminho para a satisfação. Como a excitação sexual é expressão de impulsos instintuais libidinais, não parecia muito ousado

supor que a libido se transforma em angústia por influência dessas perturbações. (Freud, 1926/2014, p. 33).

Lacan empreendeu uma releitura das formulações freudianas sobre a angústia, ao mesmo tempo em que considerou os esforços de Freud quanto ao estabelecimento de uma correlação entre *coitus interruptus* e neurose de angústia, observando que essa prática sexual possibilitava que Freud pudesse produzir elaborações quanto à situação de detumescência do pênis, em que esse instrumento é subitamente tornado inútil, no contexto da união sexual, tornando-se ocasionador de angústia, de tal maneira que o mais relevante quanto à função fálica é sua queda, não sua presença (Harari, 1997).

Com efeito, a intuição inicial de Freud levou-o a situar uma certa fonte da angústia no *coitus interruptus*, no qual, pela própria natureza das operações em curso, o instrumento é evidenciado em sua função e, de repente, privado, na medida em que se supõe que o orgasmo signifique uma satisfação comum. Há nisso algumas questões que estou deixando em suspenso; simplesmente digo que a angústia é promovida por Freud, em sua função essencial, justamente ali onde a intensificação orgástica é desvinculada da exercitação do instrumento. O sujeito pode chegar à ejaculação, mas é uma ejaculação do lado de fora, e a angústia é provocada pelo fato de o instrumento ser posto fora de jogo no gozo. A subjetividade focaliza-se na queda do falo. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 186).

2.3. A angústia como defesa: sinal do desejo do Outro

“... o desejo do homem é o desejo do Outro.”

(Lacan, 1962-1963/2005, p. 31).

Acerca do surgimento do *Unheimlich*, Lacan (1962-1963/2005) formula o seguinte: “Pensem que estão lidando com o mais repousante dos desejáveis, em sua forma mais tranqüilizadora (sic) - a estátua divina que é apenas divina; que há de mais *Unheimlich* do que vê-la animar-se, ou seja, mostrar-se desejante?” (p. 296). A conversão do desejável em desejante, portanto, qualifica-se como angustiante e, como esclarece Harari (1997), revela o desejo do Outro. Convém lembrar a definição lacaniana acerca do Outro barrado, o Outro que deseja, como “...aquilo que me constitui como inconsciente, ou seja, \mathbb{A} , o Outro como aquele que não atinjo.” (1962-1963/2005, p. 36). Desejo do Outro, portanto, como desejo do inconsciente.

O Outro incompleto, na tentativa de restituir seu próprio *objeto a*, deseja apropriar-se de um pedaço do sujeito. A angústia instala um sinal, acerca de um cenário em que sujeito está sendo ameaçado por um Outro que deseja tornar-se completo a partir de sua incorporação, como aquilo que pode preencher o que lhe falta. A angústia é uma manifestação do eu, mas orienta-se para o sujeito como o sinal do desejo do Outro:

... Se isso se acende no nível do eu, é para que o sujeito seja avisado de alguma coisa, a saber, de um desejo, isto é, de uma demanda que não concerne a necessidade alguma, que não concerne a outra coisa senão meu próprio ser, isto é, que me questiona. Digamos que ele me anula. Em princípio, não se dirige a mim como presente, dirige-se a mim, se vocês quiserem, como esperado, e, muito mais ainda, como perdido. Ele solicita minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso é que é a angústia. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 169).

Lacan (1962-1963/2005) refere-se à angústia como um fenômeno de borda que é produzido no limite do eu quando este é constituído, mas que dá sinal de algo que se passa em outro lugar: na relação do sujeito com o *objeto a*. A angústia enquanto sinal, para Lacan, não remete à falta da mesma maneira que ocorre na concepção freudiana, em que a angústia é sinal do perigo da perda

do objeto. Para Lacan, a angústia sinaliza a “... falta de apoio dada pela falta” (p.64), o que quer dizer que quando não há a falta, uma certa forma de suporte que a falta fornece também está ausente, e é isso que a angústia sinaliza. A angústia, nesse ponto de vista, funciona como defesa, ao alertar que a falta poderá vir a faltar.

... não há discurso analítico que, depois de fazer da angústia a matéria derradeira de toda defesa, não nos fale de defesa contra a angústia. Assim, é desse instrumento tão útil para nos avisar do perigo que teríamos de nos defender. E eis que, por meio dessa defesa contra a angústia, explica-se toda sorte de reações, construções e formações no campo psicopatológico. Não haverá nisso um certo paradoxo, que exige que as coisas sejam formuladas de outra maneira, ou seja, dizendo que a defesa não é contra a angústia, mas contra aquilo de que a angústia é o sinal? Não se trata, na realidade, de defesa contra a angústia, mas de uma certa falta ... (Lacan, 1962-1963/2005, p. 153)

Em sua leitura das elaborações freudianas, Lacan (1962-1963/2005) diz que, no que se refere à concepção da angústia como sinal da iminência de uma situação de perigo, “... o perigo em questão está ligado ao caráter de cessão do momento constitutivo do *objeto a*” (p. 352). Para Lacan, o momento em que a função da angústia intervém antecede à cessão do objeto, ficando a função angustiante relacionada ao desconhecimento do sujeito acerca de qual *objeto a* ele é para o desejo do Outro, uma pergunta à qual o sujeito não pode responder.

A ameaça de que esse desejo possa vir a se concretizar, ou seja, que um dos objetos *a* do sujeito possa vir a ser apropriado pelo Outro – e, com isso, o sujeito seja reabsorvido para um estado de unificação, é o perigo do qual a angústia dá sinal. É nisso que a angústia tem uma função defensiva, posto que instala um alerta para o sujeito quanto à possibilidade de que a falta falte, em

uma apropriação do sujeito pelo Outro que faria com que as dimensões do desejo e do gozo se confundissem.

2.4. A função mediana da angústia entre gozo e desejo

O real não engloba tudo o que concerne à angústia, mas é nesse registro que se situa aquilo que não engana nela. A angústia é sinal do que se passa no real quanto ao espaço entre o gozo e o desejo, em virtude de posicionar-se entre essas duas dimensões. Com o quadro da divisão significativa do sujeito, reproduzido na Figura 4, Lacan (1962-1963/2005) indica a localização da angústia, na mediana entre gozo e desejo, ao mesmo tempo em que demonstra como, a partir da relação com o Outro originário (Outro como lugar do significante) o sujeito se constitui enquanto dividido, restando o *objeto a* entre eles, ao mesmo tempo em que o Outro é estabelecido como incompleto.

Figura 4

Quadro da divisão significativa do sujeito

A	S	Gozo
a	\bar{A}	Angústia
§		Desejo

Na dimensão do gozo está situado o sujeito mítico, um sujeito que ainda não existe – o qual Lacan denomina sujeito do gozo. Na dimensão da angústia Lacan introduz o *objeto a* e o termo que escreve o Outro barrado (\bar{A}), entendido como aquilo que institui o sujeito como inconsciente;

na dimensão do desejo está posicionado o sujeito já constituído, inserido no registro do significante, e sobre o qual incidem os limites da linguagem (Lacan, 1962-1963/2005).

A angústia está posicionada na dobradiça que separa as dimensões do gozo, dimensão mítica prévia à constituição do sujeito, e do desejo, que caracteriza o sujeito pela sua entrada na linguagem. Trata-se de um fenômeno que articula duas dimensões fundantes da subjetividade, estabelecendo-se em um âmbito em que se desdobra a relação do sujeito com o *objeto a*, relação sem a qual o sujeito não pode se constituir.

Nessa relação, que se dá pelo encontro com o Outro, o sujeito em vias de se constituir cede parte de seu corpo, o *objeto a*, a “libra de carne” que é desprendida no momento da incidência da linguagem pelo significante. Essa perda instituída pela linguagem é o que produz o sujeito em sua qualidade de incompleto e, por isso, desejante. Só existe um sujeito porque este fala, e é na dimensão da linguagem que o desejo revela sua natureza, uma vez que não é possível dizer tudo o que a subjetividade comporta, na linguagem há hiato, mal-entendido, engano.

Em sua ocorrência no simbólico, a castração (-φ) é o que permite o acesso do sujeito à cultura, sendo um lugar que deve permanecer vazio e correspondendo, no esquema óptico, ao lugar do *objeto a*, perdido de forma definitiva. A angústia surge quando algo aparece nesse lugar compartilhado pelo (-φ) e o *a*, sinalizando a falta da falta, e afetando o sujeito de forma profunda pela certeza acerca de sua constituição enquanto dividido, diante da ameaça de que o desejo do Outro reintegre o *objeto a* e, com isso, o sujeito, enviando-o a um suposto estado de unidade que o posicionaria na ordem do gozo e o anularia. A dimensão angustiante que se manifesta pela ocupação do lugar da castração (-φ), que deve ser vazio para que o sujeito seja incompleto e desejante, revela que “... o sujeito só tem um desejo quanto a essa castração primária, que é voltar a ela.” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 226).

2.4.1. O gozo do Outro, a demanda e o aniquilamento do sujeito

“... o desejo vem do Outro, e o gozo está do lado da Coisa.”

Lacan, 1964/1998, p. 867

Ao dizer que a angústia não é sem objeto, além de subverter o raciocínio próprio à psicologia e à psiquiatria, que define a angústia em função da ausência de um objeto observável à qual esteja relacionada, Lacan (1962-1963/2005) demarca a obscuridade desse objeto, assinalando que "não só ela não é sem objeto, como também, muito provavelmente, designa o objeto, digamos, mais profundo, o objeto derradeiro, a Coisa." (p. 339).

O conceito de A Coisa, *das Ding*, é apresentado por Freud tangencialmente em momento inicial de sua obra, de modo que suas implicações teóricas não motivaram desdobramentos demorados. “Entretanto, a perspicácia da leitura lacaniana descobriu as enormes implicações daquilo que, sendo tematizado por Freud, não chegava ao grau de uma articulação consistente e central”. (Harari, 1997, p. 72).

Segundo Lacan (1962-1963/2005), a angústia como aquilo que não engana tem relação com A Coisa, esse objeto primordial que equivale à Mãe enquanto efeito de estrutura, objeto derradeiro ao qual a angústia remete e dá mostras da dimensão do real, enquanto o que retorna. Na relação empírica da mãe com o filho existe uma plenitude e um fechamento semelhantes à gestação, completude que deixa marcas sobre o corte que separa o *objeto a* da imagem especular, *i(a)*. A criança não se angustia pelo afastamento da mãe, mas quando a ausência não é possível:

... O que há de mais angustiante para a criança é, justamente, quando a relação com base na qual essa possibilidade se institui, pela falta que a transforma em desejo, é perturbada,

e ela fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta, quando a mãe está o tempo todo nas costas dela, especialmente a lhe limpar a bunda, modelo da demanda, da demanda que não pode falhar. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 64).

De acordo com Lacan (1962-1963/2005), o essencial da dimensão da demanda não consiste no aspecto da exigência, com o qual em geral é definida. O mais elementar na demanda reside no que ela traz de enigma, naquilo que é endereçado ao sujeito em termos de uma formulação indagadora. Esse nível da demanda comparece na angústia do pesadelo:

O correlato do pesadelo é o íncubo ou o súcubo, esse ser que nos comprime o peito com todo o seu peso opaco de gozo alheio, que nos esmaga sob seu gozo... esse ser que pesa por seu gozo é também um ser questionador, e que até se manifesta na dimensão desenvolvida da pergunta a que chamamos enigma. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 73).

No pesadelo, a angústia é vivida como gozo do Outro, um gozo opressivo que atinge o sujeito por seu peso totalitário. Ao mesmo tempo, se mostra a dimensão da demanda, na forma de um questionamento que institui a função angustiante em sua modalidade primordial, relacionada à pergunta impossível de responder, aquela que indaga quanto ao desejo do Outro, sobre qual é o *objeto a* que o Outro quer do sujeito.

Independentemente da forma de manifestação da angústia, o que ocorre nela pode ser compreendido por meio do que ocorre quando, no mito, Édipo arranca os próprios olhos, após saber da relação incestuosa que manteve com sua mãe. A angústia não reside na extirpação dos próprios olhos, mas na visão impossível deles no solo, uma visão desses olhos no papel de descobridores do desejo derradeiro, um desejo que está além dos limites, ainda que não exista atribuição de culpa, já que Édipo transgrediu a lei de interdição ao incesto sem que o soubesse (Lacan, 1962-1963/2005).

A angústia advém da exigência, proveniente do desejo do Outro, de que o sujeito se entregue por completo, uma entrega que conduziria a um suposto gozo pleno, para além dos limites, um gozo inexistente, mas no qual o sujeito acredita e que supõe que se localize no campo do Outro. O suposto lugar desse gozo total é o lugar da Coisa, a mãe enquanto estrutura, esse objeto derradeiro e prévio à existência do sujeito enquanto tal, porque está unido ao sujeito em um estado mítico de plenitude. Por intermédio do pai, o desejo é normalizado pela imposição de um limite, e situado enquanto desejo por meio da interdição ao incesto – a lei que impõe diretrizes quanto ao desejo pela mãe. Dessa maneira, o desejo é a própria lei, na medida em que é a lei que o institui enquanto tal, enquanto não concretizado (Lacan, 1962-1963/2005).

A origem do sujeito ocorre pela sua entrada na linguagem, por meio de uma relação que implica uma perda não apenas para o sujeito, mas também impõe a incompletude ao campo do Outro. Trata-se da castração, que sustenta o desejo e cujos contornos estabilizam a permanência do sujeito na cultura. Tais limites definem o sujeito enquanto desejante e encontram-se apagados na angústia, fenômeno que sinaliza que o apoio que a falta provê para o sujeito está ausente. Na situação em que “a falta vem a faltar” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 52), típica da angústia, o sujeito se encontra na iminência de ser aniquilado por um Outro que deseja reintegrá-lo, vigorando a ameaça de um retorno a um suposto estado de plenitude, de um gozo total.

2.5. A fantasia encobre a falta, mas nela se sustenta

Como visto, o *objeto a* surge a partir de seu desprendimento, simultaneamente à constituição do sujeito. A produção do *objeto a* diz respeito à falta tanto no sujeito quanto no Outro, se constituindo como uma ausência que pertence a ambos, de modo que o desejo incide não apenas sobre o sujeito, mas também sobre o Outro. Rabinovich (1995/2005) elucida que a castração do

Outro é a resposta insuportável sobre o desejo, tanto para o sujeito quanto para o Outro, de modo que à pergunta pelo desejo do Outro há respostas encobridoras, que buscam obturar a divisão do Outro.

As formas da constituição do *objeto a* são apresentadas por Lacan (1962-1963/2005) em correlação com as etapas de formação do sujeito, de modo que a etapa ligada à visão corresponde à fantasia³. A fantasia funciona como defesa contra a angústia, porque coincide com a imagem que serve de suporte ao desejo do Outro, um desejo que é também o desejo do sujeito, do qual ele nada sabe. A imagem que dá suporte ao desejo na fantasia é apaziguadora para o sujeito em razão de preencher o que falta, mesmo que de maneira ilusória. Lacan (1960/1998) enuncia que o sujeito vivencia a falta por meio da linguagem, e é nesse contexto que a imagem proporciona proteção contra a falta.

Harari (1997) retoma que a fantasia “... como recurso, ‘supre’ aquilo que falta no encontro sexual; desse modo, à medida que (se) ativa a fantasmaticização (sic), o sujeito pode aceder ao orgasmo.” (p. 197). A fantasia, então, provê uma resposta tranquilizadora quanto ao desejo do Outro, camuflando a impossibilidade de completude, suposição vigente na dimensão da união genital, de modo que “... a fantasia do amor ... conduz à busca da “outra metade”, “a meia laranja”, para assegurar a plenitude.” (p. 206).

Lacan (1962-1963/2005) fala de uma equivalência entre o desejo do Outro e o desejo entendido como imagem-suporte do desejo, escrevendo essa imagem-suporte com a notação $i(a)$, atribuída à imagem especular, e que neste caso designa uma imagem que é da ordem da fantasia. Para Rabinovich (1995/2005), Lacan o faz para dizer que “a imagem especular, com a qual se

³ Neste trabalho, entende-se a fantasia como uma formação que não se confunde com a atividade de imaginação, devaneio.

recobre a fantasia, é equivalente ao desejo do Outro, isto é, é o que se inventa como resposta ao desejo do Outro” (p. 26), de tal forma que há homologia entre a fantasia e o Eu ideal, enquanto respostas que mascaram a falta do Outro.

Ainda que ocorra uma obturação do (-φ) da castração na fantasia, trata-se de uma maquiagem. A fantasia sustenta-se pela falta, na medida em que nela um *objeto a* “postiço” ocupa o lugar vazio como um “tampão”, de modo que a existência de uma fenda é o que delimita o lugar que o *objeto a* vem a ocupar, fazendo da existência do vazio um requisito para a fantasia. Se o *objeto a* falta nesse lugar vazio, vigora o (-φ) da castração, cujo perímetro delimita o espaço que o *objeto a* ocupará.

Ao camuflar a falta, a fantasia mantém uma estruturação imaginária que impede o encontro do sujeito com o registro do real, dimensão da angústia. Assim, a fantasia desempenha uma função protetiva em relação à angústia, fornecendo respostas apaziguadoras para a questão sobre o desejo. Um desejo que é o desejo do Outro, e que só existe porque tanto o sujeito quanto o Outro são incompletos desde a constituição da subjetividade, devido à perda do *objeto a* – objeto impossível de apreender, e que desempenha a função de causar o desejo.

Na fantasia, o *objeto a* simula estar à frente do desejo e permite sua manutenção; nela, ocorre uma proteção contra a angústia, ao mesmo tempo em que os contornos da castração são mantidos, porque o lugar da falta é imprescindível para que a fantasia possa se manter no lugar, à maneira de uma tampa que estanca uma abertura cujo fluxo determina o posicionamento daquilo que o veda, e estabiliza com sua forma o mecanismo de obturação. A resposta fantasmática ao desejo do Outro impede um fluxo devorador em direção à Coisa, que se desencadearia pela tentativa de absorção do sujeito pelo desejo do Outro, que o toma como um *objeto a* que poderia preenché-lo – desdobrando-se um gozo irrestrito.

O âmbito da falta é essencial na constituição e manutenção do sujeito na cultura, considerando que o sujeito falante é falta-a-ser. Na linguagem, a falta se revela pela equivocação e não-totalidade por meio das quais o desejo só pode se expressar como insatisfeito, enquanto o significante faz o desejo deslizar como metonímia na cadeia significante. A castração estabiliza a dimensão da falta por meio de seus contornos e permite a manutenção do desejo, mesmo na fantasia. Conforme diz Lacan (1958/1998):

A metonímia, como lhes ensino, é o efeito possibilitado por não haver nenhuma significação que não remeta a outra significação, e no qual se produz o denominador mais comum entre elas, ou seja, o pouco de sentido (comumente confundido com o insignificante), o pouco de sentido, digo eu, que se revela no fundamento do desejo ... (pp. 628-629).

A queda da fantasia poderá implicar a angústia, na medida em que envolve uma ausência de resposta sobre o desejo e confronta o sujeito com a falta que o constitui, no entanto, trata-se também de um processo que envolve a possibilidade de encontro do desejo em sua dimensão de infinitude. Recordar-se que o sujeito só pode se constituir pela perda do objeto, de tal forma que quando se perde o *objeto a* posição da fantasia pode-se avistar o desejo para além da metonímia da cadeia significante, o desejo enquanto desejo do Outro e que implica a determinação radical do sujeito pela falta.

2.6. Na direção de um “remédio” para a angústia

É por um efeito de metonímia que será factível o aparecimento de uma singularidade, manifesta em um processo de produção de sentido a partir do qual o sujeito serve-se da linguagem para realizar um movimento de encadeamento significante. Por meio da palavra é possível dizer e

fazer algo com aquilo que, por ser do âmbito do real, é imutável, inalcançável e incompreensível em sua totalidade, um processo que só poderá ser inventivo, considerando que não há significação em si mesma, trata-se de uma produção na qual o que não é completamente dizível pode ser pronunciado enquanto tal. O desejo é esse movimento infinito de encadeamento significativo, porque “... é a metonímia da falta-a-ser.” (Lacan, 1958/1998, p. 629).

