

PSICOTERAPIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O TRATAMENTO DE SUJEITOS COM NEUROSES GRAVES

Psychotherapy in the Psychosocial Care Center: The Treatment of Subjects with Severe Neuroses

Psicoterapia en el Centro de Atención Psicosocial: El Tratamiento de Sujetos con Neurosis Graves

Psychothérapie dans le Centre de Soins Psychosociaux : Le Traitement des Névrosés Sévères

10.5020/23590777.rs.v22i3.e12764

Sara Mexko

Psicóloga e Psicanalista. Professora substituta do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Silvio José Benelli

Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Resumo

Neste ensaio visamos apresentar a psicoterapia orientada pela psicanálise para o tratamento de sujeitos do recalamento com graves impasses de subjetivação, conhecidos como sujeitos neuróticos, em um Centro de Atenção Psicossocial. Para tal intento, subsidiados pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, explicitamos brevemente o processo de constituição nessa modalidade subjetiva, pontuamos as funções das entrevistas preliminares, discorremos sobre a direção do tratamento recorrendo a uma vinheta clínica e abordamos a dimensão temporal implicada nesse tipo de processo analítico. O psicólogo com orientação psicanalítica posicionado no Discurso do Analista (DA) convoca os sujeitos a, por meio da associação livre, fazer um trabalho de decifração e cifração dos sintomas que fazem sofrer. Essa modalidade terapêutica, sustentada pela ética do bem dizer e balizada pela transferência, possibilita aos sujeitos separar-se dos significantes que o alienam e reposicionarem-se na relação com o desejo.

Palavras-chaves: psicoterapia; recalamento; psicanálise; Centro de Atenção Psicossocial.

Abstract

In this essay, we aim to present psychotherapy guided by psychoanalysis to treat repression subjects with severe subjectivation impasses, known as neurotic subjects, in a Psychosocial Care Center. For this purpose, subsidized by the psychoanalysis of the field of Freud and Lacan, we briefly explain the constitution process in this subjective modality, point out the functions of the preliminary interviews, discuss the direction of the treatment using a clinical vignette and approach the temporal dimension implied in this type of analytical process. The psychologist with a psychoanalytical orientation positioned in the Discourse of the Analyst (DA) invites the subjects, through free association, to do work of deciphering and ciphering the symptoms that make them suffer. This therapeutic modality, supported by the ethics of speaking well and guided by transference, allows the subjects to separate themselves from the signifiers that alienate them and reposition themselves in the relationship with the desire.

Keywords: psychotherapy; repression; psychoanalysis; Psychosocial Care Center.

Resumen

En este ensayo objetivamos presentar la psicoterapia orientada por psicoanálisis para el tratamiento de sujetos de la represión con graves impases de subjetivación, conocidos como sujetos neuróticos, en un Centro de Atención Psicosocial. Para tal intento, subsidiados por el psicoanálisis del campo de Freud y Lacan, explicitamos brevemente el proceso de constitución en esta modalidad subjetiva, puntuamos las funciones de las entrevistas preliminares, discurremos sobre la dirección del tratamiento recurriendo a una etiqueta clínica y abordamos la dimensión temporal implicada en este tipo de proceso analítico. El psicólogo con orientación psicoanalítica posicionado en el Discurso del Analista (DA) convoca los sujetos a, por medio de libre asociación, hacer un trabajo de desciframiento y ciframiento de los síntomas que hacen sufrir. Esta modalidad terapéutica, sujeta por la ética del bien decir y balizada por la transferencia, posibilita a los sujetos separarse de los significantes que lo alienan y se reposicionaren en la relación con el deseo.

Palabras clave: psicoterapia; represión; psicoanálisis; Centro de Atención Psicosocial.

Résumé

Dans cet essai, nous visons à présenter une psychothérapie axée sur la psychanalyse pour le traitement des sujets refoulés avec de graves impasses de subjectivation, connus comme de sujets névrosés, dans un Centre de Soins Psychosociaux. A cet effet, subventionnés par la psychanalyse du domaine de Freud et Lacan, nous expliquons brièvement le processus de Constitution dans cette modalité subjective, ponctons les fonctions des entretiens préliminaires, discutons de l'orientation du traitement à l'aide d'une vignette clinique et abordons la dimension temporelle impliquée dans ce type de processus analytique. Le psychologue à orientation psychanalytique positionné dans le Discours de l'Analyste (DA) convoque les sujets pour faire, par libre association, un travail de déchiffrement et de cryptage des symptômes qui les font souffrir. Cette modalité thérapeutique, soutenue par l'éthique du bien-dire et balisée par le transfert, permet aux sujets de se séparer des signifiants qui les aliènent et de se repositionner dans la relation avec le désir.

Mots-clés : psychothérapie ; refoulement ; psychanalyse ; Centre de Soins Psychosociaux.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo de saúde aberto e comunitário que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo espaço de referência e tratamento para sujeitos em sofrimento psíquico, cuja gravidade e/ou persistência justifiquem que sejam acolhidos e atendidos em lugar de um cuidado intensivo. Esse estabelecimento é estratégico para a transformação da assistência em *saúde mental* e para a consolidação da *atenção psicossocial*. Atenção psicossocial não é sinônimo de “reabilitação psicossocial” ou “apoio psicossocial”, mas sim um campo que emergiu a partir de desdobramentos da reforma psiquiátrica brasileira e no qual se procura introduzir transformações radicais de modo a avançar na “subversão da lógica paradigmática da psiquiatria” (Costa-Rosa, 2019, p 39).

Entre os casos graves atendidos pelo CAPS estão aqueles representados pelos sujeitos constituídos por forclusão, especificamente quando do desmoronamento da sua realidade psíquica e da configuração de uma das três modalidades para o que se costuma denominar de psicose: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Outro caso considerado grave, e que é atendido pelo dispositivo, é o dos sujeitos do recalçamento que apresentem impasses críticos da ordem da neurose. De acordo com Calazans e Bastos (2008), a clínica com sujeitos do recalçamento com sofrimento psíquico grave inclui questões sobre o momento de desencadeamento de crises neuróticas que aparecem, fenomenicamente, sob a forma de sintomas como: depressão, ansiedade, pânico variados, dores no corpo, paroxismos obsessivos, gozos compulsivos comuns, anorexias, *acting out*, dentre outros. Em virtude da gravidade dos impasses e do sofrimento apresentado, nos casos referenciados ao CAPS, os sujeitos requerem acolhimento urgente e o início imediato de processos de tratamento, diferentemente dos casos que são referenciados para atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), em que se demanda uma escuta não necessariamente imediata (evidentemente, não desconsideramos a importância do atendimento no momento pontual em que emerge a demanda).

No momento denominado por Calazans e Bastos (2008) de precipitação, que ocorre quando o sujeito ingressa no estabelecimento de saúde e solicita tratamento, coloca-se em cena uma urgência generalizada, endereçada à instituição e não a um psicólogo, portanto, existe a “transferência não analítica ou *lato sensu*” (Calazans & Bastos, 2008, p. 645, grifos do autor). Costa (2018) demarca que a urgência generalizada poderá se tornar urgência subjetiva quando ela se estabelece em torno de alguns significantes, em decorrência do dispositivo de recepção do sujeito, pelo posicionamento do trabalhador que o recebe e/ou o escuta. Ao não responder pela via do imaginário, o trabalhador sustenta a possibilidade do “tratamento pela via da singularidade” (Calazans & Bastos, 2008, p. 647), de modo que o sujeito possa produzir um saber acerca de seu padecimento e que com isso ocorra algum reposicionamento subjetivo e ordenamento de gozo.

Diante desses casos, que não têm o estatuto de uma loucura, qual seria a modalidade de psicoterapia possível? Neste ensaio, visamos apresentar a psicoterapia subsidiada pelo referencial teórico, técnico e ético da psicanálise do campo de Freud e Lacan, como um dispositivo de tratamento dos sujeitos do recalçamento que vivenciam impasses graves e intenso sofrimento, no contexto específico de um CAPS. A psicanálise não é sinônimo de psicologia, havendo diferenças essenciais em termos de teoria, técnica e ética. Entretanto, psicólogos podem operar sustentados pela psicanálise e é deste lugar que escrevemos o presente ensaio.

