

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA**

CAMILA QUINTEIRO KUSHNIR

**TRANSFERÊNCIA, RESISTÊNCIA E DESEJO: UMA EXPERIÊNCIA EM
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL**

Rio de Janeiro - RJ

2017

CAMILA QUINTEIRO KUSHNIR

**TRANSFERÊNCIA, RESISTÊNCIA E DESEJO: UMA EXPERIÊNCIA EM
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Simone Perelson.

Rio de Janeiro - RJ

2017

CIP - Catalogação na Publicação

K97t Kushnir, Camila Quinteiro
Transferência, resistência e desejo: uma
experiência em ambulatório de saúde mental / Camila
Quinteiro Kushnir. -- Rio de Janeiro, 2017.
116 f.

Orientador: Simone Perelson.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Neurose. 3. Transferência.
4. Resistência. 5. Desejo. I. Perelson, Simone ,
orient. II. Título.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

CAMILA QUINTEIRO KUSHNIR

Dissertação apresentada em ____/____/____

Orientadora Prof^a. Dr^a. Simone Perelson
Universidade Federal do Rio de Janeiro

1^a Examinadora Prof^a. Dr^a. Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg
Universidade Federal do Rio de Janeiro

2^a Examinadora Prof^a. Dr^a. Sônia da Costa Leite
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vera e Abrahão, e tia Lena, pela paciência em toda trajetória e pelos almoços encurtados, devido ao trabalho de escrita.

A Augusto, companheiro de todas as horas, pelo acolhimento em diferentes frentes. Pelo amor, paciência e por sua leitura rigorosa, principalmente quanto à obra de Lacan, contribuindo de forma essencial para este trabalho. Sem você esta pesquisa teria mais dos ares moralistas, difíceis de serem abandonados.

Aos amigos, Fellipe, Léo, Su e Felipe, pelo apoio emocional e teórico, mesmo que indiretamente. Também ao grupo do Corpo Freudiano e “corpinho” pela leveza no estudo psicanalítico. Bruno, Cássia, Ju e Mayra, obrigada pelas dicas e acolhimento. Ao grupo do IPUB, reforçado no mestrado, pelo compartilhar das angústias em nossas conversas de bar e *WhatsApp*. Carol, Luccas, Manu e Michelle, sem vocês o muro das adversidades seria maior.

A todos os professores, e à formação no Corpo Freudiano Escola de Psicanálise pelo espaço propício a embates discursivos que puderam aprimorar esta escrita. À Tânia Moraes, supervisora querida, que aceitou o desafio de passar à escuta do que é possível recolher dos casos clínicos. À Bianca Freitas, analista que eticamente sustenta sua posição frente às minhas questões.

Em especial, à banca que, gentilmente, aceitou orientar-me neste percurso. À Angélica Bastos, sempre precisa em suas pontuações, e à Sônia Leite, pelo acolhimento e pela forma como percebe ser necessária a condução de uma pesquisa em psicanálise. À Simone Perelson, orientadora que me concedeu a oportunidade de realizar esta intrigante pesquisa.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro provido.

Por último, à minha avó, Maria, pela forma graciosa como enfrentou as batalhas da vida, transmitindo-me, sem saber, um dos pilares da psicanálise: a importância de um bom e belo chiste.

Quando nos escolhe para sermos seu analista, o paciente nos faz um dom, uma doação de si frente à qual o mínimo que temos que perguntar é se estamos à sua altura (...). Uma coisa é frustrar o paciente; outra coisa é decepcioná-lo em sua entrega amorosa. Esta última é imperdoável (Ricardo Goldenberg, *Do amor louco e outros amores*, 2013, p. 78).

RESUMO

KUSHNIR, Camila Quinteiro. **Transferência, resistência e desejo: uma experiência em ambulatório de saúde mental.** Rio de Janeiro, 2017. 115f. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este estudo tem por objetivo discutir o trabalho analítico no campo da neurose, através da experiência no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil (IPUB), com pacientes que possuíam um forte vínculo com a instituição de saúde mental, demonstrando um afastamento de outras atividades e relações fora dela. Freud, ao longo de sua clínica, percebeu como, frequentemente, o neurótico aferrava-se a seus sintomas, resistindo ao tratamento. Tem-se como hipótese que, analogamente, ele também é capaz de manter-se enlaçado a grupos dos quais faz parte, encontrando neles certo refúgio psíquico para seu sofrimento. Busca-se examinar como o IPUB acabava por exercer esta função para alguns pacientes. Em análise, foi possível um trabalho, através da transferência, o que revelou como, para cada analisante, a permanência no Instituto articulava-se às histórias de vida narradas por eles. A aposta foi que pela fala, sustentada pela escuta analítica, o desejo pudesse advir; desejo do sujeito, originado da falta estrutural que marca o psiquismo. Para tal, fez-se necessário que a analista pudesse ocupar, enquanto pessoa, o lugar de morto, anulando o que, a partir de seu ego, poderia interpor-se ao trabalho de escuta, promovendo resistência. Com Lacan, concebe-se que a resistência em análise é sempre do analista, pois é ele quem pode inviabilizar este processo, caso não suporte a posição de objeto, pela qual deve operar. Contudo, se é capaz de suportá-lo, é por estar em consonância com o desejo de analista; desejo com o qual se encontra em sua análise, ao passar pela experiência de deparar-se com sua própria falta, enquanto analisante. Abordam-se ao final deste percurso os efeitos recolhidos da análise de duas pacientes atendidas no ambulatório em questão.

Palavras-chave: Saúde mental; Neurose; Transferência; Resistência; Desejo.