A linguagem é o que permite a organização do imaginário, domínio da fantasia. Ao funcionar no plano da palavra, um tratamento pela psicanálise tem o potencial de ser eficaz no manejo da posição do sujeito nesse domínio, posicionamento em dependência do qual diferentes cenários poderão ser visualizados ou não por ele, o que impactará a relação do sujeito com a realidade e com os semelhantes. Ao atingir a posição do sujeito no domínio da fantasia, opera-se no plano das respostas ilusórias à pergunta acerca do desejo, encobridoras da verdade insuportável acerca da falta.

O sujeito, no encontro com sua falta-a-ser, pode ultrapassar a imagem narcísica unificante, imagem ao nível da qual a angústia dá o sinal da iminência de um aniquilamento do sujeito pelo desejo do Outro, uma anulação que ocorreria por meio da absorção do sujeito em uma completude que sobrepõe desejo e gozo. A ultrapassagem da imagem narcísica, $i(a)$, consiste em sua retirada do lugar que é do sujeito, lugar que será assumido então por um sujeito que só o pode ser porque o *objeto a* está perdido permanentemente, tanto para ele quanto para o Outro, entendido enquanto o que constitui o sujeito como inconsciente.

Realizado o percurso em que se pretendeu produzir meios para se falar da angústia em sua conexão estrutural com a maneira pela qual o sujeito é formado, o capítulo seguinte tratará da questão clínica da angústia, dentro de um recorte em que se espera alcançar reflexões acerca da práxis psicanalítica nos contextos definidos pelo discurso da saúde mental. Levando em

consideração que esse campo comporta a possibilidade de tratar a angústia inteiramente em função do que é visível nela, apreendendo-a por meio da comparação de suas manifestações com o que é listado enquanto categoria psicopatológica, percebe-se que as intervenções nesse contexto poderão envolver a supressão do que a psicanálise considera fundamental: a palavra.

Prescindir da linguagem não é possível em um tratamento pelo referencial da psicanálise, porque é pelo simbólico que o psicanalista poderá chegar a um manejo da angústia. Na clínica psicanalítica, a angústia será tomada não apenas no que oferece de perturbação ao nível de suas manifestações, mas fundamentalmente no que pode indicar quanto ao desejo, que só pode se sustentar por uma apropriação pelo sujeito de suas manifestações inconscientes, portadoras do equívoco, dos deslizes e do inesperado. Na clínica que vai da angústia ao desejo, aposta-se em uma operação de manejo da posição do sujeito, provocando um movimento que possa devolver seu lugar de sujeito desejante, um percurso no qual um silenciamento da angústia só poderia ser prejudicial, levando-se em conta sua função sinalizadora.

Destaca-se que o termo “remédio” é polissêmico neste trabalho, operando como instrumento de problematização do que se pode oferecer em termos de tratamento em uma clínica que recebe o sujeito em situação de sofrimento psíquico. Na condução de uma clínica de base psicanalítica, em seu objetivo de acolher o sofrimento dos sujeitos que buscam por ela, se há algo que possa ser vislumbrado em proximidade ao conceito de remédio, consiste no desejo – e isto se vê de forma privilegiada quando se trata da angústia.

Nesse sentido, espera-se que o enfoque da angústia possa funcionar como recurso teórico-conceitual para a reflexão que aqui se desdobra, tendo em vista sua condição de inseparabilidade da experiência humana. Remédio para angústia, nesta investigação, não faz referência a qualquer

aspiração por eliminá-la, mas sim à possibilidade de um manejo clínico que possa intervir sobre ela e torná-la um instrumento para a condução do tratamento.

Capítulo 3 – A clínica: da angústia ao desejo

Como discutido neste trabalho, por se tratar de um fenômeno indissociável da constituição da subjetividade, a angústia escapa a qualquer possibilidade de classificação em que seja descrita por meio de categorias psicopatológicas. Depreende-se disso que tratá-la clinicamente como patologia a ser extirpada aponta para uma lógica de cuidado em que o sujeito não pode comparecer, tendo em vista que as manifestações da angústia necessariamente o implicam.

Neste capítulo, será apresentada uma reflexão acerca da clínica psicanalítica que se desenvolve nos espaços vinculados ao campo da saúde mental, profundamente associado à premissa de objetividade e construído a partir do observável. Um tratamento baseado na descrição do fenômeno e em sua categorização como psicopatologia utiliza estratégias que visam uma cura, cujo sinônimo é o silêncio do corpo por meio da eliminação do distúrbio, algo impossível quando o fenômeno em questão é estrutural e irremovível.

Não obstante as tensões existentes entre a clínica psicanalítica e o âmbito da saúde mental, é pertinente salientar a relevância deste último no que tange à proteção social. O cuidado ao sofrimento psíquico usualmente é tornado disponível à população por meio de políticas públicas de Estado, dentre as quais pode-se mencionar as que se desenvolvem nas instituições de ensino, nos hospitais, nos variados serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), indispensáveis para a garantia de direitos, tendo em vista que os serviços públicos são a forma exclusiva de acesso à saúde para uma parcela considerável da população brasileira (Paula, s.d).

Levanta-se a importância de uma breve digressão para especificar como as políticas públicas são entendidas neste estudo. Segundo o economista e cientista político Eduardo Condé,

trata-se de um conceito controverso, o que leva à necessidade de um resgate da diferença, em língua inglesa, entre *policy* e *politics* para uma reflexão sobre o tema:

Enquanto *policy* designa um sentido específico, associado à política como administração, como determinada ação dirigida (política de saúde, educação, aposentadorias, p. ex.), *politics* indicia o jogo político em si, a própria ação de governar e o movimento associado aos partidos, o Parlamento e a relação com os governados. (Condé, 2006, p. 77).

Não se pretende, aqui, um aprofundamento nas discussões sobre a elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas, contudo destaca-se que as políticas de saúde são construções que dependem de múltiplos fatores, sejam eles referentes ao jogo político propriamente dito ou aos objetivos das agendas de um governo e da orientação de suas ações. No que se refere à presente discussão, é importante indicar que a psicanálise encontra espaço no contexto das políticas públicas de saúde mental.

No Brasil, assegurar o direito constitucional à saúde é uma obrigação do Estado, implicando que a assistência à saúde seja ofertada para toda a população, e nisso está incluído o que convencionalmente é compreendido por saúde mental. O Ministério da Saúde segue a definição de saúde produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, apontando a natureza biopsicossocial da saúde mental – considera-a decorrente da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Tal concepção da saúde permite que se compreenda que a saúde mental é socialmente determinada e sustenta a possibilidade de um cuidado que envolva a subjetividade, por meio das terapias psicológicas (Ministério da Saúde, s.d.).

⁴ Criada em 1948, a OMS é uma entidade da qual participam 194 nações que elegem uma liderança para conduzir a realização de metas globais em saúde. A Organização coordena uma resposta global a emergências de saúde, promovendo a saúde universal por meio de políticas e programas fundamentados na ciência (World Health Organization, s.d.).

Conforme as informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, para que a política de saúde mental possa ser abrangente, os serviços estão organizados e interligados em uma rede, presente em cada território. A rede de serviços de atenção psicossocial busca a sintonia com os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial, solidificando os princípios da política que teve início por meio de um extenso processo de desinstitucionalização, ao direcionar a assistência de um modelo hospitalar para um enfoque comunitário. Nesse sistema, o cuidado é oferecido "... por meio de ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos, assistência e cuidado, bem como reabilitação psicossocial e reinserção das pessoas com transtornos mentais e outras condições clínicas decorrentes do uso de álcool e outras drogas." (Ministério da Saúde, s.d.).

É inquestionável a importância das políticas públicas para a garantia do direito constitucional à saúde para a população brasileira, a hipótese deste trabalho não pretende e não poderia contestá-lo; trata-se de políticas que representam avanços expressivos e promovem amplitude no cuidado, evitando diversas formas de violência, que vão desde a individualização do sofrimento aos graves ataques à dignidade e à integridade física, que sucedem nos contextos manicomiais.

Em que pese o indiscutível papel social da política de saúde mental, este campo está inclinado à uniformidade discursiva, como se vê na escolha pelo termo "transtorno mental", oriundo do campo médico, apesar de a política comportar um corpo técnico de formação diversificada. Maesso (2013) argumenta que houve um processo de colonização pela medicina do termo diagnóstico, quanto a seu método e finalidade, ocasionando que a construção de diagnósticos no campo da saúde mental seja empreendida com discrepâncias em relação aos requisitos da psicanálise. Segundo a autora, o método diagnóstico da área médica é indubitavelmente adequado ao tratamento das afecções orgânicas, todavia "o mesmo método pode ser desastroso quando

aplicado sobre as formações sintomáticas usadas como um meio de dizer do próprio sujeito acerca de sua verdade” (p. 21).

A questão que originou e perpassa este trabalho diz respeito à prática clínica da psicanálise nos espaços coordenados pelos discursos da saúde mental, e o condutor teórico da reflexão é a temática da angústia. O estudo da angústia mostra-se propício para fazer trabalhar a hipótese de que, além da práxis psicanalítica ser possível em espaços diferentes dos consultórios particulares, a psicanálise apresenta um questionamento acerca das formas de cuidado nos locais em que é desenvolvida. Essa interrogação incide sobre o conhecimento enquanto tal, porque a psicanálise “... coloca-se por si mesma num aquém que precede o momento do conhecimento.” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 66).

Destaca-se que a práxis psicanalítica não é dissidente da política de saúde mental, mas das práticas que tendem a promover o cuidado com ancoragem total nos métodos descritivos e categorizadores; trata-se de métodos que arriscam o tratamento ao privilegiar o recurso à intervenção química, ainda que a estratégia medicamentosa não seja apresentada na política de saúde mental como a única possibilidade de cuidado. A política prevê, por exemplo, que “o acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções terapêuticas, medicamentosas ou não, se e quando necessárias, conforme cada caso.” (Ministério da Saúde, s.d.).

Sustenta-se que a presença do psicanalista possui o potencial de introduzir um discurso que possa admitir e suportar que o conhecimento não seja total. Implementando a psicanálise enquanto um discurso que não admite a completude, o psicanalista poderá proporcionar a circulação de outros discursos e tratar a cada um deles como mais um discurso entre vários outros, na medida

em que nenhum detém qualquer tipo de totalidade, no que se inclui a própria psicanálise. Aqui, inicia-se um delineamento da maneira pela qual a escuta analítica situa-se fora do fluxo habitual que dá ao tratamento uma direção que dificilmente levará ao sujeito.

3.1. A clínica psicanalítica nos contextos da saúde mental

A clínica psicanalítica contemporânea encontra lugar no campo da saúde mental. No entanto, a práxis da psicanálise não é operada como uma continuação da clínica que é típica desse campo. Miller (1993/1999) defende que a saúde mental não deve ser critério para a prática analítica, e Clavreul (1978/1983), de forma semelhante, discorre que a psicanálise não se ocupa em preencher as lacunas do discurso médico, um discurso que demanda que o psicanalista o complemente com sua técnica e seu saber.

Embora o psicanalista possa desenvolver sua práxis como trabalhador do campo da saúde mental, há diferenças entre essas duas funções, diz Miller (1993/1999), indicando que o psicanalista não pode assegurar o que a Organização Mundial de Saúde (OMS), norteadora das práticas em saúde mental, designa como estado de completo bem-estar físico, mental e social. Esse imperativo que define a saúde seria impossível, diz o autor, acrescentando que o modelo de saúde da área médica caracterizado pelo silêncio dos órgãos é irrealizável, porque não é possível silenciar o inconsciente.

O inconsciente, de acordo com Miller (1993/1999), não é da ordem do mental, embora pareça. Como visto com as elaborações lacanianas acerca do estágio do espelho, na humanidade não é possível um estado de equilíbrio do *Innenwelt* e do *Umwelt*, do organismo e da realidade. Segundo Miler (ibid.), a correspondência da realidade com o organismo é o que poderia corresponder a uma saúde mental perfeita, o que só ocorre aos animais não humanos, que têm uma

mente que permite o estabelecimento de uma diferença entre real e realidade em que há um alinhamento do imaginário com o real. Como visto, se pudessem ser situados no esquema óptico, sua constituição se encerraria na fase em que está presente apenas o espelho esférico, sem a interposição do simbólico.

Mas, para o homem, o mundo está tomado pelo social. Há que dizer que a linguagem perturba fundamentalmente a adequação do *Inmwelt* e do *Umwelt*, isto é, que a enfermidade mental está em nós, desde o princípio. Então, nosso modelo de saúde mental não é o do animal. Em nosso ambiente atual, o exemplo de saúde mental seria antes a máquina. Por isso pode-se dizer que alguém “tem os cabos cruzados”. Quer dizer que nosso ambiente não tem nada de natural, senão que está estruturado pela linguagem e repleto de direitos e deveres. Freud já indicou que nossa mente está perturbada pelo narcisismo, que constitui um obstáculo fundamental à adequação e é o princípio, a consequência dessa perturbação sobre o mental. (Miller, 1993/1999, p. 21).

Conforme já mencionado neste trabalho, Lacan (1962-1963/2005) se refere ao discurso da psicanálise como uma “erotologia”, uma práxis que tem relação com o desejo, distinto do discurso da psicologia sobre a psique. Quanto à menção de Lacan a uma erotologia, ressalta-se a leitura de Harari (1997):

Erotologia não é sexologia, já que não pressupõe nenhuma adequação sexual, senão que, levando em conta o desejo, toma-o como uma dimensão intrínseca ao sujeito, que de modo redundante é chamado de falante. Se é sujeito, pode sê-lo por estar constituído como efeito da condição interlocutiva que o gerou. O sujeito não é senão efeito do significante. (p. 31)

Segundo Clavreul (1978/1983), o discurso sobre a psique está associado ao discurso médico, mesmo que não se oriente por determinações orgânicas para explicar a etiologia das

doenças, mas o faça por meio de hipóteses psicogênicas empregando a metodologia médica ao seu objeto. Segundo o autor, a ligação da práxis do psicanalista ao discurso médico enfraquece a referência dessa prática ao campo psicanalítico, oportunizando a colaboração ao discurso dominante ao qual se vincula o discurso médico, de modo que atender ou não ao poder médico constitui uma escolha política do psicanalista.

Partindo das elaborações de Clavreul (ibid.), no que se refere ao enlaçamento entre discurso sobre a psique e discurso médico, visto que os princípios de ambos são os mesmos, temos que a clínica da saúde mental se coloca em relação de contiguidade à clínica médica. Recebendo influência dos parâmetros médicos, o campo da saúde mental é atravessado pelo imperativo de cientificidade próprio à clínica médica, que incorpora o que é suscetível de ser observado e expresso em termos médicos enquanto rejeita quaisquer outros discursos, de tal maneira que o discurso do sujeito sobre si tende a ocupar um lugar que tem pouca importância para as práticas dessa clínica.

O psicanalista encarrega-se da subjetividade e interessa-se pelo equívoco, como se vê na importância clínica dada aos atos falhos, lapsos e chistes, por exemplo, que dão sinal do funcionamento do inconsciente segundo suas leis, as da linguagem. O discurso médico, ao contrário, guia-se pela objetividade com o intuito de impedir enganos nas observações, diagnósticos e tratamentos. O que escapa à objetividade não é considerado pelo discurso médico como fato, em consequência de não ocupar um lugar nesse discurso:

Esses elementos, estranhos ao discurso médico, e, no entanto, singularmente insistentes, uma vez que é continuamente que os doentes os apresentam ao médico, são verdadeiramente "não fatos" em relação à medicina. Os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente, os distúrbios funcionais, as modificações de humor, do sono, da

vida sexual, sobretudo a angústia, e tudo o que forma o fundo de um tipo de reivindicação permanente e tagarela, é acolhido por uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas este permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los, uma vez que os diversos medicamentos que pode utilizar não têm maior especificidade que a antiga teriaga [⁵]. (Clavreul, 1978/1983, p. 84).

A respeito da posição do psicanalista na instituição de saúde mental, é notável a argumentação de Laurent (1996/1999), em defesa de uma dimensão de cidadania na função do psicanalista, um aspecto que justificaria sua inserção no aparato da saúde mental. O analista cidadão, para o autor, seria aquele que adota uma postura participativa, interessando-se pela singularidade de cada sujeito enquanto instrumento útil para a coletividade, e incidindo sobre as modalidades de segregação, desrespeito e violência. Sob este ponto de vista, os psicanalistas:

Haverão de pedir, de pedir algo à saúde mental. Pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e, por meio de publicações, por meio de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. Não uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas precisamente formas compatíveis com o fato de que, se já não há ideais, só resta o debate democrático. Isso não é o silêncio. O dizer silencioso do analista consiste em contribuir para que, cada vez que se intente erigir um

⁵ Segundo o Dicionário Houaiss (Grupo UOL, s.d.), a teriaga era “... usada no passado como preventivo e remédio contra diversas enfermidades, além de antídoto contra a mordedura de animais venenosos”.

ideal, possa-se denunciar que a promoção de novos ideais não é a única alternativa. (Laurent, 1996/1999, p. 11).

No que concerne ao engajamento do psicanalista na reivindicação de um modelo democrático de saúde, abre-se a oportunidade de fazer menção à ética da psicanálise. “Se há uma ética da psicanálise – a questão se coloca –, é na medida em que, de alguma maneira, por menos que seja, a análise fornece algo que se coloca como medida de nossa ação – ou simplesmente pretende isso.” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 364).

De acordo com Lacan (1958/1998), a ética da psicanálise não se refere a fazer o bem, de modo que no contexto analítico tal prática é considerada um princípio do poder. Para a psicanálise, o que estabelece a ética é a experiência trágica da vida, uma dimensão que convoca o sujeito a uma reorientação de valores por meio do desejo. No curso de um tratamento pela psicanálise coloca-se a questão ética: “agiste em conformidade com teu desejo?”, uma indagação que não diz respeito à ética tradicional. (Lacan, 1959-1960/2008.).

Fazer o bem para o outro é um postulado comum quando se trata da ética tradicional, que tem relação com a ordem e com a moral do poder, vinculando seus princípios à “depreciação de desejo, modéstia, temperança.” (Lacan, 1959-1960/2008, p.368). Na perspectiva analítica o sujeito só pode ser culpado de não ter sustentado sua condição de desejante: “Em última instância, aquilo de que o sujeito se sente efetivamente culpado quando apresenta culpa, de maneira aceitável ou não pelo diretor de consciência, é sempre, na raiz, na medida em que ele cedeu de seu desejo.” (Lacan, *ibid.*, p.373).

Conforme Lacan (1959-1960/2008), a ética da psicanálise coloca a dimensão do impossível no âmago da experiência analítica, um lugar que é ocupado pelo desejo, enquanto intangível e ilimitado. Em contraste, a ética tradicional lida com o que é da ordem do possível. Neste ponto, é

relevante considerar que na clínica institucional trata-se de trabalhar a partir do possível, na materialidade das situações de vulnerabilidade socioeconômica em que podem se encontrar os sujeitos, dos atravessamentos de ordem burocrática/organizacional, da sobrecarga das equipes técnicas, das carências ambientais e instrumentais, entre outros. Entretanto, concebe-se que a práxis psicanalítica institucional manterá a ética da psicanálise como norteadora, operacionalizando o possível para conduzir o sujeito a uma experiência em que possa valer-se da palavra para contornar o impossível.

Na angústia, há uma irrupção momentânea, não contínua, havendo nela uma agudeza que muitas vezes alcança o corporal, dando mostras desse afeto em que o sujeito é implicado de maneira pungente, profunda e íntima. O advento da angústia na clínica psicanalítica é tratado em suas relações com o desejo e o psicanalista conduz essa angústia, evitando um agravamento que provoque a demolição brutal das identificações, o que lançaria o sujeito na crueza do real caso não haja recursos simbólicos para tecer significações que pudessem fazer algum contorno naquilo é intangível e insuportável.

A seguir, o leitor encontrará apresentações de fragmentos clínicos em cada uma das subseções que constituem a primeira parte deste capítulo final. Trata-se de vinhetas provenientes de atendimentos realizados no contexto de uma clínica de base psicanalítica, desenvolvida em uma instituição pública de ensino superior por meio de um serviço de psicologia. São construções clínicas produzidas pela pesquisadora-psicanalista, e não consistem em transcrições de atendimentos ou dados empíricos de sujeitos atendidos no serviço institucional. Optou-se por dar nome aos sujeitos que serão representados, como forma de singularizar cada uma das experiências utilizadas como ilustração.