Para tanto, nos servimos do Dispositivo Intercessor (DI), enquanto intercessão-pesquisa, em seus dois momentos: (i) de produção de saber na práxis, em um CAPS enquanto psicóloga deste estabelecimento; e, depois, (ii) de conhecimento epistemológico no campo da universidade, especificamente sobre os processos de produção da práxis, denominado de Dispositivo de Impacto como modo de produção de conhecimento (DImpc). O primeiro momento refere-se a um modo de interceder na práxis, realizado através dos atendimentos e acompanhamentos, tais como nas oficinas, nos grupos e em outras atividades ofertadas aos sujeitos que demandam ações nos estabelecimentos da política pública (Souza et al., 2019), uma vez que o trabalhador-intercessor é, essencialmente, um trabalhador inserido no campo (Mexko et al., 2019). O segundo momento (DImpc) diz respeito à produção de conhecimento sobre a práxis. Nesta etapa o trabalhador assume a posição de pesquisador-intercessor e reflete sobre seu fazer. Logo, a intercessão-pesquisa não é sobre os sujeitos atendidos ou os demais trabalhadores da equipe e sim sobre como ele, posicionado como trabalhador-intercessor, pôde operar no primeiro momento (Costa et al., 2019).

De natureza transdisciplinar, o DI se fundamenta na *psicanálise* do campo de Freud e Lacan e no *materialismo histórico* de Marx, bem como na *análise institucional* francesa, na *filosofia da diferença*, e em particular no conceito de *dispositivo* de Deleuze. A reflexão sobre nossa práxis, transformada em ensaio, é um recorte da intercessão-pesquisa do doutorado, que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Protocolo n. 16824018.8.0000.5401) e atende às exigências éticas previstas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução 010/12, do Conselho Federal de Psicologia. Ao longo do texto, situamos o processo de constituição subjetiva dos sujeitos considerados neuróticos, apresentamos as entrevistas preliminares e suas funções na psicoterapia, bem como a direção do tratamento, e discutimos a dimensão do tempo – das sessões e do tratamento – nesta modalidade terapêutica. Trouxemos um fragmento clínico da experiência da autora principal deste ensaio para ilustrar a reflexão teórica.

Situamos nossa escrita no plano da “psicanálise em extensão”, plano esse ligado a assegurar a transmissão da psicanálise através da formação de seus operadores. Não se trata de ensinar a psicanálise, mas de trazer um breve testemunho do vivido no plano da intensão. Quanto a nossa prática, por ser realizada no campo público, portanto fora do consultório privado, é definida por Costa-Rosa (2019, p. 51) como “alargamento das possibilidades do campo da “intensão comum” da psicanálise”. Em outras palavras, nós postulamos nossa intercessão como ampliação do plano da “psicanálise em extensão”, portanto, não se trata de uma “psicanálise aplicada”.

Quem é o Sujeito Neurótico? Breves apontamentos sobre o Recalçamento

Um ser humano não nasce pronto, ter um corpo-carne não garante que um indivíduo se torne sujeito. Deixar de ser um corpo-carne para nos tornarmos um *falasser* (ser-de-fala e ser de desejo, em outras palavras, sujeito do desejo) exige mediação simbólica, demanda o encontro com o outro (semelhante) e com o Outro¹ (simbólico). É nesse momento fundamental que surgem as primeiras inscrições psíquicas nesse novo ser, que está em vias de se humanizar. Inicialmente, essa mediação é realizada por quem encarna a função materna para o bebê (mãe ou sua representante). À medida que vai respondendo à demanda do Outro da maternagem, seu psiquismo se estrutura, definindo a estrutura psíquica como resposta ao Outro. Diz Lacan, exatamente nesse sentido: “Se se deve definir em que momento o homem se torna humano, (...) é no momento em que, por menos que seja, entra na relação simbólica” (Lacan, 2009, p. 207).

Lacan (2008b) enuncia duas operações fundamentais de causação do sujeito: a alienação e a separação. No começo do processo primário de estruturação subjetiva, o *infans* se aliena ao Outro da maternagem, sendo ele “o primeiro objeto satisfatório [do sujeito], seu primeiro objeto hostil, além de sua única força auxiliar” (Freud, 1950[1985]/1996a, p. 384). Há uma “escolha forçada” (Fink, 1998), pois ou o sujeito se aliena ou fica fora da linguagem. É no encontro com o Outro, com seu banho de linguagem, que o corpo pulsional advém enquanto corpo imaginário e simbólico, como efeito da inscrição dos significantes. Esse conjunto de significantes advindos do Outro marcam o sujeito com um “tu és”.

1 O grande Outro, escrito com inicial minúscula, se distingue do pequeno outro. O Outro diz respeito ao discurso inconsciente. É o registro dos ditos do conjunto de outros (familiares, amigos, professores etc.) que foram importantes para o sujeito no tempo da infância, logo, contém as “determinações simbólicas da história do sujeito” (Quinet, 2012, p. 21). Nos matemas lacanianos, ele é representado pela letra A, do termo *Autre*, na língua francesa. Em A, como um lugar simbólico, “as cadeias significantes do sujeito se articulam determinando o que o sujeito pensa, fala, sente e age” (Quinet, 2012, p. 22).

Para que o sujeito ingresse no *simbólico* e no laço social, precisa se separar estruturalmente do Outro. Essa separação ocorre por meio da instauração da *lei simbólica*, que proíbe a mãe de tomar o filho como objeto, significando, para a criança, que sua mãe também está submetida a uma lei. É o significante Nome-do-pai que simboliza essa lei, significante da castração simbólica. O Complexo de Édipo consiste, portanto, na operação da metáfora paterna pela qual o significante Nome-do-Pai substitui o significante Desejo-da-mãe. O resultado dessa metáfora é “a inclusão do Nome-do-Pai (conjunto de significantes) no Outro e o acesso à significação fálica” (Quinet, 2012, p. 29). Se, por um lado, a operação abre o mundo para o sujeito, ela instaura, por outro, uma falta, nomeada por Freud (1924/1996f) de castração. O preço que se paga para advir como sujeito (parcialmente) separado do Outro é a divisão subjetiva (*Spaltung*), pois uma parte de si fica inconsciente. Tais processos se localizam no campo da neurose, isto é, da constituição da subjetividade por meio do mecanismo do recalçamento.

O sujeito estruturalmente constituído por recalçamento (*Verdrängung*)², no seu processo primário de constituição, realizou uma separação do Outro, porém, de forma insuficiente. Quinet (2012) ressalta que existem alguns significantes que possuem força de determinação, que se apresentam como um “tu és”, funcionando como etiquetas com as quais um sujeito se identifica. Dessa forma, “a demanda do Outro assume a função de objeto da fantasia do neurótico” (Fink, 1998, p. 224), o que gera um conjunto de impasses críticos de subjetivação capazes de serem visualizados nas figuras de inibições, sintomas e angústia. Em outras palavras, quando precisa responder a uma injunção da realidade, por estar preso aos significantes do Outro (representantes do desejo do Outro), o sujeito do recalçamento só pode fazê-lo via repetição (*ré-pétition*).