RÉSUMÉ

KUSHNIR, Camila Quinteiro. **Le Transfert, la résistance et le désir: une expérience dans l'ambulatorio de santé mentale.** Rio de Janeiro, 2017. 115f. Dissertation. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Le but de cette étude est de discuter le travail analytique dans le domaine de la névrose, à partir de l'expérience dans l'ambulatorio de l'Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil (IPUB), où on a pu remarquer des patients qui avaient une forte liaison avec l'institution de santé mentale, de telle façon qu'ils montraient un détachement de leurs autres activités et de leurs relations interpersonnelles hors de l'institution. Lors de sa pratique clinique, Freud a constaté, plusieurs fois, que le névrosé se cramponnait à ses symptômes, et résistait au traitement. L'hypothèse développée dans cette étude est qu'il est aussi capable, de façon analogue, de rester pris au piège des groupes dont il fait partie et qu'il trouve en eux un certain refuge psychique pour ses souffrances. Ainsi, on cherche examiner comment l'IPUB exerce cette fonction pour certains patients. Freud, sur sa clinique, a remarqué, combien de fois, le névrosé se cramponnait à leurs symptômes, et résistait au traitement. L'hypothèse est qu'il est aussi capable, de manière analogue, de rester pris au piège des groupes dont il fait partie et qu'il trouve en eux un certain refuge psychique pour leurs souffrances. Le but est examiner comment l'IPUB exerce cette fonction pour certains patients. Dans l'analyse, le travail a été possible grâce au transfert, qui a révélé, pour chaque analysant, comme le séjour à l'Instituto était articulé aux histoires de vie racontées par eux. La conjecture a été que sur la voie de la parole, soutenue par l'écoute analytique, le désir pourrait survenir; le désir du sujet, a causé par une manque structurelle, qui marque le psychisme. À cette fin, il était nécessaire que l'analyste pourrait occuper, en tant que personne, a place d'un mort, pour détruire ce qui, de son ego, pourrait s'interposer au travail d'écoute, en promouvant de la résistance. Chez Lacan, il est conçu que la résistance à l'analyse est toujours de l'analyste, parce qu'il est celui qui peut faire dérailler ce processus, s'il ne supporte pas la position de l'objet dans lequel il doit fonctionner. Toutefois, s'il peut le supporter, il est en accord avec le désir de l'analyste; le désir avec lequel il se reencontre, quand il passe par l'expérience de se rencontrer avec leur propre manque, en tant qu'analysant. Nous discutons à la fin de ce parcours, les effets perçus dans l'analyse de deux patientes vues à l'ambulatorio en question.

Mots-clés: Santé mentale; Névrose; Transfert; Résistance; Désir.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 - A especificidade da psicanálise em “território estrangeiro” e o conceito de transferência	
1.1 A psicanálise e sua apropriação pela psiquiatria no âmbito da saúde mental	15
1.1.1 A clínica do sujeito nos ambulatórios psiquiátricos especializados	18
1.1.2 As condições formais de uma análise	24
1.2 O termo transferência e sua descoberta por Freud	27
1.2.1 Repetição, resistência e sugestão: três faces de um mesmo fenômeno	32
1.3 A cena analítica: um amor que se dirige ao saber	36
1.3.1 A instauração do sujeito suposto saber pelo analista	41
CAPÍTULO 2 - O estatuto do vínculo com a instituição de tratamento no campo da neurose	
2.1 O IPUB através da leitura de “Psicologia das massas e análise do Eu”, de Freud	47
2.1.1 Letícia e Jurema: a singularidade do estar no IPUB	52
2.2 A função psíquica exercida pela instituição de saúde mental	54
2.3 Laço social: a estruturação das relações a partir dos discursos	57
2.4 Sintoma, angústia e gozo: os efeitos das formações grupal e sintomática	60
2.5 As instâncias psíquicas na produção de resistências no tratamento	66
CAPÍTULO 3 - O psicanalista enquanto objeto: resistência, desejo e escuta	
3.1 O embaraço entre o ego e o sujeito do inconsciente após a virada de 1920	71
3.1.1 A contratransferência e o caso Dora	76
3.1.2 Resistência do analista: a única resistência verdadeira em uma análise	82
3.2 O desejo de analista como função operante	87
3.2.1 A destituição do sujeito suposto saber e o lugar de rebotalho do analista	90
3.3 Do começo ao fim de análise: os efeitos recolhidos pela escuta no ambulatório do IPUB	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	108

INTRODUÇÃO

Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, “internar” o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e ‘interná-las’ em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios (Cláudia Corbisier, psicanalista).

O tema desta pesquisa surgiu da experiência vivenciada por dois anos no curso de especialização em clínica psicanalítica, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Brasil¹ (IPUB). Embora tenha sido um período de intenso trabalho no campo da psicose, o que me chamou a atenção foi o grande número de pacientes neuróticos admitidos para atendimento ambulatorial, e que ali permaneciam por longos anos, em meio a queixas de piora dos sintomas e empobrecimento dos círculos produtivo e social.

Por se tratar de uma instituição escola, a maioria dos médicos e psicanalistas que atendem no ambulatório assim o faz como parte do requisito para a conclusão de suas formações universitárias. Nesse sentido, após dois anos atendendo pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos – e, no caso da psicanálise, hipóteses diagnósticas estruturais – o analista vê encerrar-se seu tempo no Instituto.

O paciente pode, a partir disto, decidir por três caminhos distintos: ser encaminhado para um novo analista na instituição, sair dela e seguir o trabalho com o mesmo analista em outro local, ou, ainda, deixar a instituição para prosseguir o tratamento, ou não, com outro analista de sua escolha. Através de um estudo anterior, descrito no trabalho de conclusão do curso em questão, foi observado que grande parte dos pacientes opta por continuar no Instituto, passando, assim, por diferentes analistas. O motivo dado não era a falta de confiança em quem os atendia, nem mesmo a impossibilidade de custear os atendimentos em outro lugar, mas sim o pavor em deixar a instituição. Ali se sentiam em casa.