3.1.1. A Demanda, ou “todos estão fazendo, menos eu”

Para a psicanálise a demanda não é sinônimo de um pedido ou de uma exigência, mas funciona no plano da indagação quanto ao desejo, um questionamento que é impossível de responder. A demanda do neurótico é que sejam feitas demandas a ele – o neurótico indaga acerca do desejo do Outro, e com isso espera que lhe seja dirigida uma solicitação que revele algo desse desejo. A demanda que só pode manter-se em um estado de resolução está diretamente relacionada ao aparecimento da angústia, porque a angústia é gerada quando não é preservado algum vazio na dimensão da demanda (Lacan, 1962-1963/2005).

O poder científico, segundo Lacan (1966/2001), disponibiliza “agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos” (p.10), pedindo que os profissionais a ele referidos os testem e respondam de forma compatível com o discurso médico-científico. A posição médica consolida-se pela demanda, diz Lacan (ibid.), uma demanda que será respondida pelo referencial científico, a partir do observável e com o intuito de oferecer um tratamento que lhe seja fiel, posicionando-se enquanto capaz de oferecer uma suposta solução acerca do desejo.

É do desejo que a psicanálise se ocupa. E, mesmo nos discursos que não se ocupam dele, o desejo está presente. No discurso científico o desejo aparece apropriado pela paixão do saber, sob o risco de transitar para a esfera do gozo:

Creio que ao longo desse período histórico, o desejo do homem, longamente apalpado, anestesiado, adormecido pelos moralistas, domesticado por educadores, traído pelas academias, muito simplesmente refugiou-se, recalcou-se na paixão mais sutil, e também a mais cega, como nos mostra a história de Édipo, a paixão do saber. É essa que está tendo um andamento que ainda não deu sua última palavra.

Um dos traços mais divertidos da história das ciências é a propaganda que cientistas e alquimistas fizeram junto aos poderes, no tempo em que começavam a perder um pouco o pé - Deem-nos dinheiro, vocês não se dão conta, se nos derem um pouco de dinheiro, do que não poríamos como máquinas, como troços e trens, a serviço de vocês. (Lacan, 1959-1960/2008, p. 379).

Os trabalhadores da saúde mental, no lugar de operadores da psicanálise ou orientados por outras teorias, são chamados a responder a demandas, porque desenvolvem sua práxis em um campo que reproduz a relação médica com a saúde. Diante desse cenário, o psicanalista deverá estar advertido de que a demanda não diz respeito uma expectativa de cura; ao formular uma demanda o sujeito espera ser solicitado, buscando uma solução para o desejo na solicitação que responderia à demanda. A demanda não é análoga ao desejo, na medida em que o desejo é insolúvel, insatisfeito e infinito por natureza, de tal maneira que a demanda poderá situar-se em oposição ao desejo, conforme Lacan (1966/2001) elucidada.

Por não estar aderido ao discurso médico o analista não responderá à demanda, e dessa forma não demandará do sujeito. Pela sustentação da ausência no campo da demanda a pergunta quanto ao desejo poderá se manter em aberto, permitindo o deslizamento do desejo em um movimento metonímico em que o sujeito operará uma produção singular, que possa circundar a perda permanente do objeto por meio do encadeamento significante.

Quando não responde à demanda, o analista não consente com o estancamento da cadeia, colaborando para que o sujeito produza suas próprias significações, construção que poderá dar sinal da subjetividade enquanto fundamentalmente marcada pela falta. Conforme Lacan (1962-1963/2005), “a castração encontra-se inscrita como relação no limite do ciclo regressivo da

demanda. Ela aparece ali a partir do momento e na medida em que o registro da demanda tenha-se esgotado.” (p.63).

Dito de outra forma, uma análise se concluiria em um momento que está para além da demanda, ocasião em que o desejo surge enquanto desejo do Outro, com o despontamento do *objeto a* em sua função de causa no que esta acarreta de ausência, situando o desejo além do ponto em que “... como metonímia se engancha muito bem com o Ideal, aparecendo como desejo de outra coisa, sem ser verdadeiramente o desejo como desejo do Outro. Porque o desejo do Outro implica uma determinação absoluta do sujeito ...” (Rabinovich, 1995/2005, p. 24).

No final de uma análise vislumbra-se que o sujeito possa reconhecer sua condição de determinação pelo Outro, o que pressupõe a castração em suas relações com a perda do *objeto a*, entendida como a falta constitutiva que faz do desejo essencialmente insatisfeito. De acordo com Lacan (1960/1998),

Para ter acesso a esse ponto, situado para-além da redução dos ideais da pessoa, é como *objeto a* do desejo, como aquilo que ele foi para o Outro em sua ereção de vivente, como o *wanted* ou o *unwanted* de sua vinda ao mundo, que o sujeito é chamado a renascer para saber se quer aquilo que deseja... (p. 689)

Na clínica institucional o que se busca não é o fim de uma análise. Contudo, pela ampliação do acesso dos sujeitos à palavra, o tratamento que se desenvolve nas instituições poderá amenizar o sofrimento psíquico, tendo em vista que a linguagem é fundamental para que o sujeito possa fazer algo das questões que o levaram à clínica, já que a posição do sujeito é determinada pelo simbólico e é por meio da palavra que a realidade imaginária poderá ser impactada. O manejo analítico sobre a posição do sujeito ocorre nas clínicas institucionais, incidindo na materialidade

de sua vida, nos cenários que podem ser percebidos por ele, no seu relacionamento com a realidade e no vínculo com seus semelhantes.

Ainda que o final de um processo analítico não seja o objetivo de um psicanalista que atua nas instituições, o método que empregará para atender aos sujeitos que o procuram não difere daquele que é utilizado em um consultório particular no qual um fim de análise é vislumbrado. Independentemente de onde atue, o psicanalista trabalhará a partir da premissa de que “... é o desejo que mantém a direção da análise, fora dos efeitos da demanda.” (Lacan, 1958/1998, p. 642).

É comum que o sujeito chegue à clínica com uma demanda em que se percebe a presença do discurso médico-científico, como ocorreu nos atendimentos de Alex⁶, um paciente que se queixava de pensamentos questionadores em relação às próprias escolhas e dizia-se ansioso. No decorrer dos atendimentos ao paciente a dimensão da demanda se manifestava de forma contundente, revelando um aspecto de indagação quanto ao desejo e a expectativa de que uma solicitação lhe seria endereçada.

Alex chegou ao serviço de psicologia da instituição, uma universidade pública, questionando-se quanto às suas decisões profissionais e relatando sentir medo de errar, medo de não saber. Fazia perguntas, mais diretivas ou menos, sobre o que eu pensava sobre as situações que ele relatava, o que delineava sua demanda e sua suposição de que eu poderia solicitar a ele algo que guardaria alguma resposta sobre o desejo. Pode-se mencionar uma fala do paciente em que sua suposição foi apresentada, por meio de uma afirmação que era portadora de um pedido

⁶ Trata-se de um pseudônimo, como também ocorrerá com os próximos fragmentos clínicos que serão incorporados ao texto. Recordar-se que o que se expõe são construções provenientes da clínica, e que não há o objetivo de expor dados empíricos dos casos que originaram as vinhetas que são apresentadas.

por uma resposta minha. Durante uma narrativa sobre um relacionamento amoroso, o paciente disse: "pela sua cara, eu estou vendo que você concorda".

Com frequência, o paciente indagava sobre diagnósticos, perguntava minha opinião sobre questões teóricas da psicologia aplicadas às suas questões, queria saber se eu achava que ele deveria ir a um psiquiatra para utilizar algum tipo de medicação, e questionava o que eu pensava quanto aos seus “remédios naturais” – fitoterápicos que podem ser adquiridos sem prescrição médica, que o paciente utilizava com o objetivo de reduzir a “ansiedade”. Na forma como a demanda de Alex era formulada e endereçada, mostrava-se que o saber sobre o sofrimento do paciente era atribuído por ele ao Serviço de Psicologia da instituição em que era atendido.

Em muitos momentos, o registro da demanda tomava proporções totalizantes no discurso do paciente. Relatava, por exemplo, que em seus relacionamentos “sempre faltava algo”, incomodava-se com o fato de que até mesmo as namoradas que foram mais significativas “não tinham tudo”, queixava-se do quanto sua vida era desinteressante e dizia: “todos estão fazendo, menos eu”, dando mostras do modo de seu relacionamento com o objeto perdido. Alex se engajou em situações que se desenhavam para ele como soluções para suas questões e, evidentemente, suas construções não funcionavam como satisfações definitivas, e o paciente algumas vezes queixava-se do retorno daquilo que imaginava que já deveria estar superado, mas ressurgia justamente “quando estava feliz” e o colocava em uma posição de incompreensão acerca do que se passava com ele.

O paciente acreditava que seria feliz ao se envolver no que imaginava como uma solução para suas questões, associando o surgimento da “ansiedade” aos momentos em que vivenciava a insatisfação. A ideia de que seus planos pudessem falhar era insuportável para ele, o que remete ao postulado lacaniano quanto à ligação da demanda com a angústia, considerando que a angústia

surge quando “a falta vem a faltar” (Lacan, 1962-1963/2005. p. 52), o que sucede quando a pergunta sobre o desejo não suporta a falta que lhe é própria.

Alex imaginava que os outros “tinham tudo”, que usufruíam de mais satisfação do que ele, que eram “sortudos”. Havia uma crença na totalidade que ofuscava o sujeito em Alex, impedindo-o de se assumir enquanto incompleto, de tal maneira que atribuía ao destino sua “má sorte” e não ia até a radicalidade que a falta convoca: o desejo. Durante o tratamento, o paciente pôde vislumbrar seu lugar enquanto sujeito, um sujeito que às vezes será feliz, mas jamais plenamente satisfeito, porque é pulsional. O sujeito está submetido a essa força constante cuja meta é a satisfação, que Freud (1933/2010) denominou pulsão, e que só pode ser satisfeita de forma parcial, porque, conforme Lacan (1964/1998), reproduz a relação do sujeito com o *objeto a*, definitivamente perdido.

O aprisionamento de Alex em um ideal de totalidade permite que se pense na captura narcísica mencionada por Lacan (1953-1954/2009) ao referir-se à sobreposição do Eu Ideal ao Ideal do Eu. Alex não chegou a um momento homólogo ao fim de uma análise, mas quando não teve suas demandas atendidas na clínica precisou relacionar-se com o espaço que é inevitável ao aparecimento do desejo e, em alguma medida, pôde apropriar-se de seu discurso inconsciente e entrever uma passagem do Eu Ideal ao Ideal do Eu.

Pode-se mencionar a ocasião em que ocorreu uma excepcionalidade que levou à remarcação de um dos atendimentos de Alex. Na sessão seguinte, o paciente ofereceu seu horário para ser utilizado quando alguém precisasse mais do que ele, demandando uma demanda, mais uma vez. Obviamente, sua demanda não foi respondida com nenhum tipo de solicitação, e foi nessa ausência que Alex escutou sua própria formulação e percebeu nela algo que se repete, bem como as relações dessa repetição com sua queixa. Naquela sessão, a unidade da imagem narcísica foi

momentaneamente desmontada após ter sido flagrada pelo inconsciente, esboçando-se uma separação do Ideal do Eu em relação ao Eu Ideal.

O paciente associava sua “ansiedade” à ausência de sucesso em suas empreitadas, mas deixava de fora que a perturbação era gerada pela sua dificuldade de sustentar a insatisfação. Na instituição, a aposta que o psicanalista faz é que o sujeito poderá perceber algum efeito de ampliação na possibilidade de sustentar a falta que o constitui. Ao não responder às demandas de Alex, tinha-se em vista preservar o efeito de metonímia próprio da cadeia enunciativa, de forma que a demanda pudesse permanecer em aberto, e novas demandas pudessem surgir, permitindo a construção de maneiras singulares de suportar a ausência de repostas sobre o desejo.

3.1.2. O gozo [do] Todo-poderoso e a asfixia do desejo

Lacan (1966/2001) utiliza o termo “falha epistemossomática” para caracterizar a exclusão pela medicina de uma dimensão do corpo que presentifica-se nas manifestações sintomáticas. Trata-se da dimensão do gozo, ao nível do qual, de acordo com Lacan (ibid.), é revelado um aspecto do organismo que de outra forma não se mostra. O discurso médico, que extrai seu saber do olhar, como exposto por Foucault (1980/2021), encontra seu limite nesse nível, já que o gozo remete às pulsões e não pode ser apreendido por meio da observação objetiva.

Miller (1997) apresenta que o gozo difere do desejo de maneira marcante, é independente do Outro e implica satisfação pulsional, de modo que no gozo não está em questão um saber acerca do objeto e das condições pelas quais se satisfará. O desejo, em contrapartida, está totalmente atrelado ao Outro e vincula-se ao saber, já que a primeira aparição do desejo sexual na formação do sujeito é o desejo de saber. Ao contrário do gozo, o desejo permanece insatisfeito de forma permanente na realidade – sua única satisfação possível se dá por meio do sonho. Lacan (1962-

1963/2005) argumenta que o desejo é definido pelo espaço entre sua causa e seu efeito, de tal forma que o efeito jamais será alcançado e persistirá uma busca inacabável por objetos de satisfação, uma tentativa que não poderá resultar no encontro de um objeto que seja adequado, porque esse objeto está perdido e a falta é permanente.

Desejo e gozo são aspectos que Bassols i Puig (2000/2021) destaca como essenciais para o campo da saúde mental, apresentando o desejo em sua natureza conflitiva. Destaca-se que a argumentação em curso neste trabalho caminha em direção ao que é concebido pelo autor, que defende que uma reflexão acerca da práxis psicanalítica nas instituições requer que se observe os resultados da incidência do discurso da psicanálise nesses contextos, com a escuta do sujeito reverberando na admissão de que não há soluções derradeiras no tratamento, porque o desejo é conflitivo para a subjetividade, e para esse conflito não há solução.

Por sua localização média entre desejo e gozo, a angústia opera como notável sinalizador clínico quanto a essas duas dimensões. Retoma-se que nos momentos em que é iminente a confusão entre gozo e desejo, o sujeito recebe um sinal vindo do eu, que anuncia por meio da angústia que essas dimensões se encontram próximas demais. Se desejo e gozo encontram-se sobrepostos, o que o sujeito experimenta é a ausência da falta que o constitui, o que consiste em um aniquilamento do sujeito enquanto tal, por uma dissolução dos limites que definem a castração. O desejo do sujeito é o desejo do Outro, um desejo que poderá adquirir uma faceta de devoração quando o Outro reivindica a completude, às custas do sujeito enquanto *objeto a* (Lacan, 1962-1963/2005).

Em certa ocasião, o já mencionado Serviço de Psicologia de uma instituição pública de ensino superior recebeu um paciente que se encontrava em um estado que dava sinais desse tipo de relação entre gozo e desejo, sinalizada pelo aparecimento da angústia em uma experiência cuja descrição poderia coincidi-la com o que a discursividade médico-científica incluiria na categoria

dos transtornos de ansiedade. O paciente, Davi, ao ser atendido na instituição em uma clínica de base psicanalítica, não teve suas manifestações de angústia tratadas conforme uma abordagem descritiva que poderia apreender o sujeito por meio de uma categoria psicopatológica, o que colocaria uma classificação diagnóstica na definição da direção de seu tratamento.

Davi relatava sentir-se escolhido por Deus, e narrava que sua vida era plena de sentido devido à religião. No entanto, endereça ao serviço a queixa de ansiedade, agitação e excesso de preocupações, ao mesmo tempo em que fazia uso de ansiolíticos sem prescrição médica. Davi relatava ser tomado pela angústia a cada vez que não se sentia feliz, em sua vida plena de sentido não havia espaço para a ausência de significações que o afirmassem enquanto satisfeito. Frequentemente dizia não entender o porquê de sentir o mal estar do qual se queixava, um estado incompreensível para ele por meio de suas racionalizações.

Por meio da religião, o Outro mostrava-se para o paciente com uma exigência de um gozo absoluto. Em suas construções, não era possível que ele experimentasse a infelicidade, já que possuía todos os atributos para ser abençoado; só poderia estar satisfeito o tempo todo, não era possível sentir que alguma coisa faltava, afinal Deus é “todo-poderoso” e ele era um de seus preferidos. O desejo do Outro comparecia na vida de Davi em uma voracidade que apagava seus limites e ele se via sem o apoio da falta, e sem a possibilidade de faltar era apartado de sua condição de sujeito: não havia espaço para a produção de significações em uma cadeia que mantivesse o desejo em circulação.

O discurso inicial de Davi demandava a eliminação de uma questão orgânica que prejudicava a plenitude de sua vida, mas que em nada lhe parecia vincular-se à sua subjetividade, que era concebida por ele em uma totalidade que se aproximaria do que o conceito de Eu Ideal operacionaliza, enquanto uma imagem unificada e autenticada pelo Outro. O aparecimento do

desejo, em sua dimensão erótica ou vinculada ao âmbito acadêmico, estava associado às perturbações que Davi sentia no corpo – agitação, dores no peito, batimentos cardíacos acelerados. Recorda-se aqui do vínculo que, segundo Lacan (1962-1963/2005), existe entre a angústia e a sexualidade, definido pela insatisfação inerente ao impossível da união sexual.

As manifestações da angústia compareciam a cada vez que Davi deparava-se com um Outro que reivindicava a completude, dificultando a produção de significações novas diante da falta. Davi fixava-se em uma imagem narcísica segundo a qual havia prescrições muito severas quanto ao surgimento do desejo, e o paciente só assumia como possibilidade a vivência do que imaginava que Deus queria para ele, circunstâncias que jamais atingia.

Nos atendimentos finais ao paciente, sua demanda circulava de forma mais aberta, com uma formulação quanto ao desejo que não vinha seguida de uma resposta imediata, proveniente de um Outro que continuamente exigia a entrega do paciente posicionado no lugar de seu *objeto a*. Ainda que crente da possibilidade de responder à questão sobre seu desejo, Davi sustentava-se melhor na ausência da resposta, sendo capaz de inventar novas possibilidades de interpretação para seus conflitos, que puderam ser reconhecidos como parte de sua subjetividade.

Em seu último atendimento, o paciente contava com maiores possibilidades de sustentar o desejo, ainda que por meio da fantasia, esfera que o protegia contra a angústia. Como abordado nas seções anteriores, na fantasia há um *objeto a* posição, que simula estar à frente do desejo e dá suporte a ele; trata-se de um alinhamento à imagem especular $i(a)$ – que é perturbada pelo surgimento do desejo enquanto tal. Como demonstrado na teoria do estágio do espelho, a imagem especular $i(a)$ oculta a impotência do eu e do outro, devido à identificação com a ilusão de completude. Pela palavra, a posição do sujeito na fantasia pode se modificar, proporcionando uma produção que faça algum tipo de contorno em relação ao real da castração, dimensão cujos limites

necessitam de estabilidade, sob pena de absorverem o sujeito enquanto *objeto a* e lança-lo na dimensão do gozo.

A clínica institucional é a clínica que instrumentaliza o possível para levar o sujeito a uma experiência com a linguagem em que possa relacionar-se com o impossível, produzindo algo de singular, que contenha equívoco, ambiguidade e hiato, porque a palavra não pode capturar totalmente o real. No caso de Davi o possível foi uma construção simbólica que interveio sobre a angústia, uma estratégia de cuidado que não se propõe como uma cura definitiva. Retomando Miller (1993/1999), a enfermidade mental é indissociável do sujeito, de modo que o “remédio” que se propõe com a psicanálise não poderá ser outro senão o desejo, na medida em que este situa-se no fundamento da subjetividade. A clínica institucional de base psicanalítica se apresenta, assim, em sua face contra hegemônica, ao oferecer outros recursos para além da tentativa de extirpação do sofrimento por meio de uma classificação e da medicalização.