Na vivência dos sujeitos do recalçamento, “a realidade imperativa do real tem precedência sobre tudo o que o atormenta infinitamente” (Lacan, 2008a, p. 25). Para lidar com o gozo, o sujeito do recalçamento constrói o sintoma e a fantasia. A fantasia “é aquilo mediante o qual o sujeito se sustenta no nível de seu desejo evanescente, evanescente porquanto a própria satisfação da demanda lhe subtrai seu objeto” (Lacan, 1998, p. 643). O sintoma pode ser compreendido como uma resposta do psiquismo, cuja finalidade é a de manter a realização da pulsão, ou seja, fazer a pulsão continuar a circular pelos circuitos da realidade psíquica (*Realität*), configurando, em última instância, uma forma de satisfação substitutiva. O sofrimento correlacionado ao sintoma aparece quando o equilíbrio entre a pressão do conteúdo recalçado e a contrapressão se desfaz, deixando vaziar o gozo angustiante. “O conceito de gozo implica a ausência de barreira entre o princípio de prazer e seu para-além” (Quinet, 2012, p. 43). Esse gozo incide e insiste em se repetir no sintoma-que-faz-sofrer, motivo que pode levar um sujeito a buscar por tratamento psicoterapêutico.

As Entrevistas Preliminares e seus Dois Tempos e Três Funções

Freud (1913/1996c) nomeou o início do processo psicoterapêutico como “tratamento de ensaio” e afirmou que a construção da transferência é um aspecto prévio necessário ao tratamento. Lacan, ao avançar nas formulações psicanalíticas, denominou esse primeiro momento como “entrevistas preliminares”. As entrevistas preliminares duram um tempo particular, que se inicia com a demanda de tratamento e termina com a entrada em análise propriamente dita (Portillo, 1989). Ambos visam “assegurar a transferência e sua ancoragem” (Wachsberger, 1989, p. 30).

Qual seria, então, o posicionamento do psicólogo orientado pela psicanálise nas entrevistas? A associação livre, regra fundamental da psicanálise, deve ser mantida durante as entrevistas preliminares. A recomendação freudiana é que, durante esse tempo, o psicoterapeuta deixe que o analisando fale quase todo o tempo, abstenendo-se de comunicar qualquer saber sobre seu sintoma, antes que a transferência esteja instaurada (Freud, 1913/1996c). Sua tarefa consiste em “relançar o discurso do analisante” (Quinet, 2000, p. 14). As entrevistas preliminares possibilitam, assim, localizar onde está o analista do paciente (Freda, 1989) e, apesar de possuírem a mesma estrutura da análise, distinguem-se dela. Quinet (2000) demarca três funções para as entrevistas preliminares: sintomal, diagnóstica e transferencial. Trata-se de uma forma didática de apresentação, uma vez que elas coexistem em um mesmo plano na cena analítica. Vejamos como cada uma se configura:

• Função Sintomal

Para compreender essa função, é necessário entender o que é o sintoma. Para Freud, o sintoma é uma “formação de compromisso” (Freud, 1896/1996b, p. 170) entre o desejo e a consciência. O tipo de satisfação alcançada por intermédio

2 Freud (1915/1996e), ao explicar o aparelho psíquico, propôs dois tipos de recalçamentos: o recalçamento primário ou originário (*UrVerdrängung*) e o recalçamento secundário ou recalçamento propriamente dito (*Verdrängung*). O recalque originário corresponde ao momento lógico da inscrição no Simbólico, entrada do sujeito na linguagem, inaugurando a cadeia significante do inconsciente do sujeito. Enquanto o recalçamento propriamente dito é um processo que pressupõe a divisão subjetiva (entre inconsciente e consciência). “Ele é efeito do conflito entre o sistema inconsciente e o sistema pré-consciente-consciente, sendo que a partir deste último que ele é exercido” (Garcia-Roza, 2009, p. 163).

dele tem “em si muitos aspectos estranhos ao sintoma” (Freud, 1916-1917/1996g, p. 368). Lacan (2008a) afirmou que o sintoma é uma mensagem a ser decifrada: “O sintoma como tal é uma linguagem definida por sua estrutura. O sintoma de um sujeito particular é uma fala, fala amordaçada, inconsciente para o sujeito” (Lacan, 2008a, pp. 62-63). Para ele, a natureza de sua formação é dupla: está intimamente vinculada ao inconsciente e indissolúvelmente ligada à pulsão. Em psicanálise, sua abordagem consiste em “elaborá-lo pela particularidade da história desse sujeito” (Lacan, 2008a, p. 63).

O sintoma pode ser compreendido em três tempos (Miller, 1989). No primeiro, não é reconhecido como tal, tendo estatuto imaginário. O sujeito o sente como algo que faz parte de seu estilo, uma particularidade, identificando-o com a realidade cotidiana porque está adaptado a ela. Um modo explosivo de resolver os problemas, um medo injustificado de determinadas situações, uma dor no corpo que não tem origem orgânica, leve aceleração no pensamento que provoca dificuldade de sono, uma tristeza leve e cotidiana, dificuldade persistente na vida profissional, uma escolha infeliz e repetida de parceiros amorosos são exemplos relacionados ao fato de que o sujeito posterga em reconhecê-los como um impasse, ainda que sinta algum incômodo. Nesse tempo, o sintoma pode ser considerado um signo (sinal) (Quinet, 2000), de modo que somente se saberá que se trata de um sintoma após o relato do sujeito.

No segundo tempo, o sintoma tem uma mudança de estatuto, passando de imaginário para um estatuto real. Essa mudança é motivada por um abalo na rotina do sujeito, um encontro com o real que provoca um vazamento de gozo. Esse encontro/injunção pode assumir as mais variadas formas: a descoberta de um gozo desconhecido para ele mesmo, um impasse na carreira profissional, um fracasso nas relações amorosas, a perda abrupta de uma pessoa querida, uma mudança radical da situação econômica, dentre outras. Trata-se do tempo concernente à perda da funcionalidade adaptativa do sintoma. Geralmente, é nesse momento que o sujeito começa a se queixar de fato e pode procurar ajuda para aliviar seu mal-estar de diversas formas (atividade física, religião etc.), antes de procurar um psicólogo ou analista.

O terceiro tempo é marcado pela demanda do sujeito endereçada ao psicólogo. Seu discurso geralmente inclui “eu venho por isso”, nomeando aquilo que o faz sofrer. “A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina” (Freud, 1913/1996c, p. 157). Inicialmente, há uma demanda de alívio do sofrimento, que muitas vezes inclui o pedido de um diagnóstico (tal como o psiquiátrico) e de um conselho (tal como em certas modalidades de psicoterapia), no sentido do que fazer para se livrar do sintoma. Aqui, a demanda se encontra em estado bruto e o sujeito pode estar situado em uma modalidade discursiva nomeada por Lacan (1992a) como Discurso da Universidade (DU).

Brousse (2011, p. 69), por meio da enunciação “Alivie-me, mas sobretudo não toque em nada, não toque em meu ser de sujeito, isto é, no meu fantasma”, ressalta que existe uma antinomia entre a demanda de alívio e a demanda de análise. O sujeito querer se desvencilhar de um sintoma não é suficiente para o engajamento em uma análise. Essa demanda não deve ser aceita em estado bruto, necessita ser questionada (Quinet, 2000) de modo a buscar a analisabilidade do sintoma, propiciando a divisão subjetiva do sujeito.

Chegamos, assim, à questão do posicionamento do psicólogo referenciado pela psicanálise nas entrevistas preliminares. Nelas, o seu posicionamento precisa ser de se abster de responder à demanda de saber e de governo do sujeito para abrir a dimensão desejante. Como afirma Lacan (1998, p. 431): “O analista intervém concretamente na dialética da análise se fazendo de morto (...), seja por seu silêncio, ali onde ele é o Outro, *Autre* com *A* maiúsculo, seja anulando sua própria resistência, ali onde ele é o outro, *autre* com *a* minúsculo”. Cabe ao psicoterapeuta questionar o sintoma, procurar saber “a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar” (Quinet, 2000, p. 16) e, em seu ato, produzir a *Spaltung*, a divisão subjetiva, causando o desejo (Portillo, 1989). É necessário que o sintoma (sinal) enquanto queixa se transforme em demanda endereçada àquele profissional e que o sintoma mude de estatuto de resposta para o de questão, de forma que o sujeito se sinta instigado a decifrá-lo, em suma, que ele se transforme em sintoma analítico. Para Quinet (2000, p. 29), “é preciso que este apareça ao sujeito como um ciframento – portanto, algo a ser decifrado”.