¹ Em 1937, este foi o nome dado à Universidade do Rio de Janeiro, criada em 1920, e conhecida, a partir de 1965 até os dias atuais, como Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A permanência duradoura no ambulatório do IPUB acarretava alguns impasses burocráticos. O principal deles era a falta de vagas para novos pacientes. Se muitos não saíam, poucos conseguiam entrar. Este era um inconveniente deveras discutido na equipe da qual eu fazia parte. Os analistas, de orientação lacaniana, concordavam com a necessidade de implantação no ambulatório das chamadas “portas de saída” que teriam como objetivo trabalhar as demandas dos pacientes, a fim de que fossem encaminhados para outros locais, ou mesmo recebessem “alta” do tratamento.

Este engendramento não se relacionava apenas aos dilemas burocráticos. Acreditavam que a instituição, com o tempo, acarretava um processo de cronificação, dificultando a mobilidade dos pacientes na vida. Estes se tornavam dependentes do ir e vir ao IPUB, de modo que suas atividades passavam a gravitar em torno dele.

Uma prática recorrente de alguns analistas era demarcar logo no início dos atendimentos um número fixo de faltas que se poderia ter. Se o analisante passasse a não comparecer regularmente às sessões, perderia sua vaga. Não era à toa, portanto, que quando atendidos por mim, muitos que já conheciam este processo comentavam sobre o medo de serem expulsos da instituição.

Dos médicos, era comum ouvir sobre o que consideravam ser um descomprometimento desses pacientes, vistos como “carentes”, buscando no Instituto formas de receberem atenção de várias pessoas e diferentes benefícios. Essa postura não era, contudo, particularidade destes profissionais. Muitos analistas também a tinham, mostrando-se irritados com seus pacientes pelas faltas sem aviso e pelas queixas infundáveis. Sentiam-se, também, pressionados pelas regras institucionais a transformações que levassem ao fim dos longos tratamentos. Geralmente, sem conseguirem o grande avanço idealizado, acabavam por enunciar que os pacientes resistiam.

Encontrei-me, muitas vezes, igualmente envolvida por esta concepção. Julgava ter apenas dois anos para realizar algum trabalho com cada paciente, mas, no fundo, encontrava-me impelida pela ânsia do que Freud (1915 [1914]/1996) denominou de *furor senandi*, como se necessitasse apresentar resultados aos outros, assinalando que alguma mudança era possível naquele quadro.

Assim como eu, os analisantes também estavam cientes do período que duraria a análise comigo. Frequentemente, diziam: “Você também irá embora!”. Uma hipótese é a de que as incessantes trocas de profissionais reforçava o laço social deles com a instituição, o

que não era sem consequências para o trabalho analítico. A dificuldade encontrada no manejo transferencial com esses pacientes levava-me a considerar que eles resistiam ao tratamento.

Foi com Lacan que pude repensar este julgamento, ao examinar as adversidades nas quais estava envolvida no meu tempo de trabalho no IPUB, percebendo como, por tantas vezes, imersa em uma rivalidade imaginária, seja com os pacientes, seja com outros profissionais que seguiam em seus saberes distintos da psicanálise, eu tentava denunciar e combater o que supunha serem resistências. Acabava, assim, por recorrer a intervenções sugestivas, distanciando-me da escuta dos significantes que advinham da fala dos analisantes. Desse modo, a resistência originava-se de minha parte.

Para Freud (1923 [1922]/1996, p. 304), “o despertar das resistências [no paciente] constitui uma garantia contra os efeitos enganadores da influência sugestiva”. Lacan (1958/1998, p. 642) reiterou-o, ao dizer que “a resistência do sujeito, quando se opõe à sugestão, é apenas desejo de manter seu desejo”. Dessa maneira, se o paciente resiste é possível que nisto o analista encontre-se implicado, por ser capaz de representar uma barreira ao desejo inconsciente do sujeito.

Inicialmente, o interesse por este assunto restringia-se à tentativa de compreensão dos motivos que levavam os pacientes a não querer deixar o IPUB. Todavia, após algum tempo do fim dos atendimentos, retomando a experiência na instituição, pude passar a uma elaboração que me levou a considerar como o analista pode resistir ao que escuta de seus pacientes, em prol da certeza de saber o que seria melhor para eles.

No caso, constatei na equipe da qual participava comentários sobre certa pressão que ocorria durante alguns atendimentos de colegas para que seus analisantes passassem a querer sair do IPUB, como se a função analítica estivesse pautada na promoção de bem-estar do indivíduo. Assim, faz-se necessário ampliar a investigação do tema sobre o qual nos debruçaremos, dando destaque a posição do analista em sua prática.

Cabe ressaltar que não se pretende desqualificar os estudos psicanalíticos que abordam como um problema o desenvolvimento de mecanismos cronificantes em serviços substitutivos de saúde mental, devido à dinâmica institucional. Entretanto, este não será o foco de nosso estudo, visto cogitar ser necessário neste momento colocar em primeiro plano a resistência que pode advir do próprio analista.

Outro aspecto importante a ser comentado diz respeito à relevância do recorte escolhido para esta investigação. Muitos artigos psicanalíticos ao tratarem da saúde mental

ocupam-se das ações desenvolvidas pelos analistas em enfermarias, residências terapêuticas e em equipes multidisciplinares. Poucos são os que, atualmente, discorrem sobre o trabalho nos ambulatórios especializados que, como veremos, são os locais, no Brasil, que mais acolhem as demandas psiquiátricas.

A maioria também opta por concentrar-se no tema da psicose, o que pode colaborar para gerar, de alguma forma, a falsa impressão de serem as instituições de saúde mental exclusivas ao tratamento desta estrutura. Este era, inclusive, um preconceito tido por muitos profissionais no ambulatório do IPUB que sustentavam a ideia de que as vagas deveriam ser destinadas, em sua maior parte, aos atendimentos de pacientes psicóticos.