3.1.3. A Fantasia: uma falta “branda”

O psicanalista levará em consideração a estruturação singular da fantasia de cada sujeito, localizando um manejo possível da angústia. A partir do simbólico, se intervém na construção imaginária da fantasia, ampliando as condições de o sujeito confrontá-la em seu aspecto de ilusão. Deste processo, é esperado o surgimento da angústia, decorrente da verificação, pelo sujeito, de que a imagem especular $i(a)$ unificante está ocupando seu lugar na subjetividade. Conforme Lacan (1962-1963/2005):

... Não faremos o que criticamos em todos os outros, isto é, elidir o analista do texto da experiência que interrogamos. A angústia da qual temos que fornecer uma formulação aqui

é uma angústia que responde a nós, uma angústia que provocamos, uma angústia com a qual, de vez em quando, temos uma relação determinante... (p. 68).

O sujeito está marcado de forma permanente pela falta, um aspecto do qual as instituições, segundo Oury (1984-1985/2009), tendem a evadir, adotando a completude como alvo. De acordo com o autor, nas instituições existe um empenho para dissipar o objeto causa do desejo, o que se expressa na homogeneidade que é típica desses locais, propensos a uma direção unificadora em que os aspectos de incerteza são rejeitados. Esse argumento do autor realça o valor de uma clínica psicanalítica no âmbito da saúde mental que se sirva da temática da angústia para sua práxis, na medida em que a propensão ao fechamento em um ideal de completude, tal como Oury (ibid.) descreve do que observa nas instituições, dá indícios do funcionamento da fantasia como defesa para a angústia nesses locais.

De acordo com Oury (ibid.), é comum que os acontecimentos que se mostram nas instituições sejam tratados de maneiras padronizadas, o que exige que o psicanalista se posicione contrariamente ao imediatismo no cuidado e proporcione uma ampliação do tempo para a reflexão, rejeitando respostas impeditivas da aparição das falhas. Reencontramos na discussão do autor o que Lacan (1962-1963/2005) afirma sobre a relação determinante que os psicanalistas têm com a angústia, considerando que a práxis psicanalítica na instituição permitirá a ocorrência de abalos à imagem ilusória da fantasia, construída para obstruir hiatos que são relativos àquele contexto. Se a falta é imprescindível para que possa aparecer o desejo, o psicanalista está posicionado em oposição à tendência institucional de vedar suas próprias lacunas.

A demanda é endereçada ao psicólogo da instituição para que este responda pelo desejo do sujeito, mas na posição de psicanalista esse psicólogo não atenderá a essa demanda. Procurará ouvir o desejo para além da demanda e na urgência que a atravessa.

Pode-se mencionar o caso de Branda, paciente que chegou ao Serviço de Psicologia com a queixa de preocupações quanto a seu desempenho acadêmico, associadas a manifestações intensas de angústia, experiências que a invadiam em seu cotidiano e que a paciente descrevia como súbitas e inexplicáveis. Branda tinha um histórico acadêmico exemplar, esforçava-se para atingir os melhores resultados nas avaliações e para apropriar-se do conhecimento ofertado em seu curso.

A paciente relatava sentir medo de falar algo errado durante as aulas, de errar. Narrou um histórico de tentativas de atender às expectativas dos filhos, marido e professores, tendo sido bem sucedida na maioria das vezes. Tinha o hábito de comparar seu desempenho acadêmico com o de outros estudantes, incomodando-se quando alguém parecia alcançar resultados melhores e vivenciando experiências de angústia nos momentos em que precisava entregar seus produtos acadêmicos; a esse respeito, menciona-se a leitura de Soler (2006-2007/2012) que aproxima as produções acadêmicas do *objeto a*: “Na entrega das provas, na verdade, o sujeito vê cair alguma coisa que é seu produto, que é ele mesmo, que o representa. Não percamos de vista que esse objeto que cai ... é o mais real do sujeito” (p. 94)

Paralelamente, trazia o testemunho da ocorrência de violência doméstica em seu núcleo familiar. Dessa maneira, houve uma frente imediata de trabalho que visava intervir sobre urgência ligada à situação de violência. A paciente foi esclarecida sobre as instâncias que poderiam ser acionadas para protegê-la, tendo sido possível intensificar sua rede de apoio e fortalecer seus recursos de enfrentamento diante da necessidade de denúncia.

Seu relato remete a uma das definições da angústia segundo Lacan (1962-1963/2005), como uma vivência em que “... o sujeito é premido, afetado, implicado no mais íntimo de si mesmo. Já vemos o despontar disso no plano fenomenológico” (p. 191). Branda relatava acentuados episódios de choro, acompanhados de intensificação na frequência cardíaca e

respiração dificultada, tanto em situações acadêmicas quanto nos momentos de interação familiar, uma convivência permeada por uma decepção profunda em relação ao familiar agressor.

Com frequência, a paciente mencionava a infância como uma época idealizada à qual gostaria de retornar, um momento em que era alegre, tinha boas notas e recebia amor incondicional. Branda era engolida pelo impossível que o vínculo familiar arruinado representava de forma tão impetuosa. Alguém que ocupava um lugar idealizado em suas representações imaginárias passou a representar horror, assim como sua infância havia chegado ao fim e ela não existia mais como era, ou imaginava ser.

Esforçava-se para permanecer em uma posição em que seria vista pelos outros como a melhor, em comparação com seus semelhantes, seja enquanto aluna, profissional, esposa ou mãe. Branda demonstrava brandura, mas angustiava-se por “ter que ser assim o tempo inteiro”, não encontrando possibilidades de agir de outra forma e posicionar-se em outro lugar, que não fosse em um Eu Ideal completo, inteiro e brando.

A unidade reivindicada pelo desejo do Outro expressava-se na crença da paciente de que em algum momento viveu a perfeição e a perdeu, em um abrandamento idílico da sua fratura subjetiva, que, contudo, não a poupa. Por maior que fosse o esforço de Branda para manter sua fantasia, poupando-se da percepção da natureza ilusória da imagem narcísica que ocupa seu lugar de sujeito, a angústia não engana, e sinalizava a presença de algo em um lugar subjetivo que só pode ser vazio, indicando com sua certeza a condição faltosa da paciente.

Lacan (1960/1998) enuncia que o sujeito vivencia a castração por meio da linguagem, e é nesse contexto que a imagem proporciona proteção contra a falta, o que se relaciona com a maior proteção contra a angústia que o sujeito experimenta no nível escópico (1962-1963/2005). Por uma questão de manejo clínico, o abrandamento da angústia da paciente por meio da fantasia não

poderia ser subitamente retirado dela, o que consistiria em lança-la à angústia pungente e não traria nenhum tipo de benefício, considerando que naquele momento Branda necessitava do apoio da fantasia para articular significações que pudessem fazer alguma borda no real, e para estabilizar-se pela castração.

Considerando a convergência da fantasia da paciente com a imagem idealizada que circula no contexto próprio à instituição de ensino, a possibilidade do atravessamento da imagem narcísica por Branda pôde ser colocada por intermédio da demanda. A paciente atribuía ao Serviço de Psicologia um saber sobre seu sofrimento e seu desejo, e a ideia da “saúde mental” enquanto harmonia desconstruía-se ao mesmo tempo que a fantasia de Branda pôde ser colocada em questão, na medida em que o Serviço de Psicologia era parte da instituição que parecia lhe solicitar a perfeição e a completude. Branda não era demandada nos atendimentos, e progressivamente passou a uma posição mais próxima de um reconhecimento das falhas enquanto parte indissociável da experiência humana, seja a sua ou a dos outros.

A depender da natureza de cada contexto, as fantasias que circularão nas instituições serão diversas. Neste trabalho, utilizamos casos que provêm de uma instituição de ensino, em que se vê idealizações próprias ao seu objetivo: educar, formar, promover e mensurar o desempenho, produzir indivíduos adaptados ao mundo do trabalho em suas respectivas áreas de atuação. Esses sujeitos, muitas vezes são surpreendidos pela angústia nos momentos em que falha a fantasia, circunstâncias em que percebem que uma imagem completa de si mesmos é uma ilusão. Entretanto, sem recursos simbólicos para mediar a relação entre o imaginário e o real, ficam impossibilitados de sustentar o desejo e a ausência que está em seu cerne e não raro encontram barreiras na própria instituição, que os quer adaptados, e na qual um serviço de psicologia que esteja aderido ao mesmo discurso seria igualmente um obstáculo ao aparecimento do sujeito em sua singularidade.

Branda precisava de sua fantasia para proteger-se da angústia, mas a cada vez que a angústia sinalizava a iminência de seu próprio apagamento pela imagem que coincidia com sua fantasia, a paciente recorria aos atendimentos psicológicos com sua questão sobre o desejo, na forma de um discurso em que dizia o quanto o quanto estava cansada de tentar ser perfeita o tempo todo, ou seja, enunciava a relação da sua angústia com a imagem de plenitude. Certamente sua fantasia já custava muito a ela, mas além disso enfatiza-se o papel da angústia em revelar com sua certeza que há um furo em algum lugar dessa idealização. Por meio dessa certeza, Branda precisou enfrentar a queda gradativa de sua fantasia, e na possibilidade de deixá-la cair era com o *objeto a* que estava lidando – esse objeto que é preciso perder para se constituir como sujeito.

3.1.4. A questão sócio-política da(s) clínica(s) e o “vazio” estrutural

Clavreul (1978/1983) analisa a concessão do direito à saúde de forma universal pela sociedade capitalista, em função do interesse na manutenção da força de trabalho, de forma semelhante ao interesse que se tem em preservar o bom funcionamento de uma máquina da qual depende a produção. Nesse sentido, embora a doença atinja de maneira desigual os indivíduos conforme seu lugar na sociedade, o princípio da igualdade de cuidados à saúde produziria um ideal silenciador das exigências populares. Na avaliação do autor, o médico enfrenta uma contradição entre ética e saber: exercendo satisfatoriamente sua técnica, reforça a ideologia enganosa que a ciência propaga e que sustenta o sistema econômico.

Frequentemente, o sujeito que chega à clínica pública vinculada ao campo da saúde mental enfrenta algum nível de exclusão, e é confrontado cotidianamente com formas sistemáticas de violência, o que faz surgir, segundo Rosa (2012), um aspecto traumático da angústia oriundo de uma dimensão sociopolítica. Rosa (ibid.) apresenta a impossibilidade encontrada por esse sujeito

na formulação de uma demanda clínica, porque o lugar destinado ao seu sofrimento no discurso dominante o posiciona na marginalidade, patologia e segregação. A autora alerta para o potencial que as situações de degradação social têm de atingir o vínculo dos sujeitos aos seus semelhantes, como consequência de um desvanecimento severo da fantasia provocado pela perda da dignidade humana.

Lacan (1953-1954/2009) diferencia o registro do mundo e o registro da cena do Outro. O mundo diz respeito à realidade, mas não ao real, é transmitido pela cultura e trata-se de “... um depósito de destroços de mundos que se sucederam e que, apesar de serem incompatíveis, não deixam de se entender muito bem no interior de todos nós.” (p.43). A cena do Outro, por sua vez, é um lugar “... onde o homem como sujeito tem de se constituir, tem de assumir um lugar como portador da fala, mas só pode portá-la numa estrutura que, por mais verídica que se afirme, é uma estrutura de ficção.” (p. 130)

Ora, a dimensão da cena; em sua separação do local - mundano ou não, cósmico ou não - em que está o espectador, está aí para ilustrar a nossos olhos a distinção radical entre o mundo e esse lugar onde as coisas, mesmo que sejam as coisas do mundo, vêm a se dizer. Todas as coisas do mundo vêm colocar-se em cena segundo as leis do significante, leis que de modo algum podemos tomar de imediato como homogêneas às do mundo. (Lacan, 1953-1954/2009, pp. 42-43).

Segundo Lacan (1953-1954/2009), a dimensão da história envolve “... o palco em que fazemos a montagem desse mundo” e “... tem sempre um caráter de encenação.” (p. 43). A história, dessa maneira, está ordenada pelo significante. O passado e o futuro do sujeito são correspondentes, conforme Lacan (1953-1954/2009), registrando-se na história do sujeito pela conexão entre o imaginário e o simbólico. Durante a análise, a exploração se inicia a partir do

futuro do sujeito, em direção ao passado, de modo que o retorno do recalado sinaliza alguma coisa que só terá seu valor no futuro, pela integração na história do sujeito.

Houve uma paciente que procurou atendimento psicológico devido a um “vazio” interior sobre o qual dizia que não encontrava explicações, buscando auxílio do Serviço de Psicologia para fazê-lo desaparecer. Isabela se definia como alguém de personalidade naturalmente triste e introspectiva, relatando estar habituada a fingir gostar de algo que na realidade não a agrada, mencionando ter medo de contrariar as pessoas de seu convívio. Relatou a percepção de que as dificuldades que enfrenta no cotidiano provém de sua família, cujos membros não gostam da novidade e de correr riscos, da mesma forma que ela se sente desconfortável nessas situações e em circunstâncias sociais.

Em determinado momento no curso de seus atendimentos, Isabela expressou o que apareceu em seu discurso como que desconectado de todo o restante de sua narrativa até aquele momento: seu sofrimento envolvia a cor da sua pele, seu gênero e sua classe social. Mulher negra, filha de trabalhadores rurais, Isabela falou de seu anseio de que as pessoas tivessem direitos iguais, ao mencionar que acatava o trabalho doméstico e evitava se indispor com pessoas que a ofendiam, mas não achava justo que as obrigações com a casa recaíssem inteiramente sobre ela, e menos ainda que o homem com quem vivia a diminuísse “por ser preta e pobre”.

O sujeito vive uma realidade que consiste na sobreposição de mundos sucessivos e incompatíveis, mas que se manifestam segundo leis que dão a essa realidade uma certa organização, uma unidade imaginária. Essas leis são as leis da linguagem, que são distintas das leis da realidade, mas que determinam o lugar do sujeito no mundo. A realidade impunha a Isabela uma sobreposição de cenários que davam à sua história uma configuração totalizante que ela encenava, fingia. Ao narrar sua história a paciente poderia operar uma mudança nos cenários de

seu mundo? Pelo trabalho com os significantes que sua fala trazia poderia situar-se enquanto sujeito, e olhar para o palco da história em sua dimensão de encenação? Seria possível modificar o valor afetivo e o impacto material do que foi transmitido à Isabela pela cultura enquanto realidade, expresso nas suas relações familiares e acadêmicas? Era essa a aposta clínica com a paciente.

Uma clínica que opera pela palavra, se tratava disto. Tratava-se, com Isabela, de sustentar que a palavra pudesse singularizar sua experiência com a realidade, até o ponto em que a paciente reconhecesse a experiência da falta a partir de seu lugar enquanto sujeito, e não enquanto personagem de um mundo com enredos prontos nos quais os papéis que cabiam a ela eram sempre os de uma mulher triste e maltratada. Indubitavelmente, convocar o sujeito em Isabela implicava reconhecer seu sofrimento em sua legitimidade, porque a incidência da perda do objeto é estrutural, mas a relação de cada sujeito com essa perda é singular. Todos os seres falantes vivenciam a castração, mas nem todos experimentam o racismo, a miséria, a fome – para citar algumas das formas de violência que a comunidade humana permite; e entre os que vivenciam a indignidade, não há medida comum para equiparar sua experiência histórica. Isto não poderia ser omitido da experiência clínica.

Conforme indicado por Miller (1997), é para além da urgência que o psicanalista escuta o desejo do sujeito, porque a causa do desejo não coincide com o objeto desejado, de tal forma que o desejo provoca um intervalo entre o que é dito e aquilo que se quer dizer. Sem prejuízos à escuta do desejo que, segundo Miller (ibid.), será escutado entre as palavras, o psicanalista ouvirá a urgência no que ela revela da posição do sujeito no laço com os semelhantes. O posicionamento nos vínculos com os outros dá mostras da fantasia do sujeito, apresenta as identificações a partir

das quais o sujeito se entende como parte de uma coletividade, e por meio das quais é por ela reconhecido – ou deixado de fora.

Os trabalhadores da saúde mental que escolheram a psicanálise como norteadora de suas funções, conforme Rosa (2012), deverão colaborar para o surgimento de discursos distintos dos hegemônicos, tendo em vista que o sujeito poderá encontrar o Outro em seus aspectos de brutalidade no discurso dominante. O reconhecimento da incidência da ordem social pela indiferença, pelo racismo e pelas diversas formas de segregação é urgente, segundo Rosa et al. (2017) em denúncia ao consentimento que por vezes a comunidade psicanalítica concede aos discursos que criminalizam e tornam patológicas as experiências de sofrimento em sua face sociopolítica. Segundo os autores, em tratamentos conduzidos por meio de condutas como essa, os sujeitos são culpabilizados por sua condição e tornam-se impossibilitados de reconhecer seu sofrimento.

Conforme Clavreul (1978/1983), o discurso hegemônico participa do recalçamento, o que faz da práxis psicanalítica um “reflexo ao avesso do discurso dominante” (p. 35), em razão de operar a experiência do inconsciente pela escuta do que o sujeito diz e do próprio discurso da psicanálise. De forma semelhante, Pavón-Cuéllar (2020) aponta para o caráter subversivo da psicanálise ao escutar o que o sujeito tem a dizer e sobretudo o que ele não pode falar, possibilitando um lugar para o desejo inconsciente que não se reduz aos interesses dominantes, um desejo que figura como a maneira mais representativa do comparecimento do sujeito em um sistema que é excludente e desigual.

A temática da angústia permite que casos como o de Isabela, casos atravessados por especificidades sociais, culturais, econômicas e políticas, possam ser singularizados. Tomar a angústia em seu aspecto de alarme da iminência da devoração do sujeito não permite a omissão

desse sujeito, que só comparece na clínica a partir da fala. É por meio da narrativa de sua história que cada sujeito poderá ter seu desejo desvelado, levando em consideração que, conforme Lacan (1953-1954/2009), a história está ordenada pelo significante, possui um caráter de encenação e consiste no lugar em que o mundo está organizado.

Assim, quando o analista dirige o sujeito a uma narrativa de sua história pessoal pretende proporcionar que ele possa ter maior familiaridade com o desejo, por meio da vacilação própria à palavra em seu percurso pela cadeia dos significantes, expressa nos equívocos, esquecimentos e invenções languageiras. No tratamento pela psicanálise as construções incidem sobre o significante e com isso poderão atingir o afeto que, conforme Lacan (ibid.), fica à deriva, de tal forma que “Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalado. O que é recalado são os significantes que o amarram.” (p. 23).

Para escutar o desejo, o psicanalista não estará aderido ao discurso dominante do qual faz parte o discurso médico que, segundo Clavreul (1978/1983), rejeita o que não atende à sua coerência. Ao fazer circular o discurso da psicanálise, o psicanalista que atua na clínica institucional recusará sua participação em um reposicionamento do sujeito na violência proveniente do laço social, opondo-se ao apagamento da história vivida do sujeito por meio de categorias médicas e psicológicas, que capturam e anulam o que o sujeito diz sobre si.

O que têm em comum os psiquiatras, os trabalhadores de saúde mental e os analistas é que sabemos que as democracias e o laço social são coisas muito frágeis, baseadas em um manejo delicado das crenças sociais. As crenças sociais são ficções, mas são ficções que se deve respeitar, que se deve tratar. O que temos em comum é que conhecemos essas ficções. (Laurent, 1996/1999, p.13).

Na clínica psicanalítica, a conexão simbólica com o sujeito é utilizada pelo psicanalista de forma advertida, por meio do manejo clínico desse vínculo – sobre o qual é possível a incidência de distintas inclinações que podem modificar a nitidez das ficções do imaginário, conforme representado pelo esquema óptico. Para isso, o psicanalista deverá estar atento para a natureza fluida da relação do sujeito com o simbólico, considerando sua dependência dos contextos em que o sujeito se localiza, de tal forma que as produções do tratamento poderão incidir sobre o sujeito, impactar seu posicionamento na coletividade e afetar a regulação imaginária.

Os procedimentos dominantes, aos quais Pavón-Cuéllar (2020) refere-se em sua dimensão colonialista, ensejam a categorização por meio da patologia, de tal forma que a diversidade é estigmatizada e avaliada em uma disparidade hierárquica que se pretende generalizável. De acordo com o autor (ibid.), a ilusão de um local externo que pode avaliar universalmente o que existe é fundamento do pensamento dominante, que não reconhece o sujeito falante possuidor de um saber sobre si. Tal posição é contrariada pela psicanálise, porque esta reporta ao ponto de vista subjetivo e às posições dos sujeitos no discurso do Outro.