A passagem de estatuto do sintoma enquanto signo ao do sintoma analítico, por meio do endereçamento ao psicólogo, é nomeado de histerização do discurso, pois o histérico é justamente o nome do sujeito dividido (\$). Para tal, é imprescindível que o psicólogo orientado pela psicanálise esteja posicionado na modalidade Discurso do Analista (DA), a fim de que o sujeito se posicione no Discurso da Histeria (DH). O sujeito, com uma questão relacionada ao seu sintoma, por exemplo, “o que isso significa?”, “porque eu sempre faço assim?”, dirige seu enigma ao profissional, que supostamente detém a verdade sobre o seu sintoma. Assim, o psicólogo é incluído no sintoma, completando-o, por isso Lacan afirmou que “o analista completa o sintoma” (Quinet, 2000, p. 18). Provocar a histerização do sujeito nas entrevistas preliminares é condição essencial para que o inconsciente seja posto em exercício.

• Função Diagnóstica

A condução do tratamento depende essencialmente do diagnóstico diferencial, pois, por meio dele, o psicólogo orientado pela psicanálise poderá se orientar. Esse diagnóstico se diferencia do psiquiátrico de fundamento nosográfico-

fenomenológico, pois, em psicanálise, se realiza o diagnóstico estrutural necessariamente sob transferência (Lacan, 1998). Por diagnóstico de estrutura, podemos entendê-la como uma leitura “que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sobre transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa” (Figueiredo & Machado, 2000, p. 3).

De acordo com Dor (1991, p. 16), a avaliação diagnóstica deve estar circunscrita na “ordem do ‘dizer’ do paciente, e não ao nível dos conteúdos na ordem do seu ‘dito’. Daí resulta uma mobilização imperativa da escuta”. O que está em questão é o posicionamento do sujeito frente ao Outro, visto que isso se atualiza na relação transferencial com psicólogo. Para Freud (1913/1996c), a principal função do diagnóstico é saber se determinado sujeito tem um estilo subjetivo constituído por recalçamento, renegação ou por forclusão, para então saber se posicionar no laço transferencial. Seu sentido é servir de bússola para o manejo clínico, pois por meio dele o psicoterapeuta saberá de que modo deve se situar na transferência e, conseqüentemente, na direção do tratamento (Lacan, 1998). Esse diagnóstico diferencial, estrutural, só pode ser feito no registro simbólico, onde se articulam as questões fundamentais do sujeito, a saber: o seu próprio sexo, a diferença entre os sexos, a procriação, a morte (Quinet, 2000).

Por conseguinte, nesse registro, o diagnóstico é realizado por meio dos três modos de negação do Édipo, que correspondem às três estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), sendo que a cada um corresponde uma forma e um local de retorno do que é negado. Há dois modos de negação (recalçamento e renegação) que, ao negarem, conservam o mesmo elemento, implicando a admissão da Castração Simbólica, ao passo que o terceiro modo (forclusão), ao realizar a exclusão do simbólico, não conserva. Cada modo de negação determina um tipo de retorno na realidade subjetiva.

A estrutura subjetiva da forclusão (*Verwerfung*) não conserva o significante negado no simbólico e o retorno deste ocorre no real, sob a forma de automatismo mental –alucinações e delírios –, de ideias não dialetizáveis que se impõem ao sujeito como certezas, “apontando a relação de exterioridade do sujeito com o significante” (Quinet, 2000, p. 20). A importância do diagnóstico estrutural, no caso dos sujeitos da forclusão, é para que o psicólogo não conduza a análise tendo como referência o significante Nome-do-Pai e a castração. Na estrutura subjetiva da perversão, a forma de negação do Édipo é a renegação (*Verleugnung*), na qual ocorre a admissão da castração no simbólico e, ao mesmo tempo, uma recusa, um desmentido, tendo o retorno no Simbólico sob a figura de fetiche.

A estrutura subjetiva do recalçamento tem o recalque (*Verdrängung*) como forma de negação da Castração Simbólica, isto é, o significante é conservado no inconsciente, e seu retorno ocorre no próprio Simbólico, sob a forma de sintoma, lapsos, sonhos, chistes, atos falhos. O sujeito do recalçamento não tem recordações dos acontecimentos de sua infância (amnésia infantil), contudo, no sintoma, está presentificada a estrutura do Complexo de Édipo vivenciado por ele.

Em se tratando da clínica com os sujeitos do recalçamento, cabe fazer uma leitura em termos de submodalidade estrutural, isto é, dos tipos clínicos, a fim de estabelecer a estratégia na direção do tratamento. Existem dois tipos subjetivos: a neurose obsessiva e neurose histérica, sendo que essa última se subdivide em histeria de conversão, referida como a clássica histeria, e a histeria de angústia, conhecida como fobia. Eidelsztein (2010, p. 127) esclarece que:

As estruturas clínicas não são mais nem menos rígidas que os tipos clínicos, implicam outra lógica. Partem de uma clínica em transferência que diferencia entre seus modos possíveis (do laço analista – analisante), mas não tipifica os pacientes, nem os padeceres. Não coincide com nenhuma psicopatologia. Não se refere às pessoas, mas aos laços transferenciais.

• Função Transferencial

Para que uma psicoterapia orientada pela psicanálise inicie, é imprescindível que haja o estabelecimento da transferência, pois a ida a um psicólogo não garante que um tratamento vá ocorrer. Ainda que a demanda já constitua um indício de uma transferência, esta é distinta da transferência própria à situação analítica. A decisão de procurar ajuda profissional se relaciona à hipótese de que existe um saber em jogo no sintoma ou no impasse do qual a pessoa almeja se desvencilhar. É por sua captura, no Discurso do Analista, que o sintoma se constitui como analítico (Miller, 1989). A transferência é função do sujeito, mas cabe ao psicólogo orientado pela psicanálise saber manejá-la.

Diferente da clínica analítica particular, onde os analisandos escolhem seu analista, essa escolha não é possível nos estabelecimentos de saúde coletiva. Alguns CAPS, por exemplo, só possuem um psicólogo, situação semelhante acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desse modo, a condição para que a psicoterapia orientada pela psicanálise seja possível é o sujeito estabelecer a transferência com aquele profissional. Vejamos uma situação vivenciada por nós: uma senhora de aproximadamente 50 anos, que solicitou tratamento no CAPS, antes mesmo de me conhecer, já descartou o atendimento psicológico que poderia ser realizado por mim. Sua justificativa: o fato de eu ser jovem. Sabemos que isso é uma questão que poderia ser trabalhada pelo sujeito no processo psicoterapêutico, mas sua hipótese impediu que se dispusesse a experimentar um primeiro atendimento, não considerando que eu pudesse ajudá-la.

A atribuição, a um psicólogo, de um saber que nenhum sujeito saiba, posto que é um saber inconsciente, estabelece a transferência (de saber). Para Freud (1914/1996d), a transferência, em sua versão inicial, acontece como repetição, manifestando-se não como recordação, mas em ato na sessão: “(...) o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acting-out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (Freud, 1914/1996d, p. 165). Na transferência, a realidade sexual inconsciente se manifesta por conta do objeto (a) maravilhoso – *agalma*. A transferência, quando estabelecida, funciona enquanto mola fundamental do tratamento, para que o sujeito produza um saber sobre seu inconsciente.

Em *Função e Campo da Fala e da Linguagem*, Lacan (1998) explicita a questão da transferência do saber. De início, aquele que demanda tratamento acredita que sua verdade está dada no psicoterapeuta que já a sabe (primeira versão da transferência, de estatuto imaginário). O estabelecimento da transferência por intermédio da suposição de saber é “correlato à delegação àquele que é seu alvo de um bem precioso que causa o desejo, causando, portanto, a própria transferência” (Quinet, 2000, p. 31). Trata-se de um “erro subjetivo” decorrente da própria alienação estrutural do sujeito. Outrossim, para o psicólogo orientado pela psicanálise, “o paciente é um sujeito suposto saber, e o desejo do analista é perfurar o mistério para além do muro da linguagem” (Cottet, 1999, p. 27).