Partindo dessa perspectiva, através dos enigmas que me restaram, esta pesquisa tem como objetivo discutir o trabalho analítico no campo da neurose, a partir da experiência vivenciada no ambulatório do IPUB. Nessa medida, utilizaremos como conceito central a transferência, conforme elaborada por Freud e Lacan. Esta, por caracterizar-se como sendo o motor de uma análise, perpassará todo o nosso estudo.

Como objetivos específicos, buscaremos abordar o advento da psicanálise na área de saúde mental, desde sua apropriação pela psiquiatria até seu desenvolvimento como prática específica nas instituições onde vigora o saber médico, enfatizando o trabalho nos ambulatórios especializados. A partir do texto freudiano “Psicologia das massas e análise do Eu” (1921/1996), procuraremos aprofundar a investigação do motivo pelo qual muitos pacientes estabelecem um forte vínculo com o IPUB.

Tencionamos, também, discutir de que modo Freud explorou a noção de resistência, e a causa pela qual Lacan, retornando a ele, formulou que a única resistência em análise é a do analista. Por último, pretendemos, ao longo do percurso, destacar a posição ética que se espera de um analista, por entendermos que apenas através dela, fundamentada no desejo de que haja análise, é possível que ele possa dirigir um tratamento, seja em que local estiver exercendo sua função.

Dessa forma, no primeiro capítulo, abordaremos o exercício da psicanálise na saúde mental. Veremos como nos primórdios a psicanálise era tida enquanto uma especialidade da psiquiatria para, apenas, com o tempo, ganhar o reconhecimento de ser uma *práxis* singular, pelo modo como se ocupa do sofrimento humano. Serão levantadas também as oposições existentes, até os dias de hoje, quanto à legitimidade da operação psicanalítica fora dos consultórios particulares, bem como suas condições formais de possibilidade.

Se o próprio Freud foi capaz de atender pacientes fora de seu consultório privado, como quando foi interceptado pela moça de codinome Katharina em cima de uma montanha, começando a empreender ali mesmo uma análise com ela, como contestar a autenticidade da psicanálise empreendida em outros espaços e conjunturas? Entretanto, para que ela possa desenvolver-se é necessária a sustentação por parte do analista da suposição de que ao passar à escuta ele coloca em movimento um trabalho com a realidade psíquica, pautada num tempo próprio do inconsciente, lido por Lacan como tempo lógico, através do estabelecimento da transferência.

Por ser ela uma condição fundamental para que ocorra uma análise, realizaremos um exame detalhado deste fenômeno. Percorreremos, com Freud, a forma como se deu sua descoberta e o estudo de suas facetas, através das vertentes da repetição, resistência e sugestão. A partir de Lacan, promotor de um retorno rigoroso a Freud, apresentaremos sua leitura realizada sobre a transferência, pautada na articulação entre o amor e o saber.

Lacan (1964/1998) propôs que se há uma busca, através do encontro amoroso, é porque algo falta. No amor, portanto, esta falta evidencia-se, sendo a interrogação sobre ela o que perpassa o processo analítico. É pela transferência com o analista que um saber sobre a falta poderá surgir. Se o amor dirige-se ao saber, faz-se importante examinar a formulação lacaniana do conceito de sujeito suposto saber, enquanto forma de estruturação lógica da manifestação do fenômeno transferencial.

Muitos analistas balizando-se pelo enunciado de Lacan, em seu Seminário 11, de que o sujeito suposto saber, na análise, é o analista, concluem, rapidamente, que, então, o analisante supõe um saber a quem o escuta. Lacan, contudo, em seus textos posteriores, admite que nós, analistas, somos supostos saber não grandes coisas, revelando que, na verdade, é o analista quem institui o analisante como sujeito suposto saber. Buscaremos traçar como ele borda tais argumentos, por acreditar ser de extrema importância difundir as consequências destes desdobramentos.

Dando prosseguimento à questão da transferência, no segundo capítulo, passaremos a explorar o tipo de laço social que alguns pacientes neuróticos desenvolvem com a instituição de tratamento, tendo como foco o IPUB. Através do artigo “Psicologia das massas e análise do Eu” (1921), Freud elaborou a concepção de que os neuróticos poderiam apresentar certa dependência dos grupos dos quais fazem parte. Visando explorar os motivos que acarretam tal dependência, buscaremos investigar se há, e qual seria a função psíquica que a instituição, enquanto formação grupal, pode desempenhar para cada paciente.

Ademais, dedicar-nos-emos ao modo pelo qual Lacan (1969-1970/1992) trabalhou o laço social, enquanto forma discursiva. Veremos como os discursos perpassam a instituição, e como através deles estruturam-se as relações estabelecidas nela. Proporemos, ainda, uma analogia entre a formação grupal, como laço social, e as formações sintomáticas, por identificar que na obra freudiana esta aproximação faz-se presente. Sentir-se pertencente a um grupo, bem como aferrar-se a sua neurose, possibilitam um refúgio psíquico, o que foi descrito por Freud (1923/2007) como prevalectimento da “carência por manter-se doente e não a vontade de curar-se” (p. 57).

Visando aprofundar esta questão, abordaremos, então, a relação das noções de sintoma, angústia e gozo, por considerar que tanto os grupos como o sintoma apresentam-se como respostas à angústia, mas também representam modos de gozo. Se a abdicação do sintoma na neurose é tida como complexa, Freud concebeu que as resistências faziam parte disto. Nesse sentido, será indispensável retomar suas ponderações acerca delas, a partir da síntese proposta no texto “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926a/1996), no qual as instâncias do Eu, Isso e Supereu aparecerem como fonte de resistências.