Isabela recorreu ao Serviço de Psicologia da instituição na qual, com grande custo material e subjetivo, estava engajada em um processo em que era constantemente avaliada. É da natureza da instituição de ensino avaliar e mensurar a adaptação de seus membros, na medida em que pretende capacitá-los para exercer determinada atividade socialmente regulada, de modo que sua exigência atinge a cada uma das pessoas que são parte da comunidade acadêmica. No entanto, o posicionamento de cada sujeito é distinto em um mesmo cenário, e a incidência do Outro conforme a instituição o propaga tem implicações muito particulares na vivência de sujeitos que são historicamente alvo de violência.

A paciente narrou um histórico de exclusão, silenciamento e culpabilização sistemática, contudo seu sofrimento só pôde se delinear em seu aspecto sociopolítico à medida que o Serviço de Psicologia progressivamente teve seu lugar deslocado por Isabela. Levanta-se a hipótese de que a paciente tenha chegado aos atendimentos com uma suposição ao Serviço de uma discursividade que poderia enquadrá-la em uma categoria socialmente requerida, na medida em que o serviço é parte de uma instituição do Estado, e tem o potencial de funcionar a partir de um lugar de exercício de um suposto poder, que avalia os sujeitos de forma universalizante.

Pondera-se que nos últimos atendimentos a paciente tenha se utilizado da clínica como um lugar em que seu sofrimento poderia ser reconhecido. Tal transição só pode ter sido provocada pelo desejo da paciente, irredutível aos discursos hegemônicos e por meio do qual Isabela estabelecia sua existência, um desejo que foi colocado em um lugar central por meio da condução de seus atendimentos.

O “vazio” era maneira pela qual a angústia atingia a paciente, operando com sua certeza acerca da falta que a constitui. A função defensiva da angústia sinalizava a presença de um Eu Ideal posicionado em um lugar que é do sujeito, uma imagem narcísica que impedia o aparecimento de Isabela em sua singularidade e a levava a fingir ser o que não era. Com isso, o “vazio” revelava a sua condição de sujeito, porque a angústia não engana e denuncia a ilusão da imagem especular completa, já que se manifesta precisamente nas fendas da subjetividade.

Opressões diversas atingiam a materialidade da existência de Isabela, o que levou à obrigação ética de considerá-las ao tratar da incidência da castração sobre sua subjetividade. A falta da castração é perene, não pode ser retirada por nenhum tipo de articulação simbólica, e é precisamente esse espaço subjetivo que foi utilizado na clínica para que Isabela pudesse produzir saídas singulares para sustentar sua existência no mundo, uma sustentação que precisa dos limites

da castração como apoio. A forma como a falta chega à paciente adequa-se à sua história e às sucessivas identificações imaginárias, de tal maneira que em sua relação com a perda, Isabela mantém-se vinculada a um Eu Ideal que a faz fingir ser outra coisa. Não seria ousada a hipótese, a partir do discurso da paciente, de que essa outra coisa que Isabela finge ser é o que a tornaria diferente do seu ser de mulher, preta e pobre, a quem a ordem social não garante os mesmos direitos que têm os homens, as pessoas brancas ou ricas.

Dessa maneira, avalia-se que uma escolha clínica por eliminar o “vazio” do qual Isabela se queixava teria negado a dimensão atroz do Outro na organização de sua subjetividade, e reiteraria a exigência de que a paciente se entregasse às suas exigências, conservando o fingimento desempenhado pelo Eu Ideal. Tal direção do tratamento só poderia mantê-la na condição de *objeto a* permanentemente reivindicado pelo Outro, perpetuando a ameaça de dissolução de seus limites no gozo absoluto de um Outro cruel, e, portanto, consumando a angústia em suas formas mais contundentes e insuportáveis.

3.2. Observação sobre os diagnósticos

“Essa dimensão do Outro, nela encontramos nosso lugar, nosso lugar eficaz, na medida em que saibamos não reduzi-la. Eu gostaria de levá-los a perceber que ela não está ausente de nenhuma das formas pelas quais até hoje se procurou situar o fenômeno da angústia.”

(Lacan, 1962-1963/2005, p. 68).

De acordo com Lacan (1962-1963/2005) o Outro barrado existe como inconsciência, envolvendo profundamente o sujeito por se tratar da única via de acesso ao desejo. O desejo do Outro, enquanto o que falta ao Outro e a respeito do qual ele não sabe, é o que proporciona que o

sujeito possa sustentar o desejo, uma vez que o sujeito enquanto falante e partícipe da comunidade humana só existe por intermédio do Outro e compartilha com ele o objeto perdido. Compreender a formação do sujeito em dependência do Outro e da perda do *objeto a* situa a psicanálise em um campo epistemológico distinto daquele no qual reside o pensamento científico ocidental, conforme Lacan:

Nosso vocabulário promoveu, para esse objeto [o *objeto a*], o termo "objetividade", na medida em que este se opõe a "objetividade". Para reunir essa oposição em formulações rápidas, diremos que a objetividade é o termo supremo do pensamento científico ocidental, o correlato de uma razão pura que, no final das contas, traduz-se - resume-se, articula-se - num formalismo lógico. (Lacan, 1962-1963/2005, p. 236).

O *objeto a* não se confunde com o objeto da epistemologia clássica, porque define-se pela incidência da cultura, ao passo que o objeto comum se origina da relação especular. Lacan (1962-1963/2000) compara a imagem especular, da qual o objeto da epistemologia é oriundo, com uma luva que é virada pelo avesso, passando de uma luva direita para uma luva esquerda. Quando se trata do *objeto a*, sua origem ocorre no momento em que "... se produz o corte, seja ele qual for, quer o do cordão umbilical, quer o da circuncisão, e mais alguns outros que teremos que designar. Depois do corte, resta algo comparável à banda de Moebius, que não tem imagem especular." (p.110)

Assim, o objeto da psicanálise não se esgota pelo imaginário e não se captura pela objetividade, pelo empiricamente apreensível, de tal forma que para trabalhar com ele os métodos utilizados não podem ser os mesmos empregados no contexto de uma causalidade observável. O *objeto a* remete ao real, uma dimensão que escapa ao conhecimento, mas que se faz presente em tudo em que se manifesta o inconsciente, recordando com Lacan (1957-1958/1999) que:

... o sujeito não é estruturado do mesmo modo que o eu da experiência. O que se apresenta nele tem suas leis próprias. Suas formações têm não somente um estilo particular, mas uma estrutura particular. Essa estrutura, Freud a aborda e a demonstra no nível das neuroses, no nível dos sintomas, no nível dos sonhos, no nível dos atos falhos, no nível da tirada espirituosa, e a reconhece como única e homogênea. (p. 52).

É nesse nível, o nível das formações do inconsciente, que se torna possível um avizinhamo do real, que subjaz no que essas formações recobrem de uma impossibilidade de representação. Nas formações do inconsciente, e além delas, "lá está o real que comanda, mais do que qualquer outra coisa, nossas atividades, e é a psicanálise que o designa para nós" (Lacan, 1964/2008, p. 65).

Conforme Lacan (1962-1963/2000), a incidência do significante é o que permite o surgimento do sujeito, por meio de uma entrada no real que só ocorre porque existe o corpo. O sujeito jamais poderia ser localizado inteiramente na consciência, porque é determinado pelo significante que faz de seu corpo mais do que puramente biológico, mas um corpo que sofre os efeitos da linguagem na medida em que o significante se encontra encarnado. A incidência do significante no corpo pode ser apreendida considerando que "... na secção do cordão, o que o recém-nascido perde não é, como pensa o analista, sua mãe, mas seu complemento anatômico." (Lacan, 1960-1964/1998, p. 859).

Acerca do inconsciente, Lacan (ibid.) esclarece que se trata de um conceito construído em dependência do que está em questão na constituição do sujeito, não se definindo simplesmente como o que não é consciente e nem como algo que reside no interior do sujeito. O inconsciente consiste no corte entre os campos do sujeito e do Outro, um corte cujo fechamento inscreve uma estrutura de borda, de tal forma que além de um fechamento existe uma entrada, em que "... o abra-

te sésamo do inconsciente é ter um efeito de fala, ser estrutura de linguagem ...” (p. 852). A existência de um fechamento e de uma entrada no inconsciente proporciona a conexão entre sujeito e Outro.

De acordo com Freud (1937/2019), o trabalho analítico se desenvolve entre duas pessoas, cabendo a cada uma delas uma tarefa distinta. Ao paciente cabe a associação livre que permitirá o fluxo desimpedido de seu discurso para que lembranças perdidas possam ser recuperadas, enquanto ao psicanalista caberá “... construir o esquecido. Como, quando e com que explicações ele comunica as suas construções ao analisando é o que estabelecerá a ligação entre as duas partes do trabalho analítico, entre a sua parte e a do analisando.” (Freud, *ibid.*, 367).

Tais construções em um tratamento psicanalítico só poderão ser feitas por meio das produções do sujeito e a partir de suas narrativas, associações e lembranças, de modo que seria um equívoco se o psicanalista impusesse ao paciente o seu saber. “Entendemos a construção individual como nada mais que uma suposição, que aguarda a verificação, a comprovação ou o descarte. Não pleiteamos autoridade para ela, não exigimos do paciente nenhuma concordância imediata, não debatemos com ele quando ele inicialmente rebate” (Freud, 1937/2019, p. 375)

A maneira pela qual o psicanalista dirige o tratamento e formula conclusões sobre o sujeito define a posição da psicanálise em relação ao espírito científico. Ao sustentar as implicações éticas da prática da psicanálise no debate científico, seu posicionamento só poderá ser de crítica quanto às formulações que almejam a certeza em relação ao saber, de tal forma que da psicanálise é esperado “Que pelo menos sua deontologia na ciência a faça sentir que ela é responsável pela presença do inconsciente nesse campo” (Lacan, 1960-1964/1998, p. 847).

A formulação do diagnóstico pela psicanálise fundamenta-se na estruturação da subjetividade, na maneira pela qual o sujeito se constitui em dependência do vínculo com os outros

e no que a incidência da linguagem determina em termos da relação que o sujeito manterá com a castração. A psicanálise interessa-se pelo corpo, tomado para além de seu aspecto orgânico, mas enquanto um corpo afetado pela linguagem e que está presente no tratamento posto que nele há a marca dos significantes.

No Seminário pronunciado entre os anos de 1953 e 1954, Lacan sistematiza sua leitura da angústia por meio da menção aos diagnósticos que a psicanálise utiliza para dirigir o tratamento, diagnósticos estabelecidos com base na posição do sujeito na cultura determinada por mecanismos distintos para se relacionar com a lei simbólica. Assim, a psicanálise estabelece seus diagnósticos em dependência da organização da subjetividade, um ordenamento que se define pela entrada do sujeito na cultura, de tal forma que o que está em questão em um diagnóstico é a maneira da entrada na subjetividade do Nome-do-Pai, “...o significante do Outro como lugar da lei.” (Lacan, 1959/1998, p. 589).

Com essa forma particular de produzir um diagnóstico, na psicanálise designa-se a psicose pelo mecanismo de forclusão do significante Nome-do-Pai, não havendo uma entrada desse significante na subjetividade. A perversão, por sua vez, caracteriza-se pela denegação desse significante que funda a lei simbólica; já a neurose é definida pela psicanálise por meio da operação do recalque, em que a lei simbólica é aceita mediante o recalque pulsional, que é um dos destinos das pulsões conforme Freud (1915/2014). Por meio de um diagnóstico assim formulado, o psicanalista intervém na clínica, tendo em vista que

É no nome do pai que se deve reconhecer o suporte da função simbólica que, desde o limiar dos tempos históricos, identifica sua pessoa com a imagem da lei. Essa concepção nos permite estabelecer uma distinção clara, na análise de um caso, entre os efeitos inconscientes dessa função e as relações narcísicas, ou entre eles e as relações reais que o

sujeito mantém com a imagem e a ação da pessoa que a encarna, daí resultando um modo de compreensão que irá repercutir na própria condução das intervenções. (Lacan, 1953/1998, p. 279).

Em um tratamento psicanalítico, o sintoma é tomado “como formação particular do inconsciente, ele não é uma significação, mas a relação desta com uma estrutura significante que o determina” (Lacan, 1957/1998, p. 446). O sintoma pode ser lido, por estar inscrito na condição de uma escrita, de tal forma que no sintoma o que está em questão é a concordância do sujeito com o verbo e sua leitura depende de sua própria organização enquanto expressão do inconsciente, segundo as leis da linguagem.

O sintoma psicanalisável (sic), seja ele normal ou patológico, distingue-se não apenas do índice diagnóstico, mas de qualquer forma apreensível de pura expressividade, por se sustentar numa estrutura que é idêntica à estrutura da linguagem. E com isso não nos referimos a uma estrutura a ser situada numa pretensa semiologia generalizada, a ser arrancada de seu limbo, mas à estrutura da linguagem tal como se manifesta nas línguas que chamarei positivas, as que são efetivamente faladas por massas humanas. (Lacan, 1957/1998, p. 445).

Por sua vez, quando se trata da clínica que tem sua fundamentação no discurso médico, a formulação do diagnóstico ocorre de forma marcadamente diversa. Como mencionado por Clavreul (1978/1983), o médico busca a causalidade no observável, de tal forma que o paciente não interpreta subjetivamente o que se passa em sua experiência, porque tudo o que é sentido deverá ser entendido em conformidade com a doença – a qual apenas o discurso médico conhece. Não há nessa forma de conceber o diagnóstico qualquer interesse na incidência da linguagem sobre o sujeito, seu corpo e seu sofrimento.

Enfatiza-se, ainda com Clavreul (ibid.), que a clínica consiste no que há de mais fundamental na ordenação do discurso médico, porque o indivíduo tem sua inserção nesse discurso através do diagnóstico, que consiste na nomeação da doença por meio da comparação de sua descrição com as categorias existentes. A lógica do procedimento médico estende-se para quaisquer manifestações de anormalidade e às diversas especialidades da medicina, inclusive à psiquiatria.

O autor supracitado aponta que, por meio do diagnóstico, o discurso médico pretende encontrar as causas das manifestações sintomáticas e resolvê-las, de modo que o saber se situa inteiramente do lado do médico, sendo censurado o que não atende à coerência do discurso médico-científico. A ordem médica se faz presente nas vidas dos seres humanos desde o momento em que estes nascem, definindo um lugar para cada anormalidade relativa ao que a discursividade médica estabelece. Tal argumento remete ao ensino de Lacan (1962-1963/2005) acerca do Outro enquanto fundamento para a realidade, determinando a constituição do sujeito porque é o lugar do tesouro do significante estabelecido antes da vinda do sujeito ao mundo.

A medicina oferece tranquilidade ao paciente, pela suposição de que o sofrimento a ela endereçado desaparecerá, ou pela conclusão de que o problema é apenas psíquico. O discurso médico oferece uma ilusão baseada na proposta de um bem estar total, pedindo que os sujeitos lhe concedam poder e confiem em seu saber, de tal forma que a ordem médica condiciona o olhar dos leigos ao olhar médico. (Clavreul, 1978/1983).

Conforme Lacan (1962-1963/2005), a angústia envolve experiências diversificadas. Independente da forma de apresentação do fenômeno, a angústia será tratada na clínica psicanalítica em suas relações com o desejo, com a castração e com o *objeto a*, na medida em que é parte da subjetividade, ficando vedada a possibilidade de tratá-la com referência a métodos

descritivos e o seu estabelecimento como um diagnóstico psicopatológico. No que se refere ao campo médico-científico, em contrapartida, não faltariam diagnósticos para responder às demandas dos pacientes que padecem da angústia e classificá-la.

Os sujeitos representados por meio dos fragmentos clínicos escolhidos para fazer trabalhar os conceitos relevantes para este trabalho, por exemplo, estão situados no campo da neurose, conforme o que a psicanálise concebe enquanto diagnóstico. No entanto, se atendidos em clínicas que se orientam pelo referencial médico-científico, possivelmente a forma pela qual a angústia apresenta-se nas experiências desses sujeitos definiria que fossem atendidos por meio de diagnósticos tais como transtornos de ansiedade ou crises de pânico – as classificações que tipicamente coincidiriam com a descrição do fenômeno vivenciado pelos sujeitos em questão.

Nesse caso, a angústia não seria concebida clinicamente como sinal e defesa para um sujeito em vias de sucumbir ao gozo e perder a singularidade que sua incompletude garante, mas seria definida como uma patologia a ser eliminada, por adoecer um indivíduo que poderia atingir uma saúde mental completa. Com isso, evidencia-se a assimetria entre as distintas formas de diagnosticar na clínica, a depender de seus fundamentos epistemológicos, o que culmina em distinções marcantes nos métodos e na direção do tratamento.

O termo “ansiedade”, por exemplo, é oficialmente reconhecido como diagnóstico no DSM-V, guia da *American Psychiatric Association* (2014) amplamente utilizado na prática clínica em saúde mental. O DSM aborda o indivíduo a partir de uma perspectiva médico-científica, que conforme Elia (2003) considera-o um sistema orgânico integrado e controlado pelo eu, concepção que contrasta com o sujeito da psicanálise que não apresenta uma unidade. Presume-se que o fazer psicanalítico nos contextos em que prevalece essa forma discursiva tenha o potencial de provocar formas de trabalho que possam coincidir com a concepção de um sujeito dividido, e por isso

desejante e capaz de produções singularizadas; dessa maneira, vislumbra-se que a práxis psicanalítica teria o potencial de engendrar práticas que conduzissem o tratamento a direções mais afinadas com o que há de singular em cada forma de sofrimento que se apresenta à clínica.

Pode-se mencionar, ainda, a reflexão de Pereira (2003) sobre a categoria psiquiátrica "transtorno de pânico", em torno da qual observa-se a abundância de discursos contemporâneos sobre estados agudos de angústia, tanto na comunidade científica quanto no público, influenciado pela disseminação dessas concepções pela mídia. Na tradição médica, aponta o autor, desaparece a noção de clivagem subjetiva, essencial para a compreensão do sujeito na psicanálise e que desempenhou um papel crucial na formulação do problema da angústia no pensamento ocidental, havendo na psiquiatria uma abordagem objetiva, descritiva e explicativa da angústia.

Conforme Lacan (1960-1964/1998), o sujeito pode ter um lugar em determinado discurso "... por haver no mundo significantes que não querem dizer nada e que têm de ser decifrados" (p. 854):

Por aí, o médico mostra que aquilo de que o doente sofre tem seu lugar no sistema dos significantes que constitui o discurso médico. Esta nomeação, que é um aprisionamento, não comporta senão o aspecto negativo que toda categorização comporta. Ela é também, sobretudo para o doente, um ato que contribui para retirar sua angústia. Tudo que ele sentia, e que não podia ser relacionado com o que poderia ser interpretado a partir de seu saber sobre ele próprio, toda essa onda de sensações subjetivas penosas, dolorosas, angustiantes, frequentemente culpabilizantes, é retomada no discurso médico que afirma que um sentido pode ser encontrado para o que era anteriormente puro não-senso. E sobre este sentido novo o médico afirma que tem ou pode ter a mestria, o domínio (*maitrise*). Mestria pelo menos verbal, mesmo se ele não pode reduzir a doença. (Clavreul, 1978/1983, p. 97).

Os significantes provenientes do campo do Outro determinam o sujeito, e nisso reside o poder discursivo da ordem médica. A angústia, esse potente indicador e ferramenta para uma clínica que se refere ao desejo, é destituída de sua natureza pelo discurso médico-científico quando este anuncia uma suposta captura do que nela é inapreensível e irrepresentável; evidentemente, trata-se de um procedimento calcado no engodo, porque o real da angústia não se apreende. Trata-se do mesmo inapreensível que o discurso psicanalítico reconhece como aquilo que não engana e como conteúdo para um tratamento pela fala, no que que a linguagem revela do sujeito enquanto falta-a-ser.

Pela psicanálise, por outro lado, o sujeito poderá posicionar-se a partir do seu próprio discurso, como “diretor de cena da captura imaginária da qual, de outro modo, ele seria apenas a marionete viva.” (Lacan, 1958/1998, p. 143). No tratamento psicanalítico, é oportunizado que o sujeito reconheça seu discurso inconsciente como uma produção sua, um discurso por meio do qual o sujeito poderá relacionar-se com a falta, porque nesse discurso a castração se faz presente por meio das limitações, ambiguidades e equívocos que são naturais na experiência da fala.