O efeito do estabelecimento do sujeito suposto saber é o amor de transferência. O amor de transferência quer saber, mas sua finalidade não é essa e sim o objeto, causa de desejo (objeto a). Em decorrência desse amor, a demanda transitiva – de se livrar de seu impasse ou sintoma, por exemplo – se transforma em uma demanda intransitiva – demanda de presença, essencialmente demanda de amor. Esse amor possui o “aspecto de resistência ao desejo como desejo do Outro” (Quinet, 2000, p. 29). É mediante o aparecimento do desejo no formato de uma questão, por meio da qual o sujeito oferta como resposta o amor, que o psicólogo maneja a transferência, para que nessa demanda surja a dimensão do desejo, como desejo do Outro.

Diante da suposição de saber por parte do sujeito, qual deve ser a posição do psicólogo referenciado pela psicanálise no manejo da transferência? Ele sabe que a demanda dirigida a ele, sujeito suposto saber, está apresentada como demanda de transferência de saber. Ao emprestar seu ser para encarnar essa suposição, não deve se identificar com essa posição de saber (imaginária), mas também não deve desfazê-la. É preciso um posicionamento de ignorância, mas não a ignara e sim a douta – saber que sabe os seus limites, principalmente sabe que não pode saber pelo outro. Ao psicoterapeuta, cabe se fazer de “causa do desejo do analisante” (Lacan, 1992a, p. 39), seu apagamento como sujeito possibilita que venha a se prestar a objeto (a) do sujeito do tratamento. Por meio da presença do psicólogo, que se abstém de responder à demanda imaginária de modo a produzir um vazio de significação, conduz-se à subjetivação da demanda endereçada a ele. Pretende-se, dessa forma, restituir “um lugar de sujeito” (Calazans & Bastos, 2008).

No percurso das entrevistas preliminares, o sujeito do tratamento, enquanto fala, diz de sua posição na realidade, inscrita na família, no trabalho, em uma relação amorosa. Ao falar de seu impasse/sintoma, o apresenta como algo dado em sua realidade, como sofrimento provocado por outrem sem sua participação, não existindo uma implicação nisso que o faz sofrer, exercendo, assim, a negação de sua posição subjetiva. Lacan (1998), no texto *Intervenção sobre a Transferência*, explicita que não se deve ficar preso à realidade do sujeito, mas ouvir a verdade do sujeito. No texto *A Direção do Tratamento e os Princípios do seu Poder*, ele ainda destaca, no manejo freudiano, uma modalidade particular de interpretação, que tem por função “introduzir o paciente numa primeira localização de sua posição no real, mesmo que acarrete uma precipitação” (Lacan, 1998, p. 602): a primeira inversão dialética.

Na escuta desse sujeito, sustentada pela transferência, é essencial discernir o motivo pelo qual ele procurou o tratamento bem como qual é a relação dele com o sintoma/impasse, pois é sobre esse ponto que incidirá a primeira inversão dialética. Qual demanda implícita está presente na solicitação de psicoterapia? Os fios associativos existentes nas primeiras sessões podem ser um começo de tratamento, entretanto, para ser propriamente uma psicoterapia orientada pela psicanálise, é necessário um ato analítico que retifique a ordem das coisas, apontando a divisão do sujeito ($\$$). Esse ato é tarefa do psicólogo orientado pela psicanálise.

A inversão dialética “parte dos dizeres do sujeito para voltar a eles, o que significa que uma interpretação só pode ser exata se for... uma interpretação” (Lacan, 1998, p. 607). Nesse manejo clínico, o psicoterapeuta suscita a responsabilização do sujeito na escolha da neurose e em sua submissão ao desejo enquanto desejo do Outro. Essa primeira inversão no andamento das entrevistas, nomeada por Lacan de “retificação subjetiva”, introduz o sujeito na dimensão do Outro, portanto, na dimensão ética. A retificação subjetiva consiste na construção, por parte do sujeito, de uma implicação em sua queixa inicial e na produção de uma questão acerca de sua posição como sujeito. Assim, a fala que parte do sujeito do tratamento retorna a ele. Não se trata aqui da “ética dos bens” e sim da ética do desejo como “resposta à patologia do ato que a neurose tenta solucionar escamoteando-a” (Quinet, 2000, p. 32).

Portanto, diferentemente de certas psicoterapias que procuram compreender a pessoa e adaptá-la à realidade social e familiar das quais ela se queixa – muitas vezes até reinserindo-a de modo alienado no mundo do trabalho e do consumo –, em psicanálise “Não se trata de adaptá-la a esta, mas de mostrar que ela está mais do que adaptada nela, uma vez que concorre

para sua fabricação” (Lacan, 1998, p. 602). Por meio da retificação subjetiva, o sujeito passa à implicação subjetiva, pois se dá conta de uma responsabilidade sua na “escolha” da neurose, e dessa forma, pode começar a se repositonar, de modo singular, quanto aos seus impasses.

A Direção do Tratamento

Na neurose, “o Outro é o lugar onde *isso* fala” (Lacan, 2005, p. 71), ainda que só se manifeste por meio de metáforas e semidizeres devido à barreira do recalçamento. Os lapsos, sonhos, chistes, são fenômenos que, por terem transposto a barreira do recalçamento e se exteriorizarem, atestam a presença do inconsciente. No caso do sonho, posto que há o afrouxamento da censura consciente em virtude do estado de sono, significantes recalçados podem emergir, ainda que distorcidos. Quanto mais uma representação (significante) estiver afastada de sua representação original, maior a possibilidade de escapar à ação da censura e de ter acesso à consciência.

A regra fundamental (e única) da psicanálise, denominada associação livre, propõe que o analisando realize o trabalho inverso ao trabalho de condensação (metáfora) e metonímia (deslocamento) com a finalidade de romper a barreira do recalçamento e consentir o acesso à representação (significante) inconsciente. Garcia-Roza demarca que a associação livre “nada mais é do que um convite a que o analisando produza derivados que, por sua distância no tempo ou pela distorção a que foram submetidos, possam romper a censura e servir de acesso ao material inconsciente” (Garcia-Roza, 2009, p. 164). Associar livremente é permitir que derivados, ainda que distantes do recalçado original, possam ser comunicados ao psicoterapeuta. Na clínica com os sujeitos do recalçamento, a intervenção terapêutica será efetiva somente “se conseguir desmobilizar a economia neurótica do desejo, ou seja, se levá-la ao nível estrutural para além das manifestações periféricas (os sintomas)” (Dor, 1991, p. 69). Importa menos saber o porquê daquele sintoma (uma vez que não existe sintoma universal) e mais o como o sujeito construiu aquele sintoma.

Como o sintoma consiste em uma formação de compromisso, ele comporta, por um lado, um sofrimento e, por outro, uma satisfação substitutiva (da pulsão). Portanto, se o sujeito vem se queixar inicialmente de um sintoma, de algo que vai mal e o faz sofrer, é imprescindível que o manejo do psicólogo referenciado pela psicanálise possibilite uma virada no discurso do sujeito, uma transformação de queixa em um sintoma analítico, reconhecendo uma implicação sua no sintoma. Uma psicoterapia orientada pela psicanálise tem por função implicar o sujeito como autor responsável por seus atos, a fim de que algo possa ser reconstruído pelo sujeito no decorrer do tratamento. Poder se haver com seu lugar em sua própria história, representa, para o sujeito, poder se deslocar do lugar de vítima na vida. Isso não significa culpar o sujeito pelo seu próprio fracasso, mas criar condições para que ele possa perceber *isso* que escapa a qualquer controle e se posicionar diante *d'isso* enquanto desejante (Carrera & Ferrera, 2000).