No terceiro e último capítulo, maior atenção será concedida à discussão sobre a posição do analista e sua operação na análise. De início, seguiremos com Lacan a distinção evidenciada por ele, entre o ego, enquanto efeito imaginário da estruturação lógica da linguagem, e o sujeito do inconsciente, efeito real da articulação simbólica entre os significantes. A partir de 1920, quando Freud passou a tratar as resistências como originadas de uma parte inconsciente do Eu, muitos de seus seguidores, segundo Lacan, teriam se equivocado quanto a quem deveriam dirigir-se na análise, isto é, quem seria o sujeito do discurso. Acreditavam ter de acolher o ego, quando isto apenas reforçaria as resistências em jogo, já que estas provêm deste efeito imaginário.

Se elas surgem na análise, a partir do discurso, não caberia ao analista incitá-las. Ele deveria agir como um bom cozinheiro que destrincha um animal em seus pontos de menor resistência. Verificaremos, contudo, que tal prudência faltou até mesmo a Freud (1905 [1901]/1996). Pelo caso de Dora que o abandona dando fim à análise, após três meses de atendimento, enfatizaremos a noção de contratransferência, fenômeno poucas vezes mencionado por ele, mas retomado por Lacan ao apresentar a formulação sobre a resistência do analista. Investigaremos o motivo desta elaboração, e suas consequências na prática analítica.

Por fim, destacaremos o desejo que atravessa qualquer análise: o desejo de analista. Ao longo de sua análise pessoal, o analisante é capaz de encontrar-se com este desejo, o que

não significa que decidirá por empreender análises. Mas, se assim o fizer, sua experiência de encontrar-se com a falta de um significante que lhe defina, o que marca sua falta-a-ser, poderá levá-lo a sustentar o lugar de objeto, do qual deve operar.

Ratificando as articulações realizadas durante a pesquisa, recorreremos a dois fragmentos de casos de pacientes atendidas no ambulatório do IPUB, no decurso de dois anos. Esperamos que a leitura das inferências aqui propostas contribua, de algum modo, para o trabalho dos analistas.

CAPÍTULO 1. A especificidade da psicanálise em “território estrangeiro” e o conceito de transferência

1.1 A apropriação da psicanálise pela psiquiatria no âmbito da saúde mental

Tocarei de relance numa situação que pertence ao futuro. (...) haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados. (...) Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (...) Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material (...). No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (FREUD, 1919 [1918]/1996, p. 209-210).

A citação acima é surpreendente visto sua atualidade. Mais que um vidente, Freud revelava-se um visionário. Sua implicação na disseminação da psicanálise o fazia crer não só que ela estabeleceria residência em diversas partes do mundo, como também não se restringiria aos consultórios particulares.

De fato, desde muito cedo em sua história, a psicanálise já ocupava um lugar em estudos empreendidos por médicos no Brasil que trabalhavam em instituições psiquiátricas. Em 1914, foi redigida por Genserico Aragão de Souza Pinto a primeira tese brasileira de medicina a utilizar-se da psicanálise, a fim de demonstrar a base sexual na etiologia das doenças mentais (DUNKER, 2015).

Até então, a hereditariedade, a família, ou mesmo as condições culturais eram apontadas como as causas dessas patologias. Todavia, as ideias de Freud passaram a ser usadas para justificar uma reeducação médica dos costumes. A noção de sexualidade ganhou uma tônica repressiva. Era preciso tratar e punir quem se desviava da norma estabelecida pelo saber médico.

Nesse sentido, foi criada em 1923, por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, uma entidade civil que recebia subsídios federais, composta por importantes psiquiatras brasileiros. Em seu início, ela visava à reforma da assistência psiquiátrica a partir

do acolhimento dos doentes e modernização dos atendimentos; um embrião do movimento da reforma psiquiátrica que ocorreria mais de cinquenta anos depois (RIBEIRO, 1999).

Contudo, influenciados pelo contexto político e pela psiquiatria desenvolvida em outros países, como França, Estados Unidos e Alemanha, os diretores da Liga logo mudaram sua orientação na tentativa de “normalizar” a população, através de leis de coerção, aplicando, por exemplo, a esterilização sexual dos doentes mentais e a punição jurídica do alcoolismo (DUNKER, 2015).

Na década de 1920 até 1937, ainda não existiam formações psicanalíticas no Brasil. Se a psicanálise inseria-se no discurso psiquiátrico era como um meio suplementar de diagnóstico, diferentemente de ser tomada como um método clínico para tratamento. Ela era, assim, considerada uma especialidade da psiquiatria (RIBEIRO, 1999).

A partir do final da década de 1930 e, principalmente, após a segunda Guerra Mundial, psicanalistas imigrantes começaram a aportar no país. A psicanálise passou a configurar um novo tipo de abordagem da doença mental com características próprias, distinguindo-se da psiquiatria, devido ao engajamento dos psicanalistas em cursos de formação que levavam em conta o tripé: análise pessoal, fundamentação teórica e supervisão dos casos atendidos.

É significativo ressaltar, no entanto, que não há uma relação de extraterritorialidade entre a psicanálise e a medicina. Ao contrário, é por este campo que surgem as condições de possibilidade para a criação da psicanálise. Contudo, ao constituir-se como um saber proveniente do âmbito médico-científico, ela o faz por meio de uma operação de subversão deste campo, pela via do sujeito do inconsciente (ELIA, 2000, citado por LEITE, 2008).

Com o tempo, no esforço de filiar o nascente movimento psicanalítico brasileiro à Associação Psicanalítica Internacional (IPA), buscou-se comprovar a possibilidade de formações psicanalíticas autenticamente brasileiras. Em 1944, foi, então, formado por Durval Marcondes, médico psiquiatra, e Adelheid Koch, psicanalista refugiada judia, um grupo que acabou por inaugurar a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, ganhando, em 1945, o reconhecimento da IPA (DUNKER, 2015).