Aponta-se para a sutileza da diferença que existe entre produção de cuidado e efeitos de violência no tratamento, como indica Moretto (2019) em reflexão acerca do lugar da psicanálise nas políticas públicas. Menciona-se, com a autora, os riscos de tratar o sofrimento subjetivo por meio da patologia e utilizar o tratamento medicamentoso como a única forma de oferecer cuidado, ponderando que esse tipo de escolha no tratamento da subjetividade intensificaria o apagamento do sujeito e o manteria aprisionado à imagem narcísica do Eu Ideal e ao nível da demanda.

Recusamos enfaticamente transformar o paciente, que se entrega em nossas mãos buscando ajuda, em nossa propriedade, formar o seu destino para ele, impor-lhe os nossos ideais e, com a altivez do Criador, formá-lo à nossa semelhança, para a nossa satisfação ... que a

Psicanálise se coloque a serviço de uma determinada visão de mundo filosófica [*philosophischen Weltanschauung*] e que a imponhamos ao paciente com a finalidade de seu enobrecimento. Quero dizer que isso é apenas violência, mesmo que encoberta pelas mais nobres intenções. (Freud, 1919[1918]/2019, pp. 198 – 199).

O sujeito que chega à clínica traz consigo as marcas do Outro, reveladas pelas formações do inconsciente cuja estrutura é a do registro do significante (Lacan, 1960-1964/1998, p. 854). Possivelmente, a clínica psicanalítica contemporânea ligada ao campo da saúde mental receberá um sujeito a quem a ordem social revela-se segregadora e violenta, do que se depreende que o reconhecimento dessa conjuntura por parte dos psicanalistas firma-se como indispensável para a escuta analítica, do ponto de vista de um compromisso com um modelo democrático de saúde em que sua práxis possa repercutir no enfrentamento às formas de violência.

Não se trata da realização do bem, visto que um tratamento que pretende fazer o bem consiste em uma expressão de domínio e manifesta um conceito típico da ética convencional, associada com a moral hegemônica e com o controle. No contexto da psicanálise, a avaliação da conduta do psicanalista em termos éticos envolve convocar o sujeito através do desejo, sendo indispensável que o saber sobre o sofrimento possa advir de uma formulação proveniente do sujeito que chegará à clínica com suas formas singulares de sofrimento, e deverá poder dizer algo sobre elas, ainda que não esteja consciente de seu saber sobre o que o afeta.

A angústia não permite que o sujeito se engane quanto ao seu saber inconsciente: o saber de que o sujeito é incompleto e, portanto, desejante. Certamente o sujeito não poderá dizer por inteiro a verdade contida em seu sofrimento, porque é uma verdade que remete à castração, concerne ao real da perda do objeto e é inatingível pelo simbólico. Nisso reside o que o discurso da psicanálise pode contribuir para uma reflexão acerca dos diagnósticos, na medida em que a

forma de diagnosticar da psicanálise não pretende capturar o sofrimento dos sujeitos por meio de uma descrição que possa categorizá-los e remediá-los sob o risco de fazê-los desaparecer. Quando se pensa na angústia como um fenômeno inextirpável da subjetividade – uma subjetividade que por sua vez é intrinsecamente incompleta, demarca-se a radicalidade que a presença da angústia evoca: diagnósticos que pretendem eliminar os furos da subjetividade, tornando-a inteira, ambicionam simultaneamente o aniquilamento do sujeito.

3.3. Comentário sobre a transferência

Segundo Freud (1912/2019), a relação com o psicanalista é um instrumento que permite que os conteúdos que têm relação com o sofrimento do paciente tornem-se conscientes por meio da transferência, de tal maneira que esta é utilizada na reconstrução da história do sujeito. Freud (1915[1914]/2019) refere-se à transferência como amor, equiparando o estado de enamoramento que ocorre no tratamento psicanalítico ao amor autêntico. De forma semelhante, Lacan (1953-1954/2009) destaca que a transferência se estrutura no plano psíquico de forma equivalente ao amor que acontece de forma espontânea, embora a transferência seja construída.

Clavreul (1978/1983) demarca a diferença que existe entre a clínica psicanalítica e a clínica médica por meio da menção à dimensão do amor que há na transferência, apontando que para a psicanálise a transferência é a possibilidade de início do tratamento e um fenômeno que impede que a paixão do paciente pelo analista seja ignorada, ao passo que a clínica médica encontra seus limites quando surgem a paixão e o desejo.

A transferência está presente não apenas no tratamento psicanalítico. Freud (1912/2019) exemplifica com a menção à presença do fenômeno da transferência também no tratamento indiferenciado que ocorre nas instituições. Descartar a importância das influências da transferência

e desocupar-se de seu manejo não anula seus efeitos, de tal maneira que “nas instituições em que pacientes nervosos (sic) não têm tratamento psicanalítico, observamos as maiores intensidades e as formas mais indignas da transferência, chegando à servidão, até mesmo um viés indubitavelmente erótico da transferência.” (Freud, 1912/2019, p. 110).

Em estudo sobre a psicoterapia institucional, Oury (1984-1985/2009) assinalou os desafios na preservação da dimensão da transferência nas instituições, tendo em vista a frequência com que a emergência do dizer não é autorizada nesses locais. Para uma práxis psicanalítica nesses espaços, segundo o autor, é fundamental que o psicanalista não recuse as dimensões da castração e do desejo, que se presentificam quando o sujeito comparece por meio da fala e das quais as instituições se esquivam.

Ainda no que se refere à transferência nas instituições, Broide (2019) menciona que nos contextos públicos o psicanalista utiliza dispositivos distintos do tradicional divã para escutar o inconsciente através da transferência, indicando a necessidade de construção de outros dispositivos clínicos que possam possibilitar a expressão autêntica dos sujeitos. Tais dispositivos deverão ser propícios ao local no qual se insere o psicanalista e levar em conta a singularidade dos sujeitos atendidos, proporcionando por meio da transferência uma liberação das restrições da comunicação, como propõe Lacan (1953-1954/2009), ao permitir uma maior flexibilidade em relação ao universo da linguagem no qual o sujeito está inserido.

A transferência é um fenômeno que ocorre simultaneamente nos domínios simbólico, imaginário e real, desencadeia-se pelas identificações do Eu Ideal e tem uma origem semelhante à da paixão amorosa espontânea. A base para o erotismo reside na relação imaginária, mas o quadro narcísico que conforma a relação com os objetos é impossível de transcender no plano imaginário,

o que evoca a necessidade do amor para a comunidade humana, tendo em vista que o amor provém do simbólico e estabelece um compromisso com a cultura (Lacan, 1953-1954/2009).

Além do amor, a transferência recebe a incidência da resistência. A instauração do fenômeno da transferência ao nível das identificações narcísicas do Eu Ideal é o que estabelece seu caráter de obstáculo ao tratamento, tendo em vista que, como indicado por Freud (1912/2019), o conteúdo que é transferido para o psicanalista trata-se do recalcado. O recalcado transferido para o psicanalista concerne aos conteúdos pulsionais que se encontram interditados pela incidência da cultura, e que dão sinal da castração simbólica e da perda do objeto.

Lacan (1953-1954/2009) destaca a diferença entre a resistência e o amor que atuam na transferência, pontuando que a resistência impede o sujeito de alcançar a expressão plena buscada na análise, enquanto o amor é a força motriz da transferência e seu manejo técnico é fundamental. No plano simbólico, plano do amor, a transferência manifesta-se por meio da comunicação verbal, e quando alguém se expressa de maneira autêntica e plena com outra pessoa a natureza dos sujeitos envolvidos pode se modificar. Por meio da expressão verbal e da nomeação simbólica é possível reconectar o desejo, portanto retirar do sujeito a palavra autêntica é o objetivo dos direcionamentos na análise (Lacan, 1953-1954/2009).

O Eu ideal corresponde à unidade da imagem do corpo e inviabiliza uma relação com o *objeto a* em que este figure como perdido; trata-se do plano imaginário, em que a transferência não pode promover a palavra plena devido ao que a linguagem revelaria do sujeito enquanto falta-a-ser. Por outro lado, a dimensão do amor está situada no simbólico, plano da linguagem e da incidência dos limites, e é ali que a transferência se estabelece como motor para o tratamento, tendo em vista a dimensão do compromisso simbólico que o amor institui, porque “o amor é um fato cultural.” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 198).

A transferência é pré-requisito para o tratamento porque, como Freud (1914/2019) postula, é por meio dela que o sujeito do inconsciente pode se tornar presente, ao atuar o recalcado na relação com o psicanalista. O manejo da relação transferencial fornece “... o inestimável serviço de tornar manifestas e atuais as moções amorosas ocultas e esquecidas dos pacientes, pois, afinal, ninguém pode ser abatido *in absentia* ou *in effigie*” (Freud, 1912/2017, p. 108), ou seja, no tratamento psicanalítico, a transferência é uma das formas pelas quais o corpo é colocado em cena no tratamento.

Empregando uma leitura a partir de Lacan (1962- 1963/2005), em um tratamento pela psicanálise o sujeito atualiza sua relação com o Outro, um vínculo que impõe barreiras à satisfação pulsional irrestrita – limitação que está em questão na perda do *objeto a*. O recalco, para Lacan (ibid.), incide sobre os significantes que amarram o afeto, que por sua vez fica à deriva sob formas diversas, de tal forma que no tratamento psicanalítico opera-se ao nível dos significantes por meio da relação simbólica entre sujeito e psicanalista e pode-se intervir sobre o recalcado, no que reside a eficácia do tratamento sobre os afetos.

Por meio da transferência, retomando Freud (1914/2019), a psicanálise adquire sua influência ao proporcionar que o sujeito possa vivenciar a atualidade de seu sofrimento, que não será tomado como algo que pertence ao passado. Com Lacan (1962- 1963/2005), entende-se que na transferência se faz um uso do uso do simbólico que possa suspender o recalco que incide sobre os significantes, proporcionando um desimpedimento no fluxo da cadeia que revelará a falta por meio da linguagem e o sujeito enquanto falta-a-ser, em um movimento que é próprio ao desejo. É pela transferência em sua dimensão simbólica que pode ocorrer no tratamento psicanalítico a suspensão do recalco das pulsões – ou, se quisermos partir da leitura de Lacan (1964/1998), o acesso ao desejo que reproduz a relação do sujeito com o *objeto a*.

Relembra-se a estrutura de borda do inconsciente, em sua possibilidade de fechamento e entrada que conecta o sujeito ao Outro. O que permite a abertura do inconsciente é a fala do sujeito, um discurso sobre o qual o analista intervém por meio da transferência em sua dimensão simbólica, para conduzir ao aparecimento do desejo. A transferência é sustentada pelo desejo do psicanalista:

Pois é na escansão do discurso do paciente, à medida nele intervém o analista, que veremos ajustar-se a pulsação da borda pela qual deve surgir o ser que reside para aquém dela. A espera do advento desse ser em sua relação com o que designamos como o desejo do analista, no que ele tem de despercebido, pelo menos até hoje, por sua própria posição, é essa a última e verdadeira mola do que constitui a transferência. (Lacan, 1960-1964/1998, p.858)

Conforme Lacan (1962-1963/2005), “é pelo fato de o desejo do analista suscitar em mim a dimensão da expectativa que sou apanhado na eficácia da análise. Eu gostaria muito que ele me visse como isto ou aquilo, que fizesse de mim um objeto.” (p. 170). No entanto, a transferência no nível em que opera pela palavra coloca-se no plano do amor, uma dimensão própria ao significante na medida em que apenas é possível amar porque sua possibilidade está colocada pela cultura.

Na análise, por meio da transferência e do que ela implica por estar ao nível do amor, mantém-se a dimensão da cultura, do significante – da perda, portanto. Ao sustentar a dimensão simbólica da transferência evita-se um distanciamento da natureza faltosa da subjetividade, evidenciada pela angústia por meio de seu alerta quanto à iminência do apagamento do sujeito que ocorreria pela sua absorção para um estado de unidade. Assim, “... convém que o analista seja aquele que, minimamente, não importa por qual vertente, por qual borda, tenha feito seu desejo entrar suficientemente nesse *a* irreduzível para oferecer à questão do conceito da angústia uma garantia real.” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 366).

Para Lacan (1962-1963/2005), é o desejo do psicanalista que mantém a análise. Tomando como ancoragem o desenvolvimento teórico acerca da angústia conforme o ensino lacaniano no Seminário, apreende-se que, se no tratamento o psicanalista ocupa o lugar do Outro e a transferência situa-se no plano do amor, um plano que é o do significante, o desejo do psicanalista é uma forma do desejo do Outro que não reivindica do sujeito um *objeto a* e, portanto, não se converte em gozo, uma formulação que Lacan (ibid.) enuncia ao dizer que “só o amor permite ao gozo condescender ao desejo.” (p. 197). O desejo do psicanalista coloca em questão o *objeto a* enquanto perdido, porque é pela incidência do significante e pela perda do objeto que um sujeito pode se constituir, se vincular à cultura e sustentar-se enquanto desejante.

Devido à sua ocorrência no simbólico, a transferência revela-se eficaz para a operação em que o sujeito pode transitar da dimensão do Eu Ideal para o Ideal do Eu. Por meio do desejo do analista, o tratamento psicanalítico é mantido sem que ocorra a imposição ao sujeito de formulações, demandas ou discursos unificantes, realizando-se como um método que permite que o sujeito possa tecer suas próprias construções acerca de sua relação com a castração e com a perda do objeto.

É notável a função clínica da angústia em decorrência de seu valor de sinal das relações do sujeito com a perda, face à sua pungência tão mais intensa quanto menores as possibilidades encontradas pelo sujeito para relacionar-se com a falta que o constitui. Para que a angústia funcione como propulsora de uma relação possível do sujeito com a incompletude e da sustentação da perda definitiva do *objeto a*, é imprescindível que o sujeito possa falar. A linguagem é a única forma que o sujeito dispõe para assegurar a estabilidade da castração, para delinear os limites que a cultura impõe à satisfação pulsional, e para não diluir-se em um suposto gozo absoluto de um Outro que a qualquer instante pode devorá-lo. Na clínica psicanalítica, a transferência simbólica é o meio

pelo qual a palavra poderá fazer funcionar os contornos da castração enquanto a ausência que promove a permanência do sujeito na cultura, bem como sua sustentação enquanto desejante.

3.4. A angústia e a direção do tratamento

“Para onde vai, portanto, a direção do tratamento?”

“Talvez baste interrogar seus meios para defini-la em sua retidão.”

(Lacan, 1958/1998, p. 647)

A condição de existência do poder analítico é fundamentar-se na fala do sujeito. Em um tratamento pela psicanálise concebe-se que o desejo comparecerá de forma espontânea se não forem colocados obstáculos à sua manifestação; contudo, entende-se que existe uma discrepância entre a natureza infinita do desejo e as limitações da linguagem, ocasionando que a livre exploração das possibilidades da palavra seja motivada pelo analista ao mesmo tempo em que este estará advertido do quanto essa liberdade é desafiadora para o sujeito, já que uma expressão completa pela fala não é possível. Ainda no que se refere aos meios do tratamento, reforça-se o entendimento de que o psicanalista não satisfará à demanda e a deixará em suspenso (Lacan, 1958/1998).

A demanda foi avaliada por Lacan (1966/2001) como terreno privilegiado para a sustentação da ética da psicanálise no enfrentamento à dominação empreendida pelo poder científico, tendo em vista que na demanda revela-se uma dimensão do corpo que não faz parte do vocabulário e do interesse médico: o gozo. Os termos utilitários da medicina são incapazes de capturar o gozo, porque este refere-se às pulsões e sua localização não pode ser determinada pelos referenciais da ciência. É nesse sentido que a resposta pela transferência se mostra promissora ao tratamento, tendo em vista que a demanda é uma demanda de saber. Trata-se de um saber que é do

âmbito do inconsciente, um saber sobre o desejo e, portanto, inalcançável por meio dos conceitos e práticas orientados pela cientificidade e fundados no observável.

Freud (1920/2020) não opõe o consciente e o inconsciente, mas sim o eu coerente e o recalçado, de tal maneira que “grande parte do Eu é com certeza propriamente inconsciente, justamente aquilo que podemos chamar de cerne do Eu.” (p.89). Àquela altura de sua obra, Freud investigava o princípio do prazer que reduz as tensões envolvidas nos processos anímicos, interrogando sobre a primazia da compulsão à repetição sobre esse princípio. Para sistematizar a reflexão, o conceito de pulsão de morte foi fundamental no entendimento da compulsão à repetição como “... mais originária, mais elementar e mais pulsional do que o princípio do prazer por ela deixado de lado”. (p. 99).

Em 1920, Freud revisava sua concepção sobre as pulsões, declarando que “... a insegurança de nossa especulação atingiu um alto grau pela necessidade de fazer empréstimos da ciência biológica.” (p. 195), mas não renunciando à ousadia de discorrer acerca de suas hipóteses. Entendidas desde início como envolvidas em um dualismo, naquele momento as pulsões passavam a ser conceitualizadas como pulsões de vida e pulsões de morte, que não apenas coexistem, mas associam-se desde o início.

Freud (1920/2020) concebe que as pulsões de vida perturbam a paz e trazem tensões cuja eliminação é sentida como prazer, trabalhando pela manutenção da vida por meio da reprodução sexuada que só é possível e necessária aos seres que morrem. Freud (ibid.) observa a relevância de que “... a célula germinativa só possa ser reforçada ou habilitada para essa operação através da fusão com outra célula semelhante a ela e no entanto diferente dela” (p. 141), o que marca o caráter libidinal das pulsões de vida, que fazem ligação com os outros. “É assim que a libido de nossas

pulsões sexuais iria coincidir com Eros dos poetas e dos filósofos, que mantém unido tudo o que é vivo.” (p. 169).

As pulsões de vida interpõem-se e ao mesmo tempo são parte do curso natural que leva à morte, compreendendo que a morte é o destino inerente à vida de todo ser que se reproduz de forma sexuada. O princípio do prazer, dessa maneira, trabalha a serviço das pulsões de morte que direcionam o organismo à eliminação de excitação, de tal forma que

O princípio do prazer é então uma tendência que está a serviço de uma função à qual cabe tornar o aparelho anímico absolutamente isento de excitação ou de nele manter constante ou tão baixo quanto possível o montante de excitação ... percebemos que a função assim definida teria participação no empenho mais geral de tudo o que é vivo de retornar ao repouso do mundo inorgânico. (Freud, 1920/2020, pp. 199-200)

Para além do princípio do prazer, Freud (1920/2020) localiza a compulsão à repetição, reveladora das pulsões que estão em estado de recalçamento. A repetição é sentida simultaneamente como desprazer pelo eu e como prazer inconsciente, por se tratar de um desprazer que já foi apreciado enquanto satisfação pulsional, mas que se encontra recalçado. Na leitura de Lacan (1964/1998), a pulsão divide sujeito e desejo, aludindo ao real da relação do sujeito com o *objeto a*. O desejo se sustenta por essa relação do sujeito com o objeto perdido, uma relação que o sujeito desconhece.

Enquanto o desejo vem do Outro, Lacan (1962-1963/2005) articula que o gozo vai em direção à Coisa após ultrapassar a barreira do princípio do prazer e constituir-se como desprazer, possuindo, portanto, relação com a compulsão à repetição e a pulsão de morte. A Coisa, ou *das Ding*, conforme Lacan (1959-1960/2008), é o Outro absoluto que o sujeito jamais poderá reencontrar. Quando se busca o gozo do Outro é a angústia que se procura, já que não é possível

um reencontro com o Outro absoluto, a Coisa, porque o *objeto a* está perdido permanentemente e não pode ser colocado no corpo novamente.

A dimensão pulsional dá mostras da relação do sujeito com o objeto, uma relação que se expressa por meio do desejo em sua natureza insatisfeita, fazendo com que o gozo esteja "... vedado a quem fala como tal, ou ainda, que ele só pode ser dito nas entrelinhas por quem quer que seja sujeito da Lei, já que a lei se funda justamente nessa proibição." (Lacan, 1960/1998. p. 836). Lacan prossegue em sua argumentação mencionando o papel da castração na interdição ao gozo que sem ela seria infinito devido à sua natureza pulsional; a função do falo na simbolização da proibição do gozo está presente na sua negatização na imagem especular, figurando na dialética do desejo como o que consolida o gozo enquanto limitado, uma dimensão que se revela no ato sexual por meio da detumescência orgânica.