Cabe ao psicólogo orientado pela psicanálise “introduzir o sujeito em sua responsabilidade na escolha de sua neurose e em sua submissão ao desejo como desejo do Outro” (Quinet, 2000, p. 34). Ao falar, o sujeito coloca o sentido em movimento ($S1 \rightarrow S2$), realiza um deslizamento significativo que produz sentido simbólico e opera a extração do gozo. É por meio da fala endereçada ao psicoterapeuta, e do manejo do analista por meio das interpretações, que o sujeito poderá realizar um trabalho de decifração e cifração de seu sintoma e, conseqüentemente, alcançar o equacionamento dos impasses subjetivos que o fazem sofrer. A interpretação, enquanto tática do analista, parceiro do inconsciente, busca o caminho da decifração (Nominé, 2012). O trabalho de decifração consiste em, por meio de associações construídas pelo sujeito, recordar vivências recalçadas, repetir na transferência e elaborar esses conteúdos. Ao passo que se decifra um sintoma, se realiza a cifração (inscrição) do que insistia em não se inscrever, ou seja, do gozo angustioso que se gozava na dissipação (mais-gozar).

Vejamos a vinheta de um caso atendido por mim no CAPS. Para fins de sigilo, a nomeamos como Vanessa. A senhora Vanessa, encaminhada pelo psiquiatra, chegou à primeira entrevista após ter vivenciado uma crise de angústia no ambiente de trabalho (uma escola), e relatou ter sentido uma forte dor no peito e falta de ar, além de cotidianamente estar triste. Essa crise havia se repetido algumas vezes nas semanas anteriores. Repetindo o Discurso Médico, nomeou um sintoma construído por ela: “tenho depressão”. Ela demandou uma psicoterapia, concebida como conselhos e explicações, e lhe propôs algumas entrevistas. Nas primeiras entrevistas, se ocupou com a descrição de sua depressão, com frases como “não tenho mais ânimo de pintar ou cortar o cabelo” e “só tenho vontade de ficar na cama”, isto é, se queixava do sintoma em sua forma bruta, ocupando com isso boa parte do tempo das sessões, sendo o restante dele dedicado a contar o quanto as pessoas (marido, irmãos, mãe, colegas de trabalho) demandavam dela e que ela se colocava sempre na condição de responder ao que (supunha que) o outro lhe pedia. Em um desses momentos sensíveis, quando declarou viver em função de agradar os outros, pontuei seu dizer e fiz um corte na sessão.

Nas sessões seguintes, o seu trabalho consistiu na elaboração do sintoma, sobre transferência, que passou ser nomeado como “tristeza” e não mais depressão, e depois passou a chamá-lo de “vazio”, endereçando a mim a questão “porque eu sinto esse vazio enorme?”, demandando uma resposta. Eis um primeiro momento de “histerização” do discurso de Vanessa e cabia não atrapalhar seu trabalho. Desde a posição do analista, me abstive, não respondendo à sua demanda imaginária;

ao contrário: devolvi-lhe a pergunta e cortei a sessão, ato analítico que marcou uma virada no sujeito. A interpretação, não apenas como técnica, mas também como tática do Discurso do Analista, busca a decifração, em outras palavras, visa pescar os significantes que marcaram e determinaram a vida do sujeito, significantes em relação aos quais o sujeito encontra-se alienado. Podemos representar o ponto em que Vanessa se encontrava por meio do matema $S1(S1(S1(x)))$, sendo que x está no lugar de um dos significantes aos quais ela se encontrava alienada, logo, demandava mais trabalho para decifração.

Por meio da associação livre, Vanessa realizou um trabalho para decifrar seu “vazio”, como um enigma. Um dos sentidos que deu para o vazio se relaciona com a perda de um filho ainda bebê, história da qual há muito tempo não se lembrava. Contou que não pôde chorar a morte do filho, pois o então seu marido, não suportando ouvi-la chorar, colocou-a diante de uma escolha: ou parava de chorar ou ele iria embora, situação que a fez escolher “engolir o choro”. Ao longo das sessões seguintes, Vanessa intercalou fatos da vida atual nos quais “engoliu o choro” com a história de sua infância, trazendo à cena analítica sua relação com a mãe que a obrigava a fazer os serviços domésticos desde os seis anos de idade, batendo nela caso não fizesse tudo de seu gosto e dentro de um tempo estabelecido. Contou sobre uma situação em que não conseguiu terminar a faxina e apanhou da mãe. Apanhou também em diversas outras situações e não pôde chorar, uma vez que no discurso materno havia a ameaça de apanhar mais caso chorasse, o que a fazia “engolir o choro” repetidas vezes. Daquela sessão em diante, Vanessa referiu uma diminuição na sensação de “vazio” e começou a ter vários sonhos que passou a relatar em suas sessões.

O trabalho subjetivo que Vanessa fez pode ser representado pelo matema $S(S1(S1-S2))$, no qual o significante $S1$, nomeado como “vazio”, foi desdobrado até chegar ao significante $S2$ “engolir o choro”, produzindo mudanças na relação do sujeito com o sentido do sintoma. Em uma das sessões contou ter sonhado que foi ao banco para pagar uma conta e toda vez que tentava utilizar o caixa eletrônico ele adquiria uma altura que a impedia de alcançá-lo. A interpretação dada por ela, sobre transferência, foi de que se tratava de sua conta com o próprio desejo, uma vez que sempre vivia em função do desejo de outras pessoas. Diante de sua interpretação, encerrei a sessão. Tratou-se de um momento sensível que marcou um período de intenso trabalho subjetivo e o início da virada de seu posicionamento frente à demanda do outro familiar. Seu trabalho em psicoterapia durou aproximadamente dois anos e, ao longo do processo, com a diminuição de seus impasses e seu reposicionamento frente ao outro, foi diminuindo a quantidade de medicação ingerida, assim como passou a assumir alguns de seus desejos.

Em um processo psicoterapêutico, em alguns momentos o inconsciente se esconde, em outros ele se mostra. O psicoterapeuta, ao interpretar, promove o levantamento do recalque, ou seja, algo do inconsciente se mostra ao sujeito, produzindo efeitos. Esses só podem ser sabidos *a posteriori* (*Nachträglichkeit*), conforme ressalta Lacan (2009, p. 211): “o que vemos sob a volta do recalco é o sinal apagado de algo que só terá seu valor no futuro, pela sua realização simbólica, a sua integração na história do sujeito”.

No seminário intitulado *A Transferência*, Lacan (1992b) explicita que as intervenções do analista devem visar restituir a função do desejo, ou seja, provocar um esvaziamento do gozo. Trata-se de levar o sujeito à questão “qual o teu desejo?” e de endereçá-lo para o lugar do desejo. Assim, a psicoterapia psicanalítica com os sujeitos do recalco opera na maximização do processo de separação do Outro. “O que constatamos em nossa prática cotidiana é que a análise libera as significações fixadas interrogando o sentido, sublinhando o não-sentido, fazendo ouvir o duplo sentido, resumindo, remobilizando-o” (Nominé, 2012, p. 25). Esse manejo da escuta possibilita ao sujeito se escutar e se apropriar dos efeitos de seu dizer, “reposicionando-se subjetivamente em relação a suas mazelas e suas escolhas” (Costa, 2018, p. 54).

Não cabe ao psicólogo referenciado pela psicanálise realizar a promessa de felicidade ou mesmo tentar oferecer aquilo que um dado sujeito vem solicitar. É somente *a posteriori* que poderemos saber dos efeitos dos atos analíticos e das interpretações operadas. Lacan (1995) demarca que a psicanálise não possui como ideal trazer a felicidade, ainda que essa seja a demanda do sujeito. O efeito de uma psicoterapia orientada pela psicanálise, por fazer um barramento do gozo que insiste na repetição sintomática, é o sujeito poder renunciar a uma satisfação na forma de impasses – sintomas, angústias, inibições –, se desprender de certas identificações alienantes e se tornar capaz de construir respostas singulares, obtendo satisfação no exercício da criação do novo.