Interessados pelo pensamento freudiano e de seus seguidores, novos analistas foram surgindo. Entretanto, suas atividades restringiam-se ao contexto aristocrático e erudito ligado às famílias tradicionais e à universidade. Era no seio da população abastada e intelectual que a psicanálise desenvolvia-se, principalmente, com os atendimentos em consultórios privados.

Na esfera da saúde mental, muitos psicanalistas encontravam resistências para um exercício diferenciado. Durval Marcondes, ao tentar desenvolver uma escuta que fosse além da psiquiatria classificatória mediante o trabalho com o inconsciente, ouviu do diretor de um hospital psiquiátrico: “não é para estar dando confiança aos doentes. O senhor tem que realmente examiná-los, fazer sua observação clínica, fazer seus diagnósticos e pronto. Não tem que ficar aí nessas conversinhas a tarde toda com eles” (RIBEIRO, 1999, p. 48-49). A observação e controle do corpo era, assim, o tratamento visado nas instituições.

Foi apenas com a década de 1940 que a psiquiatria, principalmente, na Europa, começou a balizar-se por um contexto de “reliberação”, através de uma perspectiva social de igualdade e liberdade. Pela chamada “nova psiquiatria”, possibilidades foram sendo construídas, opondo-se à psiquiatria repressora que tomava a institucionalização como principal forma de tratamento. A necessidade de “desinstitucionalizar para cuidar” circulou como emblema pelo mundo (VENANCIO, 1993).

Cada país passou a ocupar-se de experiências que enfatizavam o vínculo do doente com a sociedade. Nos Estados Unidos, surgiram as comunidades terapêuticas. Na França, a psicoterapia comunitária, como modo de dar voz aos doentes mentais. Na Itália, no final da década de 1960, a psiquiatria democrática, tendo como principal representante Franco Basaglia.

No Brasil, foi na segunda metade da década de 1970 que ganharam força as críticas sobre o funcionamento dos hospícios e a ineficiência da assistência pública. Ao longo dos anos 80, a luta antimanicomial, liderada por usuários, familiares e trabalhadores, propiciou a visibilidade das condições de violência e abandono sofridos por internos dos hospitais psiquiátricos em todo o país. Além disso, este movimento denunciou também uma mercantilização da loucura ocorrida pela privatização da assistência em hospitais conveniados (AMARANTE, 2007).

A reforma psiquiátrica brasileira ocasionou, assim, reformulações institucionais e políticas, levando à implantação de serviços substitutivos ao modelo clássico e conservador. Os grandes hospitais deram lugar à redução de leitos com atividades de atenção diária. Centros e núcleos de atenção psicossocial foram sendo organizados, visando à eliminação do estatuto de exclusão de pacientes que sofrem de algum tipo de transtorno mental (DUNKER; NETO, 2004).

Nessa medida, a assistência psiquiátrica, que antes seguia o rumo do fisicalismo e organicismo, adquiriu um novo perfil, constituindo-se como um “campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, no qual diversos saberes e práticas se entrecruzam” (RINALDI, 2006, p. 142). É deste novo cenário que os psicanalistas passaram a participar de modo mais amplo, principalmente, apoiados no ensino de Lacan, que sustentando um “retorno a Freud”, assegurou uma formação deslocada do modelo hierárquico preconizado pela IPA, bem como uma compreensão da psicanálise em articulação desde sempre com o coletivo (LEITE, 2016). Veremos como sua operação faz-se possível nas instituições de saúde mental.

1.1.1 A clínica do sujeito nos ambulatórios psiquiátricos especializados

A psicanálise, distinta da psiquiatria pela forma como aborda a clínica – clínica do sujeito –, instituiu-se como uma experiência original, diferindo-se também da psicologia conceituada enquanto uma terapêutica (VICTOR; AGUIAR, 2011). Segundo Lacan, a terapêutica consiste no “restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise” (LACAN, 1967/2003, p. 251).

Sem balizar-se pela busca de restaurar um estado de bem-estar do indivíduo, a psicanálise encontra seu lugar junto ao que escapa às respostas do saber científico. Calcada na escuta do inconsciente, a partir do singular de cada caso, ela aposta que a queixa sobre o sofrimento humano possa desdobrar-se em um querer saber que não está dado ou escondido, pronto para ser cooptado.

O conceito de sujeito torna-se, assim, fundamental. Distinto da noção de indivíduo, como aquilo que não se divide, isto é, unidade identificada com a consciência e sob o domínio da razão, o conceito de sujeito inclui o reconhecimento da distância entre demanda e desejo (LEITE, 2015). Entre aquilo que o paciente pede e o desejo inconsciente que pode surgir através da enunciação, há uma hiância que evidencia o “desejo enquanto desejo de outra coisa” (LACAN, 1960-1961/1992, p. 42). Demandar e desejar não se coadunam. Esta é a lógica do sujeito dividido que Lacan explora, enquanto um efeito da linguagem.

A este respeito, Cesarotto (2009) utiliza o exemplo do lapso de língua, cuja manifestação não ocorre pela racionalidade do falante. Ele não se reconhece naquilo que expressou de modo inesperado e inoportuno. Antes de pronunciá-lo havia a aparência de o

emissor ser dono de si. Após a locução, contudo, ele encontra-se ultrapassado pelo significante. A intencionalidade é, assim, superada pelo dizer, ficando-se sujeito à capacidade da linguagem de enunciar mais que o esperado, constituindo um desejo do qual não se sabia. O sujeito é, portanto, “determinado pelo Outro, nome dado a tudo aquilo pelo qual ninguém chega a dominar plenamente os efeitos de suas palavras e atos; o resultado final é sempre algo distinto daquilo que foi visado ou previsto” (CESAROTTO, 2009, p. 33).