A limitação a que o destino do desejo fica submetido no homem tem por móbil a conjunção de uma certa anatomia - aquela que tentei caracterizar da última vez pela existência do que chamei de membrana caduca [decídua], que só existe no nível mamífero dos organismos - com o que é efetivamente o destino, ou seja, a Anankê pela qual o gozo tem que se confrontar com o significante. O desejo está fadado a encontrar o objeto numa certa função que se localiza e se precipita no nível da decídua e de tudo o que pode funcionar como esses tecidos caducos. Esse termo nos servirá para explorar melhor os momentos de corte em que se pode esperar a angústia, para confirmar que é realmente nestes que ela emerge e para fornecer um catálogo exaustivo dessas fronteiras. (Lacan, 1962-1963, p. 196).

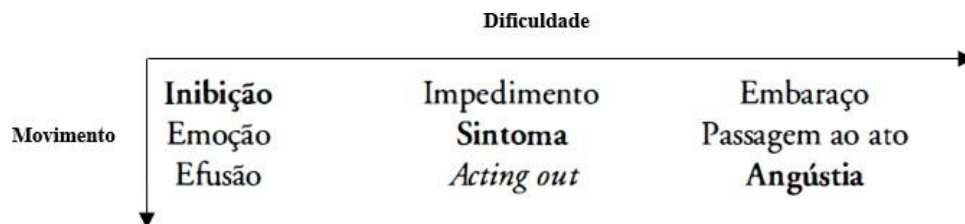
Ou seja, é pela cultura que a satisfação pulsional tem restrições, o que equivale a dizer que é por meio da incidência do significante proveniente do Outro que o *objeto a* é perdido, e que é pela palavra que o gozo do corpo poderá encontrar limites. Os sintomas submetidos à análise,

como aponta Lacan (1962-1963), têm natureza pulsional na medida em que se tratam de uma forma encoberta de gozo e que se bastam enquanto satisfação, sendo exemplares clínicos da possibilidade da intervenção da palavra sobre o gozo.

Angústia e sintoma não estão no mesmo patamar, e Lacan (1962-1963) utiliza um esquema em que dispõe os termos “inibição”, “sintoma” e “angústia” – clássica tríade freudiana, para abordar as relações do sujeito com o desejo. O quadro da angústia, como Lacan o denomina, está representado a seguir, por meio da Figura 5.

Figura 5

Quadro da angústia



O esquema proposto por Lacan não consiste em um instrumento que classificaria por meio dos termos dispostos no quadro alguma descrição do que se passa com o sujeito, nem pretende oferecer a formulação de um diagnóstico por meio dos estados representados. Em vez disso, oferece ao psicanalista uma ferramenta teórica que poderá ser útil na clínica, ao dar mostras da diversidade de relações que o sujeito mantém com o desejo e com o objeto pedido.

Por meio da inclusão de outros conceitos além dos três que o originaram, o quadro é desenvolvido paulatinamente no decorrer do Seminário, Livro 10, e instrumentaliza o ensino lacaniano da temática da angústia. No esquema, há uma organização entre os termos, que não são da mesma natureza e têm suas características determinadas pela sua localização no quadro, variando entre menores ou maiores graus de dificuldade ou movimento. A angústia é o conceito

utilizado para designar o afeto em que o sujeito encontra maior dificuldade e que está no mais alto grau de movimento.

Sustenta-se que optar pela psicanálise nos contextos da saúde mental traz consequências práticas à direção da clínica desenvolvida nestes espaços, efeitos provocados por uma escolha epistemológica e ética. Dirigir o tratamento fiando-se a um método de catalogação impõe impasses, situações insolúveis e resultados infecundos para a clínica, conforme Lacan (1962-1963/2005), de tal maneira que a temática da angústia proporciona um aporte clínico inestimável, não apenas nos contextos mais comuns do funcionamento da clínica psicanalítica, mas também em locais como os que compuseram o recorte desta pesquisa, diferentes em vários aspectos da clínica tradicional mas não menos reveladores dos aspectos da subjetividade contemporânea e nem impeditivos da prática da psicanálise.

Nessa perspectiva, endossa-se a observação de Harari (1999) quanto às consequências da concepção lacaniana da angústia para a clínica ao afirmar que “... não se trata de elucubrações lúdicas e abstratas, e é tampouco uma mera questão de gosto. Está em jogo nada mais nada menos do que a direção do tratamento.” (p. 34). Os comentários de Rabinovich (2009) também se movem nesse sentido, quando a autora aponta que o entendimento do desejo enquanto desejo do Outro, uma reformulação em relação ao desejo freudiano, é fundamental no que o ensino de Lacan suscita quanto à direção do tratamento e na compreensão do desejo do psicanalista.

O psicanalista deverá estar advertido da dimensão ilusória de um sujeito suposto que tem transparência de seu conhecimento, com base no questionamento de Lacan (1962-1963/2005) quanto ao “... ponto de vista científico, na medida em que sua ambição é sempre considerar a falta como preenchível, ao contrário da problemática de uma experiência que inclui em si levar em conta a falta como tal.” (p. 161). As demandas recebidas pelo psicanalista o colocam na posição

de sujeito suposto saber, porque estão relacionadas ao poder científico e ao discurso hegemônico acerca da saúde mental. Todavia, o psicanalista deverá estar alerta quanto à natureza de suposição do saber que lhe é atribuído, e que o bem-estar completo que a imagem especular apregoa não é possível.

A *Selbst-bewusstsein*, que eu os ensinei a chamar de sujeito suposto saber, é uma suposição enganosa. A *Selbst-bewusstsein*, considerada constitutiva do sujeito cognoscitivo, é uma ilusão, uma fonte de erro, uma vez que a dimensão de sujeito suposto que transparece em seu próprio ato de conhecimento só começa a partir do momento em que entra em jogo um objeto específico, que é aquele que o estádio do espelho tenta delimitar, ou seja, a imagem do corpo próprio, na medida em que, diante dela, o sujeito tem o sentimento jubilatório de efetivamente estar diante de um objeto que o torna, a ele, sujeito, transparente para si mesmo. A extensão dessa ilusão da consciência a toda espécie de conhecimento é motivada pelo fato de que o objeto do conhecimento é construído, modelado, à imagem da relação com a imagem especular. É precisamente por isso que esse objeto do conhecimento é insuficiente. (Lacan, 1962-1963/2005, p.70).

Por meio das falas de pacientes atendidos em uma clínica psicanalítica institucional, algumas construções clínicas foram colocadas a ilustrar formas de apresentação da angústia – há tantas outras, diversas e singulares. Os sujeitos foram trazidos até essas páginas com seus discursos sobre o “vazio”, sobre um certo “abrandamento” da falta irremediável, acerca do desejo asfixiado por um Outro onipotente, ou na forma de uma demanda de respostas definitivas sobre o desejo.

A clínica que os atendeu poderia ter imposto seu saber suposto a cada um desses sujeitos e a dezenas de outros pacientes que recebeu ao longo de mais de 5 anos, sujeitos que numerosamente enunciaram o discurso médico-científico em sua demanda e delegaram seu saber ao Serviço de

Psicologia da instituição. Tal escolha para uma direção dos tratamentos daria mostras de “... como a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder.” (Lacan, 1958/1998, p. 592).

No entanto, os sujeitos que falaram por meio deste trabalho, ou através de quem este trabalho pôde se dizer, foram atendidos por uma clínica em que o referencial ético e teórico-conceitual em vigência tinha a psicanálise como norteadora. O modo peculiar de escuta da clínica psicanalítica envolve “... que o analisando também “ouça” o que fala.” (Celes, 2005, p. 29), de tal maneira que, por exemplo, ao ouvir sobre o “vazio” que Isabela experimentava apostou-se que a paciente pudesse ouvir o que suas associações têm de reveladoras quanto ao seu sofrimento, profundamente vinculado a uma violência que provém do laço social, atingindo seu corpo de mulher “preta e pobre” – foram essas as suas palavras.

Isabela falava do “vazio”, da morte, e do quanto era triste “por natureza”. Era um dizer cortante, sim, e sobretudo angustiante. Os psicanalistas precisarão estar advertidos de sua própria relação com a angústia, e quanto a essa relação Lacan (1962-1963/2005) os indaga: “... quem é que vocês poupam? O outro, sem dúvida, mas também vocês mesmos”. Se o “vazio” de Isabela não pudesse ser ouvido na clínica no que ele denuncia de um pacto social que consente com a violência e com a indignidade, seria mais uma vez que a comunidade humana falharia com ela, e seria mais uma vez que Isabela o diria sem ouvi-lo e sem que a sua mensagem chegasse a algum destinatário.

Branda, de maneira análoga, vivenciava uma forma de vivência da angústia que não poderia ser desconectada de sua vivência de mulher “abrandada”, requerida em um lugar de serenidade e que a tudo deveria pacificar, de todos deveria ser capaz de cuidar. A paciente foi desejada pelo Outro como branda, seja enquanto filha, enquanto mãe, enquanto esposa. A cada vez que Branda

consentia que a fantasia se abalasse um pouco, estava admitindo a possibilidade de fracasso em uma avaliação, assumindo que não tem o poder de promover um mundo perfeito para seus filhos, ou constatando que o familiar agressor com quem convivia não voltaria a ser alvo de sua admiração – o que de fato ampliou seus recursos quanto à possível necessidade de enfrentamento e denúncia.

Ao experimentar algo de um Ideal do Eu que podia contornar a castração em limites mais bem definidos, Branda acessava recursos simbólicos que a permitiam sustentar-se melhor enquanto incompleta e estruturalmente marcada pela perda do *objeto a*. Menciona-se Lacan (1962-1963): “A folha que o candidato tem que entregar, em branco ou não, é um exemplo explícito daquilo que, por um instante, pode ser o *a* para o sujeito.” (p. 196). A paciente buscava aquilo que supunha como ausente para que ela alcançasse uma totalidade hipotética, buscava nas atividades acadêmicas e nas relações com os outros aquilo supunha que poderia obturar o $(-\phi)$ e a angústia era o que a defendia da dissolução no gozo, por meio do alerta que não a enganava e anunciava sua incompletude e que o objeto deveria cair, porque já estava perdido.

Na clínica, os pacientes dão mostras de suas relações com o objeto perdido, esse objeto cuja única tradução subjetiva é a angústia. Davi, por exemplo, encontrava-se identificado ao objeto, enquanto filho preferido do Todo-poderoso completo e onipotente, sendo reabsorvido a todo momento para uma dimensão de gozo que a angústia denunciava com sua certeza: por mais que Davi afirmasse sua plenitude durante seus atendimentos, também falava do quanto estava “infeliz por não conseguir mais ser feliz” e já se sabia incompleto, um saber que era seu, e que na clínica ele poderia finalmente ouvir.

De forma semelhante, Alex sabia de sua falta, mas a enunciava a sua própria maneira. Seu modo singular de falar da castração apresentava vigorosamente a dimensão da demanda, expressa em pedidos que continham sua expectativa de que o Serviço de Psicologia solicitaria dele qualquer

coisa que contivesse uma solução para o seu próprio desejo. O que não é incomum ou inesperado, afinal com a oferta de atendimentos psicológicos a instituição estabelece a demanda:

É claro que sua demanda se manifesta no campo de uma demanda implícita, aquela pela qual está ali: de ser curado ... Mas essa demanda, ele sabe, pode esperar. Sua demanda atual nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal, fui eu quem lhe fiz a oferta de falar. (Lacan, 1958/1998, p. 623).

No tratamento de Alex, o manejo da angústia era sensível, porque a captura quase imediata do paciente pelo registro da demanda reduzia consideravelmente o espaço que precisa existir na cadeia enunciativa para que o desejo possa comparecer, de tal forma que era efêmera a sustentação pelo paciente da impossibilidade de uma resposta permanente sobre o desejo. Contudo, ainda que o retorno de suas reivindicações de uma totalidade fosse comum, o tratamento pôde transcorrer pela manutenção de algum nível de certeza quanto à impossibilidade dessa reivindicação, ou seja, por alguma dose de angústia.

Freud (1919[1918]/2019) aponta que durante o tratamento psicanalítico é comum que a melhora do sofrimento do paciente venha acompanhada da diminuição da força motriz que o impulsiona à cura, uma força à qual o psicanalista não deve renunciar e que só poderá garantir por meio da manutenção da falta. De forma semelhante, empenhado em construir uma formalização da angústia, Lacan (1962-1963/2005) mostra que o surgimento da angústia na clínica e a consequente revelação da presença do objeto causa do desejo é uma produção intrínseca ao tratamento.

Um trabalho clínico se valha da angústia deverá ser capaz de localizar a fantasia de cada sujeito e seus efeitos no vínculo do sujeito com a realidade, bem como de identificar a presença do objeto causa do desejo em seus efeitos de perturbação da imagem especular unificada que reveste

a fantasia. Ao forjar uma resposta sobre o desejo do Outro, a fantasia protege o sujeito da certeza da angústia: a de que não há solução para o desejo. Por sua vez, a angústia também se apresenta como uma defesa para o sujeito, quando em sua condição de alarme não permite que o sujeito seja desviado de sua natureza incompleta.

A castração é irremediável, inapreensível e tem aspectos insuportáveis, no entanto é condição para que exista uma singularidade, na medida em que funciona como suporte para o simbólico, visto que a linguagem opera em torno da falta e é nisso que poderá estabelecer uma mediação entre o pulsional e a cultura. Reitera-se o valor da angústia enquanto um apontamento para o sujeito de que a completude é ilusória devido às interdições operadas pela cultura; a partir do momento em que ingressou na comunidade humana o sujeito ficou proibido de alcançar uma satisfação irrestrita, o que o submete ao desejo infinito e insatisfeito. Se há angústia, falta desejo – esse é seu alarme.

O psicanalista deverá estar alerta à singularidade da relação de cada um de seus pacientes com o desejo. Saber fazer trabalhar a angústia em favor do tratamento implica tomá-la em seu valor de sinal quanto à sobreposição das dimensões do desejo e do gozo, um estado no qual a estabilidade da castração se encontra vacilante e o sujeito está na iminência de ser aspirado em direção à Coisa. A relação do sujeito com o objeto perdido se expressa pelo desejo, e é por meio da linguagem que a imposição de barreiras à satisfação pulsional poderá retirar dessa relação uma produção autêntica.

A angústia revela o sujeito em uma experiência de vacilação em relação ao conhecimento na medida em que é um fenômeno que se situa no âmbito do real. Assim, tomar a angústia na direção do tratamento implica reconhecê-la em sua inseparabilidade da subjetividade e singularizar a experiência de cada sujeito que dela padece, porque a angústia escapa ao conhecimento

especular, não se deixa apreender por categorias psicopatológicas e não cabe em qualquer tentativa de captura, pelo simbólico ou pelo imaginário.

A linguagem é o que se dispõe para fazer trabalhar tanto a angústia quanto o seu remédio – o desejo. Neste trabalho, buscou-se apresentar as relações do desejo com a angústia, apontando o desejo como o único “remédio” possível para a angústia. Tal elaboração fundamenta-se no que postula Lacan (1960-1961/1992), quanto ao atravessamento da angústia condicionar-se à sustentação da falta que funda o desejo. Ao mesmo tempo, é pertinente acrescentar: para o desejo, remédio da angústia, não há remédio. O desejo é inalcançável e sua verdade insuportável é ser insatisfeito e conflitivo, o que ao mesmo tempo estabelece seu potencial de inventividade, por meio de seu deslizamento infinito na cadeia significativa.

Se utilizada em seu valor clínico, a angústia coloca-se como caminho a ser percorrido durante o tratamento, um percurso que, conforme Lacan (1962-1963/2005), mostra-se como “... resposta à queda essencial do sujeito em sua miséria suprema ...” (p. 182). Como exposto, não há recurso linguístico que possa anular o real e torná-lo outra coisa, mas pode-se fazer uma travessia por meio da qual saídas originais sejam inventadas como respostas, sempre transitórias, àquilo que de outro modo seria insuportável. Para resumir, quanto ao real, terreno da angústia, “não temos outro meio de apreendê-lo senão avançando de tropeço em tropeço.” (Lacan, 1962-1963/2005, p.90).

Considerações Finais

“A angústia, portanto, é um termo intermediário entre o gozo e o desejo, uma vez que é depois de superada a angústia, e fundamentado no tempo da angústia, que o desejo se constitui.”

(Lacan, 1962-1963, p. 193).

No presente estudo sobre a clínica contemporânea, a ênfase recaiu sobre a angústia conforme o ensino de Jacques Lacan, sustentando a proficuidade de sua leitura da temática para a prática clínica em contextos que não são apenas os dos consultórios tradicionais. Lacan (1953-1954/2009) dizia a seus ouvintes que seu ensino exigiu seu esforço

... para revalorizar aos olhos deles esse instrumento, a fala - para lhes devolver sua dignidade, e fazer com que ela não seja sempre, para eles, essas palavras desvalorizadas de antemão que os forçavam a fixar os olhos em outra parte, para lhes encontrar um fiador (p.26).

O método clínico da psicanálise fundamenta-se na palavra do sujeito que recorre ao tratamento, e seus modos de diagnóstico consideram a estruturação da subjetividade e as singularidades do arranjo que o simbólico produz em cada sujeito pela integração do imaginário e do real. Na clínica psicanalítica é por meio da transferência que poderá ocorrer um manejo possível da angústia, fenômeno situado no domínio do real e que pode receber incidências do simbólico.

Para posicionar teoricamente a angústia, Lacan (1962-1963/2005) destaca que ela deve ser situada entre três temas, que foram abordados no decorrer deste trabalho. São eles o gozo do Outro, a demanda do Outro e o desejo do Outro. Do desejo do Outro Lacan deriva o desejo do analista, “... essa espécie de desejo que se manifesta na interpretação, e da qual a incidência do analista no tratamento é a forma mais exemplar e mais enigmática.” (p. 65).

Neste estudo, produziu-se reflexões acerca da clínica psicanalítica que se situa no campo da saúde mental, elaborações que foram ancoradas no entendimento da psicanálise sobre o sujeito: o sujeito do inconsciente, sujeito que fala, que está inserido na cultura, constituído pela relação com os outros e determinado pelo Outro antes mesmo de seu nascimento. É fundamental para a presente discussão que é pela linguagem que a transição para a humanidade pode transcorrer, por meio do refreamento da satisfação pulsional pela cultura. Dessa maneira, ao nível da limitação pulsional exigida pela vivência compartilhada na comunidade humana, se reproduz a relação com o objeto perdido que torna o sujeito incompleto e cuja ausência restringe de forma permanente esse sujeito.

Na concepção vigente neste texto, a necessidade de compreender como o sujeito se forma está na base de qualquer possibilidade diagnóstica e de direção do tratamento, porque partiu-se da perspectiva psicanalítica e entende-se que a entrada do sujeito na linguagem o determina. Considera-se que no acesso à cultura o significante produz marcas no sujeito, traços que têm impacto na realidade material, relacional e corporal do sujeito, comparecendo na clínica junto dele.

O sujeito surge por meio de sua ligação aos outros, pela possibilidade de nomeação das coisas do mundo e pelo estabelecimento da relação simbólica. A subjetividade se estrutura em torno dessa relação, um vínculo por meio do qual o sujeito se forma como incompleto, porque compartilha com o Outro algo que ambos perdem de forma perpétua quando se separam - o *objeto a*, um objeto que é da ordem do real e causa o desejo.

A angústia não pode ser eliminada da subjetividade e é reveladora das inevitáveis fissuras decorrentes da entrada do sujeito na ordem do significante, visto que é um fenômeno que se produz precisamente nas fendas subjetivas. Essa característica da angústia mostra-se de especial importância à presente reflexão sobre a clínica que pode se desenvolver em contextos institucionais

devido à garantia do Estado à saúde mental, porque o âmbito da saúde mental encontra-se aderido ao discurso científico que pressupõe a possibilidade de inteireza, uma suposição atribuída tanto aos sujeitos que se dirigem à clínica quanto às respostas desse discurso às demandas dos pacientes.