Qual o Tempo para a Psicoterapia em um CAPS?

Nos estabelecimentos públicos, há algumas diferenças com relação ao consultório particular: na maioria dos serviços de Saúde existe uma lista de espera, em certos casos não é possível encaminhar o sujeito a outro profissional por só haver um psicólogo, além de que muitas equipes técnicas de gestão dos estabelecimentos estão mais preocupadas com o aumento da produtividade do que com a qualidade do atendimento. Situados nesse cenário, faz-se imprescindível refletir, mesmo que suscintamente, sobre a dimensão temporal implicada no processo psicoterapêutico: quanto tempo de duração tem uma psicoterapia orientada pela psicanálise no CAPS? Essa pergunta pode ser desdobrada em diversas questões: a) o tempo de cada sessão de psicoterapia; b) a frequência dos atendimentos e os agendamentos; e c) o período do tratamento no estabelecimento assistencial.

Começamos pelo tempo de cada sessão. Diferentemente das psicoterapias em geral, que possuem uma duração de sessão predeterminada, geralmente de 50 minutos na clínica particular, e no caso nos estabelecimentos de Saúde Coletiva, comumente de 30 minutos, as sessões psicanalíticas orientadas pelo campo de Freud e Lacan não possuem tempo determinado, posto que não estão estabelecidas no plano da burocracia e “sim o da lógica do inconsciente e da ética da psicanálise” (2000, p. 49). Trabalha-se com o tempo lógico, pois são os dizeres do sujeito do tratamento que orientam as ações do psicólogo orientado pela psicanálise. O psicólogo pode prolongar o tempo na espera por novas associações ou pode encurtar esse tempo, pois: “Diante do sintoma todo relógio é mole, como o do quadro de Dali. Impor um tempo ao sintoma é uma ingenuidade se não for uma impostura” (Quinet, 2008, p. 15). Assim, uma sessão pode durar aproximadamente uma hora como também pode durar 15 minutos, uma vez que o corte da sessão/encerramento não depende dos ponteiros do relógio e sim daquilo que emerge na fala do sujeito do tratamento.

Compreende-se, então, que a prática de sessões curtas está relacionada a dois aspectos. O primeiro deles é: como o sujeito entra em uma sessão sem saber seu tempo de duração, por estar sob o impacto da pressa, precipita o “momento de concluir” (Lacan, 1998, p. 210). A análise é um processo contínuo e não se restringe ao tempo das sessões. Esse tempo de concluir não está atado ao final de uma psicoterapia e sim aos tempos que permitem ao sujeito fazer retificações subjetivas. O sujeito do tratamento ou analisante faz elaborações fora das sessões, sendo o psicoterapeuta o depositário dessas elaborações ou associações. O segundo aspecto se relaciona ao ato do psicoterapeuta de corte da sessão, que Quinet (2000, p. 67) situa como uma “tentativa de buscar a libertação do sujeito dos significantes que o determinam”.

Em relação à frequência dos atendimentos e o manejo dos agendamentos, nos estabelecimentos de Saúde se convencionou agendar sessões semanais, de modo a garantir atendimento a um amplo número de pessoas, entretanto, nos CAPS, por conta da gravidade dos casos, para alguns sujeitos há a necessidade de haver não somente um tempo menor entre as sessões, como de uma flexibilidade quanto aos agendamentos. Pode acontecer, inclusive, do sujeito, diante de uma “urgência subjetiva” (Calazans & Bastos, 2008), se direcionar ao serviço sem que esteja agendado um horário de atendimento e solicitar uma escuta naquele momento pontual. Diante disso, cabe ao psicólogo referenciado pela psicanálise realizar o manejo da transferência, buscando equacionar a demanda do sujeito com as possibilidades do estabelecimento. Para tal, uma estratégia possível é o psicólogo não preencher todos os horários de atendimento de forma a deixar uma brecha para encaixes que possam ser necessários. Concordamos com Figueiredo (1997) quando demarca que é somente se a burocracia dos estabelecimentos for muito inflexível que a frequência dos atendimentos consistirá em um problema.

O período de tratamento é uma questão que ainda ressoa no campo da psicanálise. Fomos prevenidos por Freud (1937/1996i, p. 229) que a psicoterapia orientada pela psicanálise “é um assunto que consome tempo”. Logo, dois instrumentos são fundamentais: a paciência e a espera (Figueiredo, 1997). O tempo não deve ser fixado, uma vez que “O tempo na psicanálise (a sua duração, a frequência e tempo das sessões) decorre da temporalidade do sujeito do inconsciente (intemporal) (...)” (Fingermann, 2009, p. 60). Isso não significa que a psicoterapia orientada pela psicanálise na saúde coletiva levará até à travessia da fantasia, momento culminante de uma psicanálise, mas apostamos que, durante o período de tratamento, algo de travessia possa se processar. Em se tratando de um CAPS, pela característica do dispositivo institucional que visa atender apenas os casos graves e necessita manter certa rotatividade de pessoas atendidas para cobrir uma grande demanda, o sujeito poderá ser escutado por um tempo suficiente e necessário para que ele possa se desvencilhar dos sintomas/impasses mais acentuados que o fazem sofrer.

Temos por hipótese que os sujeitos do tratamento, por passar muito tempo em atendimento no CAPS, podem ficar marcados com o significante vinculado a esse estabelecimento (nesse caso “ser louco ou problemático”), isto é, “fixa-a como uma alienação justamente ao significante do qual o sujeito tem que se se desvencilhar” (Figueiredo, 1997, pp. 121-122). Assim sendo, após um tempo de trabalho subjetivo que sirva para equacionar alguns impasses, pode ser importante encaminhá-lo – sob transferência – para dar continuidade ao tratamento na atenção básica. Do mesmo modo, em algumas situações em que a equipe supõe que determinado sujeito poderia ser encaminhando à Atenção Básica, pode ser que o psicólogo que o atende perceba que seria importante continuar trabalhando mais algumas sessões. Caberia a esse profissional se posicionar na reunião de equipe e pactuar que se aguarde ainda um tempo, para só depois encaminhar o sujeito na transferência – jamais de forma prescritiva.

Considerações Finais — Ou Porque a Psicanálise em um CAPS

Em um CAPS, a psicoterapia consiste em um importante dispositivo para o tratamento de sujeitos com impasses graves no campo da neurose, somando-se com outros dispositivos (oficinas, grupos, atendimentos individuais). Propomos uma psicoterapia orientada pela psicanálise pelo fato de que um sujeito demanda tratamento justamente por impasses localizados na sua realidade psíquica, portanto seu equacionamento só pode ocorrer a partir da realização de um trabalho psíquico (produção de sentido ou saber inconsciente), feito necessariamente sob transferência (Costa-Rosa, 2019). Eis o porquê Vanessa, ao demandar psicoterapia nos moldes de conselhos e classificações, foi convidada a falar de suas questões, fala

essa sustentada na transferência. A escuta ofertada possibilitou a ela articular alguns significantes, de modo a transformar sua urgência generalizada em urgência subjetiva. No decorrer do trabalho subjetivo, Vanessa pôde se haver com um conjunto de significantes que a marcaram e que a faziam repetir, produzindo sofrimento.

O dispositivo psicoterapêutico, ao operar a fala-escuta por meio da transferência, produz um deslocamento da fala enquanto queixa para um plano reflexivo, convocando o sujeito a desfiar as cadeias significantes que constituem sua história e assim realizar um trabalho de decifração e cifração dos sintomas-que-fazem-sofrer. Em suma, a psicoterapia orientada pela psicanálise na saúde coletiva visa interceder na relação do sujeito com o significante e com o gozo, de modo que ele possa construir respostas singulares para lidar com o sofrimento e se repositone quanto ao desejo.