Para Tenório (2001), esta clínica do sujeito difere da atenção psicossocial, emblemática pelas modificações que representa na área da saúde. Mas, elas podem coexistir, desde que os responsáveis pelo segundo campo evitem impor ideais próprios aos doentes, aos quais eles não podem corresponder, e não considerem que sua prática torna menos importante o trabalho subjetivo com a palavra. Ao analista cabe reconhecer também os limites da psicanálise, recorrendo, quando necessário, a outros profissionais.

Nesse sentido, observa-se como é possível o encontro da psicanálise com diferentes ações pelo lugar que vem encontrando para sua operação nos novos dispositivos de saúde mental, desde o final do século XX. Dentre eles estão, em grande medida, os ambulatórios especializados (RINALDI, 2002). O primeiro deles, o ambulatório Rivadávia Correa, foi criado em 1918, localizado no Rio de Janeiro. Sendo o primeiro ambulatório especializado em psiquiatria, fazia parte da política assistencial de higiene mental, tendo como objetivo a prevenção do desenvolvimento de transtornos mentais (SANTOS, 2007).

A partir dele, novos ambulatórios psiquiátricos passaram a surgir e a expandir-se, ganhando diferentes contornos, principalmente, com as mudanças advindas pela reforma psiquiátrica. Inicialmente, a proposta de “ambulatorização” buscava seguir uma inovação, constituindo-se como um serviço alternativo ao modelo asilar. Contudo, a assistência foi abstenendo-se de um suporte crítico que pudesse questionar os efeitos negativos que perduravam nos hospitais psiquiátricos, como a estigmatização dos pacientes, a hierarquização entre os membros das equipes e o imperativo do saber médico (SANTOS, 2007).

Desse modo, além de não contribuírem para a desativação dos manicômios, suas atividades centravam-se em consultas médicas e psicológicas que visavam à eliminação de sintomas. Para Tenório (2001), a dificuldade de efetivação dos ideais da Reforma nos serviços ambulatoriais dificultou seu reconhecimento como um dispositivo essencial no tratamento. Sua importância capital ocorre visto que, com a redução de leitos psiquiátricos, são os ambulatórios especializados que acolhem a maior parte das demandas em saúde mental.

Todavia, é um fato que a realidade vivenciada por muitos profissionais ainda é marcada pela rígida estrutura das instituições atravessada pelo saber médico. Acrescenta-se a isto, a manutenção dos “especialismos”, através dos quais cada área de atuação permanece isolada dominando um dado assunto (RINALDI, 2002). Essa forma solitária de trabalho encontra no ambulatório um meio propício para estabelecer-se, já que ele representa o próprio consultório particular tornado público; faculta o ir e vir, preservando uma adesão ao tratamento e o sigilo necessário, reservando também certa autonomia ao profissional (FIGUEIREDO, 1997).

Este pode tentar manter-se apartado do trabalho desenvolvido por outros com seus pacientes. Um médico, por exemplo, é capaz de não ter contato com os psicanalistas que dividem com ele o mesmo ambulatório por julgar que apenas a medicação é eficaz enquanto tratamento. Um psicanalista, por outro lado, pode crer que a medicação psiquiátrica acarreta, em todo e qualquer caso, efeitos iatrogênicos que obstaculizam o trabalho com o inconsciente.

Tal postura, no entanto, não assegura ao profissional que ele possa ter controle sobre as consequências produzidas pelos diversos saberes em jogo. Querendo ou não, seu trabalho é perpassado por eles. Nessa perspectiva, torna-se importante para nós, no âmbito psicanalítico, discutir qual o lugar que concerne à psicanálise nos ambulatórios públicos psiquiátricos.

Segundo Figueiredo (1997), o psicanalista que convém nesses serviços não é o inconveniente ou o convencido. Não é aquele que entra em conflito com outros saberes por considerar seu ofício superior. Nem mesmo, é o conveniente que, para evitar atritos na instituição, recua frente ao que tem a dizer. O analista que condiz com sua ética é aquele que convive, sabendo atravessar o desafio instaurado pela política institucional, fazendo de sua diferença uma especificidade, e não uma especialidade.

Leite (2006), ao discutir esta temática, contribui para pensar como a caricatura do especialista é valorizada em nossa sociedade. Técnicos que são capacitados por suas formações acadêmicas a responderem por um determinado campo de conhecimento estão cada vez mais inseridos na área da saúde mental.

É por esta lógica que os psicanalistas são também convocados a ocuparem um posto de especialista. Pode-se, até mesmo, levantar a hipótese de que os chamados cursos de especialização em psicanálise respondam, de alguma forma, a este apelo. O ambulatório, por meio do qual esta pesquisa pôde desenvolver-se, agrega, por exemplo, os chamados alunos do

curso de especialização em clínica psicanalítica que, após a conclusão de seus dois anos de experiência, ganham, literalmente, um certificado de especialistas.

Ao seguir os passos de Freud e Lacan, percebe-se a inconsistência deste título², pelo qual através do discurso universitário, explicitado por Lacan (1969-1970/1992) com o matema abaixo, o psicanalista-aluno é alçado ao lugar de fazer trabalhar os significantes, a partir de um “tudo saber”. Lacan criou um neologismo para dizer que, nas ciências humanas, o estudante sente-se “*astudê*” (a + estudié) (p. 98), “a-studado”, como um objeto agido pelo saber, porque como todo trabalhador ele tem de produzir alguma coisa, e o faz neste discurso ocupando, enquanto (a), o lugar do Outro. O saber (S2), na posição de agente do discurso, exprime certa tirania pela pretensão de objetificar o outro, de modo a produzir um sujeito (\$) dissociado do significante mestre (S1), verdade recalçada impossível de ser toda dita.

$$\begin{array}{ccc}
 \text{Discurso do Universitário} & & \\
 \text{agente} & \text{Outro} & \\
 \frac{S_2}{S_1} & \rightarrow & \frac{a}{\$} \\
 \text{verdade} & & \text{produção}
 \end{array}$$

Desse modo, o que resta ao outro é a evocação de enunciados dos quais ele não é o produtor, mas sim o reproduzidor. O paciente passa a repetir o que foi decidido para ele, e não por ele (JORGE, 2002). Nesse sentido, torna-se imprescindível que o psicanalista possa destacar-se desta posição de detenção de um saber que obtura a possibilidade de expressão da verdade como causa da estrutura significante; verdade esta foracluída pela ciência³ (LACAN, 1966a/1998).