O sujeito não pode ver ou dizer o real e não dirá a angústia, porque ela é inapreensível pelo engano significante, contudo a palavra é o instrumento que pode não só tornar mais sustentável para o sujeito a experiência da angústia, mas sobretudo utilizá-la no caminho que pode levar o sujeito ao desejo. Além de viabilizar a travessia da experiência da angústia, a fala do sujeito poderá incidir sobre a fantasia e sobre a realidade material, tendo em vista que a palavra organiza as construções imaginárias.

Procurou-se desenvolver a reflexão sobre a angústia partindo do esquema óptico, modelo para a teoria do estádio do espelho, considerando com Lacan (1966/1998) que “o estádio do espelho fornece a regra de partilha entre o imaginário e o simbólico... (p. 73)”, levando em conta a relevância da função do imaginário e visando avançar no entendimento quanto à formação da realidade do sujeito. O esquema óptico mostrou-se relevante aos objetivos deste trabalho especialmente no que nele não se pode visualizar: o real, plano da angústia. O objeto da angústia não pode ser apreendido pelo imaginário, de tal forma que diante de sua vivência o sujeito vacila em relação ao conhecimento que é da ordem especular.

A dimensão do *Unheimlich* permite formalizar a vacilação em questão na angústia, analisando-a por meio do aparecimento do que é simultaneamente familiar e infamiliar, algo próximo e conhecido, mas que não deveria aparecer, e que, no entanto, se faz presente. A resposta lacaniana acerca da falta de referenciais na angústia pode ser lida pelo esquema óptico quando se leva em consideração que a angústia surge no lugar simbólico da castração (-φ), um lugar que deve permanecer vazio. A angústia surge ali devido à manifestação naquele local do *objeto a*, um

fragmento do corpo que não entra no imaginário, pedaço de carne que é a um só tempo profundamente íntima do sujeito, mas que não o pertence.

O aparecimento da angústia nesse lugar a situa no âmbito do real, dimensão não especular e impossível de localizar com precisão, donde a vacilação em relação ao conhecimento que é típica das experiências de angústia. Esse aspecto pode ser observado nos fragmentos clínicos apresentados neste trabalho, levando em consideração que os sujeitos relatavam sentir-se invadidos pela experiência de angústia sem que fosse possível uma apreensão dessas vivências por meio de qualquer explicação racional e imaginária. Tratava-se de experiências que surgiam subitamente, “do nada” – expressão comum em casos como os das construções aqui expostas.

Por admitir a constituição do objeto enquanto perdido simultaneamente à formação do sujeito, a psicanálise situa-se na “objetividade”, porque seu objeto é da ordem do real. Dessa maneira, a clínica psicanalítica não se limita à dimensão especular, que é o aspecto vigente na objetividade da epistemologia dominante. Não obstante, Lacan (1956/1998) ressalta que o imaginário é um registro que fornece material para a formulação da realidade, mencionando que Freud utilizou a função imaginária para chegar à determinação simbólica, e que procurou “... levar em conta o imaginário e o real nos mecanismos do inconsciente” (p.466).

Por meio do esquema óptico, as três componentes essenciais para a concepção do inconsciente – real, simbólico e imaginário, puderam ser apresentadas. A constituição do sujeito não chega ao fim pela unidade da imagem especular, o que está representado no esquema óptico pela presença do espelho plano que ocupa o lugar do Outro, indicando que o simbólico atinge a unidade da imagem especular e a determina enquanto incompleta pela incidência do significante.

Nos fenômenos do inconsciente revela-se sua estrutura de corte, de algo que se passa entre o sujeito e o Outro e que produz uma borda que pode ser uma entrada por meio da ação do

simbólico. No inconsciente há algo da dimensão do real que sempre escapa e estabelece a perda, de tal maneira que nas fraturas do inconsciente se produzem achados por meio da linguagem, respostas sempre inacabadas que se apresentam ao sujeito como algo que o ultrapassa, em que, conforme Lacan (1964/2008), o sujeito “... acaba achando ao mesmo tempo mais e menos do que esperava - mas que, de todo modo, é, em relação ao que ele esperava, de um valor único.” (p. 30), porque esse achado do inconsciente é um “reachado” (sic) que continuamente desaparece por ser do real.

Ao recorrer à clínica afetado pela angústia, o sujeito deve ter a oportunidade de percebê-la em sua dimensão de sinal, um alerta do qual o sujeito é o destinatário, ainda que esse aviso ocorra no eu. A angústia pode ser tornada mais transitável por meio da transferência e da palavra, mas a tentativa de eliminá-la por completo está fadada ao fracasso, porque trata-se de um fenômeno do âmbito do real e que constitui o sujeito, de tal forma que demarcações classificatórias são infrutíferas para seu manejo.

A discursividade hegemônica tende a soluções pouco tolerantes às lacunas nas respostas, não sendo incomum que a assistência no campo da saúde mental seja produzida por meio de estratégias que culminam no silenciamento do corpo que sofre, para torná-lo mais funcional, produtivo e adaptado. Considerando a natureza unificante dos discursos que atravessam as práticas institucionais ligadas à saúde mental, avista-se em uma atuação orientada pela psicanálise o potencial de gerar repercussões na forma de cuidado nesses espaços.

Em relação aos tratamentos predominantemente baseados em sistemas classificatórios objetivos e descritivos, o fazer psicanalítico situa-se no contrafluxo, ofertando a possibilidade de formas de trabalho epistemologicamente díspares das hegemônicas. A psicanálise se propõe a sustentar a possibilidade da polissemia e da abertura para a construção de significações que não

estão dadas por si mesmas, o que não implica em uma forma de obscurantismo, mas no emprego de um método que não recua diante daquilo para o que não há respostas:

Não podemos pensar na experiência analítica como um jogo, um engodo, uma manigância (sic) ilusória, uma sugestão. Ela coloca em causa a palavra plena. Desde que este ponto foi colocado, vocês puderam se aperceber, muitas coisas se orientam e se esclarecem, mas muitos paradoxos e contradições aparecem. O mérito dessa concepção é justamente o de fazer aparecer esses paradoxos e essas contradições, que nem por isso são opacidades e obscurecimentos. (Lacan, 1953-1954/2009, p.147).

Nas instituições, o psicanalista possivelmente estará ocupando a função de psicólogo, o que não impede que atue como psicanalista e que sustente o enfrentamento aos discursos dominantes e homogeneizantes. É comum que uma demanda seja endereçada ao psicólogo da instituição na forma da expectativa de manutenção das fantasias típicas da própria instituição. Na posição de psicanalista, esse psicólogo não atenderá à demanda e procurará ouvir o desejo entre as palavras do sujeito, sem desconsiderar a urgência que atravessa essa demanda.

O meio que se dispõe para o tratamento psicanalítico é a palavra – precisamente esta que carrega o limite em seu estatuto. Será pelo simbólico que o gozo do corpo poderá encontrar limites e é por meio da transferência que poderá ocorrer um manejo possível da angústia, com o desejo do psicanalista operando para a manutenção do tratamento ao colocar em questão a perda do objeto como fundamental, para que o sujeito possa se sustentar em sua singularidade.

O lugar que ocupa no plano simbólico permite ao psicanalista o manejo da inclinação que determina o que o sujeito vê, semelhante ao espelho plano do esquema óptico que teoricamente pode operar uma rotação em 90° e revelar a ilusão da imagem narcísica completa. Pela palavra o sujeito poderá vivenciar os contornos do real da castração, sem dizê-lo inteiramente, mas situando-

se nos limites, nas bordas. A linguagem estrutura-se em torno dos significantes, que se encadeiam e permitem que o sujeito possa ter algum tipo de relação com o que não muda, o que não é abarcável pela linguagem e por qualquer forma de conhecimento objetivo.

É o desejo que pode possibilitar que o sujeito sustente esse impossível, esse imutável, ainda que jamais o apreenda. O desejo circula na cadeia infinita dos significantes, em uma estrutura metonímica que perfaz um deslizamento que não cessa, continuamente remetendo a outro significante. Por meio da linguagem, o sujeito dá sentido ao que não tem sentido, atribuindo significações aos significantes que em si não significam nada, e realizando um percurso na linguagem que revela a falta, já que a tentativa de atribuição de sentidos é perene.

Com uma resposta total à demanda não pode existir lugar para o desejo, porque este necessita do espaço que expressa a incompletude estrutural da subjetividade. O discurso da psicanálise dará à demanda uma forma de resposta que possa funcionar como uma abertura, ao cavar espaço para a ausência e permitir que possa faltar. Segundo Lacan (1960-1961/1992), o remédio para a angústia é o desejo, posto que a possibilidade da falta é condição fundamental para a travessia da angústia.

Não faltariam diagnósticos oriundos do campo científico para dar conta das demandas. Neste trabalho, foram apresentados recortes de casos clínicos que tipicamente seriam atendidos por meio de categorias como ansiedade ou crise de pânico, classificações disponíveis na discursividade da clínica hegemônica. São casos atravessados por especificidades que a temática da angústia permite que compareçam, de modo que possam ser singularizados. Considerar a angústia um sinal que surge no eu em direção ao sujeito, um sinal de que o sujeito pode ser devorado, implica provocar o aparecimento desse sujeito e a reivindicação de seu lugar na subjetividade, o que só pode ocorrer na clínica a partir da fala.

Para produzir reflexões sobre a clínica psicanalítica institucional que opera nos cenários da saúde mental, não se poderia excluir as especificidades da maneira pela qual, nesse contexto, a demanda alcança o psicanalista. O local em que a clínica se realiza particulariza seu funcionamento, podendo ser mencionados como influências a frequência de atendimentos que é possível que cada pessoa receba, as características do espaço físico, e a natureza da instituição em que essa clínica está inserida, por exemplo. Para além da configuração operacional, é comum que, nos serviços vinculados à rede pública, a clínica receba urgências que são manifestações de uma forma de sofrimento produzida no laço social, em razão de, mesmo sendo destinados a todos, esses serviços receberem a parcela da população mais atingida pela desigualdade estruturante da sociedade contemporânea.

A temática da angústia foi proposta para instrumentalizar a reflexão acerca das hipóteses que tenho me colocado quanto a um fazer clínico referido à psicanálise, em contextos circunscritos a formas discursivas distintas da psicanalítica. Aqui, volto à primeira pessoa para dizer que parto da aposta de que o discurso da psicanálise pode circular nesses locais, produzindo efeitos que são próprios ao seu método e sistema conceitual, o que leva à apreciação de que a atuação do psicanalista nesses espaços poderá oferecer aportes ao campo psicanalítico, tendo em vista que esses lugares representam uma das conjunturas em que o psicanalista precisará desenvolver sua clínica na atualidade.

Freud (1919[1918]/2019), ao falar sobre o futuro da psicanálise no pós-guerra, realiza um enfoque em que defende sua popularização, de modo que a população pobre pudesse ter acesso aos benefícios do tratamento psicanalítico, mencionando sua inserção em serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Vislumbrando que diante de tal conjuntura o psicanalista necessitaria adequar a técnica da psicanálise às condições materiais dos contextos nos quais se desenvolveria,

Freud (ibid.) tece uma argumentação que culmina na conclusão de que não se escaparia da necessidade de combinar a psicanálise com outras formas de tratamento, “mas seja de que forma essa psicoterapia para o povo se configure, ou de que elementos ela se constitua, as suas partes mais eficazes e importantes certamente serão aquelas emprestadas da Psicanálise propriamente dita, livre desta ou daquela tendência”. (Freud, 1919[1918]/2019, p. 202).

Em que pese a necessidade de revisão permanente do que se trataria uma “psicanálise propriamente dita”, nota-se que o mais fundamental para a psicanálise não apenas pode ser mantido nos contextos institucionais, como também tem o potencial de produzir efeitos discursivos e na condução dos atendimentos ao sofrimento psíquico nesses locais. Ao mesmo tempo, salienta-se a necessidade de uma crítica continuada dos psicanalistas acerca de sua própria teoria, discurso e práxis, levando em consideração que não atender aos ditames da discursividade dominante, que se manifesta por meio da tradição médico-científica, não garante ao psicanalista sua ética.

A escuta analítica não poderia se sustentar em propostas que admitam a violência e o apagamento das manifestações singulares da subjetividade, em nome da ciência, da moral, de fazer o bem ou de quaisquer outros postulados, inclusive os de seus próprios conceitos. Retoma-se Laurent (1996/1999), em seu posicionamento quanto ao aspecto da ética psicanalítica que convoca os psicanalistas a se colocarem em parceria com outros grupos (dentre os quais pode-se mencionar os psicólogos, médicos e outros profissionais que atuam no campo da saúde mental) para intervir nas questões que dizem respeito a uma assistência de saúde mental democrática e que respeite a dignidade dos sujeitos que recorrem aos serviços de saúde. Endossa-se a posição do autor quanto ao dizer silencioso do analista, que não deve ser entendido como uma neutralidade da parte do psicanalista, mas enquanto o que pode denunciar que a manutenção dos ideais não é a única possibilidade.

Alerta-se que a generalidade que uma elaboração sobre o sujeito permite em termos de sua constituição enquanto falante não deverá levantar a hipótese de uma aplicação doutrinária da teoria, o que tornaria o psicanalista incapaz de reconhecer sua própria participação na comunidade humana e, portanto, de ver-se enquanto potencial reforçador ou denunciante de violências sistemáticas às quais são submetidos determinados grupos sociais. Felizmente, a psicanálise obriga-se a conceber que é aquilo que “... aparece harmonioso e compreensível que encerra alguma opacidade. E é, inversamente, na antinomia, na hiância (sic), na dificuldade, que encontramos chances de transparência. É nesse ponto de vista que repousa nosso método e, eu espero, o nosso progresso também.” (Lacan, 1953-1954/2009, p.147).

Este trabalho tem em sua epistemologia e método algo da natureza de sua temática, e desata-se de sua autora ao modo de um *objeto a* que a escrita inscreveu como perdido ao ser compartilhado. Um trabalho-dobradiça, eu diria, que não apenas fundamenta-se como o produto teórico de um processo pelo qual me aproximei do conceito da angústia, mas também uma produção que, ao se desenvolver e ter um fim, permitiu o (re)encontro do desejo “... que é, propriamente falando, o que somos, e também o que não somos, nosso ser e nosso não-ser.” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 385).

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-5]*. Artmed.
- Bassols i Puig, M. (2000/2021). Psicanálise e instituição. In M. Greco (Org.), *Do infinito de fora ao ínfimo de dentro: Psicanálise e prática institucional*. pp. 251-257. AIC.
- Broide, J. (2019). A clínica psicanalítica na cidade. In E. Broide & I. Katz (Orgs.), *Psicanálise nos espaços públicos*. pp. 48-65. IP/USP.
- Celes, L. A. (2005). Psicanálise é trabalho de fazer falar e fazer ouvir. *Revista Psychê*, 9 (16), pp. 25-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000200003.
- Chatelard, D. S. (2005). *O conceito de objeto na psicanálise: do fenômeno à escrita*. Editora Universidade de Brasília.
- Clavreul, J. (1978/1983). *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. Editora Brasiliense.
- Condé, E. S. (2006). Diversidade em processo: as políticas públicas em perspectiva. *Revista Teoria e Cultura*, 1 (1). pp. 75-95. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/12135>
- Couto, M. (1999/1983). *Raiz de orvalho e outros poemas*. Editora Caminho
- Eidelsztein, A. (2018). Modelo Óptico. In *Modelos, esquemas e grafos no ensino de Lacan*. pp. 31-49. Toro Editora.
- Elia, L. (2013). O Corpo e a Psicologia. In *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. pp.25-37. Uapê.
- Freud, S. (1920/2020). *Além do princípio do prazer*. Autêntica Editora.

- Freud, S. (1933/2010). Angústia e instintos. In *Obras Completas*, v. XVIII. pp. 160-188. Editora Schwarcz S.A.
- Freud, S. (1915/2014). *As pulsões e seus destinos*. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1919[1918] /2019). Caminhos da terapia psicanalítica. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. pp. 191-202. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1937/2019). Construções na análise. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. pp. 365-379. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1926/2014). Inibição Sintoma e Angústia. In *Obras Completas*, v. XVII. pp. 13- 123. Editora Schwarcz S.A.
- Freud, S. (1914/2019). Lembrar, repetir e perlaborar. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. pp. 151-161. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1915[1914] /2019). Observações sobre o amor transferencial. In *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. pp. 165-180. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1919/2019). *O Infamiliar/ Das Unheimliche*. Autêntica Editora.
- Freud, S. (1912/2019). Sobre a dinâmica da transferência. In *Fundamentos da clínica psicanalítica*. pp. 107-118. Autêntica Editora.
- Foucault, M. (1980/2021). Ver, Saber. In *O Nascimento da Clínica*. Editora Forense.
- Grupo UOL. (s.d.). Teriaga. In *Dicionário Houaiss*. Recuperado em 19 de fevereiro de 2024, em https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v6-1/html/index.php#6
- Harari, R. (1997). *O seminário "a angústia", de Lacan: uma introdução*. Artes e Ofícios.
- Lacan, J. (1960-1961/1992). A angústia na sua relação com o desejo. In *O Seminário: Livro 8: A transferência*. pp. 439-452. Zahar.
- Lacan, J. (1959-1960/2008). A dimensão trágica da experiência psicanalítica. In *O Seminário:*

- Livro 7: A ética da psicanálise*. pp. 341-380. Zahar.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In *Escritos*. pp. 591-652. Zahar.
- Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos*. pp. 496-533. Zahar.
- Lacan, J. (1957/1998). A psicanálise e seu ensino. In *Escritos*. pp. 438-460. Zahar.
- Lacan, J. (1953-1954/2009). A tópica do imaginário. In *O Seminário: Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. pp. 101-212. Zahar.
- Lacan, J. (1959-1960/2008). Das Ding. In *O Seminário: Livro 7: A ética da psicanálise*. pp. 57-72. Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998). De nossos antecedentes. In *Escritos*. pp. 69-76. Zahar.
- Lacan, J. (1959/1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. pp. 537-590. Zahar.
- Lacan, J. (1964/1998). Do "Trieb" de Freud e do desejo do psicanalista. In *Escritos*. pp. 865-868. Zahar.
- Lacan, J. (1953/1998). Função e Campo da fala e da linguagem. In *Escritos*. pp. 238-324. Zahar.
- Lacan, J. (1960/1998). Observação sobre o relatório de Daniel Lagache. In *Escritos*. pp. 653-691. Zahar.
- Lacan, J. (1949/1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. pp. 96-103. Zahar.
- Lacan, J. (1964/2008). O inconsciente e a repetição. In *O Seminário: Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. pp. 23-68. Zahar.
- Lacan, J. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32, pp. 8-14.

- Lacan, J. (1957-1958/1999). O Miglionário. In *O Seminário: Livro 5. As Formações do inconsciente*. pp. 50-68. Zahar.
- Lacan, J. (1962-1963/2005). *O Seminário: Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1960-1964/1998). Posição do inconsciente. In *Escritos*. pp. 843-864. Zahar.
- Lacan, J. (1956/1998). Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956. In *Escritos*. pp. 461-495. Zahar.
- Lacan, J. (1960-1964/1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In *Escritos*. pp. 807-842. Zahar.
- Laurent, E. (1996/1999). O analista cidadão. *Revista Curinga*, 13, pp. 07-13.
- Maesso, M. C. (2013). *O diagnóstico, seu avesso e a posição do psicanalista*. Juruá.
- Miller, J-A. (1997). Demanda e desejo. In *Lacan Elucidado: Palestras no Brasil*. pp. 439-456. Zahar.
- Miller, J-A. (1993/1999). Saúde mental e ordem pública. *Revista Curinga*, 13, pp. 14-24.
- Ministério da Saúde (s.d.). *gov.br*. Acesso em 19 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,e%20contribuir%20com%20a%20comunidade>.
- Moretto, M. L. (2019). Políticas públicas, psicanálise e o lugar do analista. In E. Broide & I. Katz (Orgs.), *Psicanálise nos espaços públicos*. pp. 66-72. IP/USP.
- Oury, J. (1984-1985/2009). *O Coletivo*. Editora Hucitec.
- Paula, P. (s.d). *Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde*. Acesso em 19 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como->