Na psicoterapia orientada pela psicanálise em um CAPS, não se visa a uma análise levada a termo, ou seja, que o sujeito faça a travessia da fantasia, uma vez que o tratamento dura um determinado período naquele estabelecimento. Mas, isso não impede que algo de travessia se processe nesse tempo em que está sendo escutado por um psicólogo referenciado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, permitindo ao menos algum “(...) reposicionamento do sujeito nos significantes que o representam [implicação subjetiva], e do indivíduo nos conflitos e contradições em que ele é atravessador-atravesado [implicação sociocultural]” (Costa-Rosa, 2013, p. 267). Como efeito desse processo (e não como meta), os sintomas apresentados pelo sujeito podem diminuir sua intensidade ou até mesmo desaparecer.

Devido às especificidades desse estabelecimento de saúde mental, a psicoterapia em um CAPS rompe com o *setting* tradicional, colocando o desafio já preconizado por Freud (1919[18]/1996h) de adaptar a técnica a novas condições, sem renunciar a seus preceitos fundamentais: a regra da livre associação e a transferência como motor do tratamento, pois o que está em questão não é o *setting* e sim a ética do sujeito (do desejo) inconsciente. Como postulou Freud (1919[18]/1996h, p. 181):

(...) qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.

Em um CAPS, onde opera o saber proveniente de diversas formações profissionais, principalmente o discurso médico que pretende a padronização por meio dos diagnósticos psiquiátricos, a principal contribuição de um psicólogo orientado pela psicanálise para o tratamento dos sujeitos com graves impasses da neurose é justamente a escuta daquilo que é singular, “a escuta dos significantes que representam um sintoma e um sujeito” (Bursztyn, 2008, p. 132). Trata-se de um trabalho clínico rigoroso, sustentado pela ética do bem dizer, que podemos nomear, finalmente, de ampliação do campo da “psicanálise em intensão” (Costa-Rosa, 2012, 2019; Elia, 2010; Rinaldi, 2015).

No que diz respeito às contribuições da psicanálise à saúde mental coletiva, elas consistem em potencializar as transformações das práticas de atenção e corroborar na desconstrução do paradigma biomédico. Esse referencial teórico, técnico e ético possibilita abordar o processo saúde-adoecimento de forma complexa, incluindo a dimensão de sujeito do inconsciente, o que permite promover um cuidado singularizado, em sintonia com os parâmetros da atenção psicossocial.

Referências

- Brousse, M. H. (2011). Porque é que ele vem? *Revista Opção Lacaniana*, 2(4), 1-7. Link
- Bursztyn, D. C. (2008). O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: Um desafio para a psicanálise. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(1), 126-135. Link
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652. DOI: 10.1590/S1415-47142008000400010
- Carrera, C. J. S., & Ferrera, I. X. (2000). Do grupo de recepção ao grupo regular: Que grupo é esse? In F. Tenório, R. Oliveira & S. Levcovitz (Orgs.), *A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental* (pp. 107-116). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Costa, M. F. (2018). O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: Sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18(2), 45-58. Link
- Costa, M. F., Périco, W., & Souza, W. A. (2019). Do Dispositivo Disciplinar ao Dispositivo Intercessor. *Revista da Psicologia da Unesp*, 18(Esp.), 161-178. Link

- Costa-Rosa, A. (2012). Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In G. H. Dionísio & S. J. Benelli (Orgs.), *Políticas públicas e clínica crítica* (pp. 15-31). Cultura Acadêmica.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: Contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Unesp.
- Costa-Rosa, A. (2019). Por que a atenção psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista da Psicologia da Unesp*, 18(Esp.), 37-54. Link
- Cottet, S. (1999). *Freud e o desejo do psicanalista*. Jorge Zahar.
- Dor, J. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Livraria Taurus Timbre.
- Eidelsztein, A. (2010). A estrutura é da linguagem. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 38(1), 126-132. Link
- Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito*. Jorge Zahar.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C., & Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: Do fenômeno à estrutura. *Ágora*, 3(2), 65-86. DOI: 10.1590/S1516-14982000000200004
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: Entre a linguagem e o gozo*. Jorge Zahar.
- Fingermann, D. (2009). O tempo na experiência da psicanálise. *Revista USP*, (81), 58-71. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i81p58-71
- Freda, F. H. (1989). Sobre o núcleo central do tratamento. In M. B. Motta (Org.), *Clínica lacaniana: Casos clínicos do campo freudiano* (pp. 63-68). Jorge Zahar.
- Freud, S. (1996a). Projeto para uma psicologia científica. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 341-354). Imago. (Originalmente publicado em 1950[1985])
- Freud, S. (1996b). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. II, pp. 159-186). Imago. (Originalmente publicado em 1896)
- Freud, S. (1996c). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 137-160). Imago. (Originalmente publicado em 1913)
- Freud, S. (1996d). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 159-171). Imago. (Originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (1996e). Repressão. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 147-164). Imago. (Originalmente publicado em 1915)
- Freud, S. (1996f). A dissolução do Complexo de Édipo. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 193-204). Imago. (Originalmente publicado em 1924)
- Freud, S. (1996g). Os caminhos da formação dos sintomas. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI, pp. 361-378). Imago. (Originalmente publicado em 1916-1917)
- Freud, S. (1996h). Linhas de progresso da terapia psicanalítica. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII, pp. 201-211). Imago. (Originalmente publicado em 1919[18])

- Freud, S. (1996i). Análise terminável e interminável. In J. Strachey (Ed.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII, pp. 223-270). Imago. (Originalmente publicado em 1937)
- Garcia-Roza, L. A. (2009). *Freud e o inconsciente*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992a). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992b). *O seminário, livro 8: A transferência*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005). *Nomes-do-pai*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008a). *O mito individual do neurótico, ou, A poesia e verdade na neurose*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008b). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2009). *O seminário, livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud*. Jorge Zahar.
- Mexko, S., Souza, W. A., & Benelli, S. J. (2019). Contribuições do Dispositivo Intercessor para o trabalho no campo da assistência social. *Revista de Psicologia da UNESP, 18*(Esp.), 261-279. Link
- Miller, D. (1989). As três transferências. In M. B. Motta (Org.), *Clínica lacaniana: Casos clínicos do campo freudiano* (pp. 44-50). Jorge Zahar.
- Nominé, B. (2012). O analista frente ao inconsciente. *Stylus*, (25), 15-28. <http://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/767>
- Portillo, R. (1989). Ana entre dois significantes. In M. B. Motta (Org.), *Clínica lacaniana: Casos clínicos do campo freudiano* (pp. 39-43). Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2000). *As 4 + 1 condições da análise*. Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2008). Perante o sintoma todo relógio é mole. *Anais V Encontro de Internacional da Internacional dos Fóruns-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Os tempos do Sujeito do Inconsciente: a psicanálise no seu tempo e os tempos na psicanálise* (pp. 15-16). Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Link
- Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Jorge Zahar.
- Rinaldi, D. L. (2015). Micropolítica do desejo: A clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(2), 315-323. Link
- Souza, W. A., Costa-Rosa, A., & Benelli, S. J. (2019). Possibilidades nos modos de tratar a população em situação de rua. *Psicologia: Ciência e Profissão, 39*, 1-17. Link
- Wachsberger, H. (1989). Função das entrevistas preliminares. In M. B. Motta (Org.), *Clínica lacaniana: Casos clínicos do campo freudiano* (pp. 26-31). Jorge Zahar.

Como citar:

Mexko, S., & Benelli, S. J. (2022). Psicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial: O Tratamento de Sujeitos com Neuroses Graves. *Revista Subjetividades*, 22(3), e12764. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i3.e12764>

Endereço para correspondência

Sara Mexko
E-mail: sara.mexko@gmail.com

Silvio José Benelli
E-mail: silvio.benelli@unesp.br

Recebido em: 22/06/2021

Revisado em: 03/12/2021

Aceito em: 22/12/2021

Publicado online: 12/01/2023