Assim sendo, a crítica à nomeação de analistas enquanto especialistas não recai em si sobre o título que estes possam adquirir, mas sim sobre seus efeitos, isto é, como cada analista irá responsabilizar-se pelo modo como se autoriza em sua prática. Foi com esta preocupação, desde o início de seus estudos, que Lacan pôde dizer que os pós-freudianos – criticados por buscarem em suas formações um saber que os assegurassem – somos nós. A cada vez, somos nós a resistirmos ao campo da fala e da linguagem pela aversão ao que de estranho possa aparecer (LACAN, 1953a/1998).

² Atrelado à mesma lógica institucional é concedido, por cursos de mestrado e doutorado, os títulos de Mestre e Doutor em psicanálise.

³ Para Lacan (1969-1970/1992, p. 97), o discurso universitário “é o que mostra onde o discurso da ciência se alicerça”.

Se, contudo, o psicanalista mantém seu “desejo de insistir com a psicanálise” (LEITE, 2008, p. 91), é possível um deslocamento da especialidade à especificidade pelo reconhecimento do campo específico da escuta do inconsciente. Entretanto, como realizá-la fora de seu “habitat natural”? Como prescindir dos artificios encontrados nos consultórios privados, inserindo-se na realidade dos ambulatórios públicos de saúde mental? Como não perder a singularidade diante dos outros saberes?

Estas questões perpassam o trabalho do psicanalista em diferentes instituições há décadas. Muitos não concordam que os atendimentos realizados na rede pública são legitimamente análises. Não há, todavia, como negar que existam mudanças no ambiente clínico, se comparado à técnica tal qual elaborada, originalmente, por Freud.

Em um ambulatório, o tempo de duração das sessões, geralmente, é influenciado por diversos fatores burocráticos. Uma sala, por exemplo, é utilizada, muitas vezes, por vários profissionais, estabelecendo-se *a priori* um tempo de uso para cada um deles. Também é comum, sobretudo em instituições universitárias, a predeterminação da duração do tratamento com cada psicanalista, já que, como alunos, eles permanecem no ambulatório por um tempo definido (GOIDANICH, 2001).

Em minha experiência, por estarem cientes desta forma de funcionamento, vários pacientes comentavam já saber no início da análise sobre quando seria seu encerramento, e como a rotatividade dos profissionais os afetava. Uma analisante, a este respeito, disse, uma vez, que tantos analistas passaram por ela que não conseguia recordar-se de todos.

Além disto, há a ausência do pagamento diretamente feita ao psicanalista que recebe seus honorários através do governo ou na forma de títulos, como é o caso de estágios ou cursos de pós-graduação em que não existem as chamadas “bolsas-auxílio”. Era recorrente ouvir de alguns analistas no ambulatório que a impossibilidade de cobrarem as consultas em dinheiro de seus pacientes dificultava o manejo clínico sobre as frequentes faltas, inviabilizando o andamento das análises. Outro aspecto levantado é a inexistência do divã, tido como fundamental em sua função de interditar o olhar, de forma a dissipar a figura do analista, auxiliando a operação da associação livre. Sem este instrumento alguns consideravam inviável empreender uma verdadeira análise (FIGUEIREDO, 1997).

Retomando os dizeres de Freud (1919 [1918]/1996), com os quais iniciamos este capítulo, percebe-se que, mesmo sofrendo variações em seu *setting* “usual”, a “psicanálise estrita e não tendenciosa” seria capaz de florescer em diversos contextos. Como não recordar,

por exemplo, do caso Katharina atendida por Freud durante uma excursão feita por ele, para que “por algum tempo pudesse esquecer a medicina e, mais particularmente, as neuroses” (FREUD, 1893-1895/1996, p. 143)? Sentado no topo de uma montanha, aceitou a demanda da jovem histérica e começou por empreender ali mesmo, “a uma altitude superior a 2.000 metros” (ibid), uma análise. Outra razão, pela qual é possível pensar a expansão desta *práxis*, é que as características do enquadre analítico, descritas por Freud ao longo de artigos sobre a técnica, foram estabelecidas enquanto recomendações [*ratschläge*].

Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de ‘recomendações’ e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica (...) (FREUD, 1913/1996, p. 164).

Dessa forma, admite-se que a cristalização de regras e padrões não é garantia de um processo analítico. Lacan (1953a/1998) sempre censurou qualquer movimento que confundisse o rigor necessário e próprio à psicanálise com as minúcias no campo da prática. Para ele, uma formação que preconizasse um número específico de horas de análise, de seminários, de supervisões, etc., tal como um ritual, deslocaria a responsabilidade do analista para o seguimento de preceitos que levariam a certeza de que se está no fundamento correto da operação. Acreditar, por exemplo, que quem define o término de uma sessão é o relógio, pautado por um tempo cronológico, por uma lógica rigidamente demarcada e exterior à relação analítica, desimplica a decisão do analista de quando intervir e de como finalizar, a partir de um ponto que possa ressignificar uma frase, uma sessão, um tratamento.

Este modo de resgatar Freud, principalmente, ao transmitir a importância das sessões calcadas no tempo lógico – de acordo com a lógica do inconsciente –, levou Lacan, em 1961, a ter sua prática investigada por dois anos por uma comissão ligada à IPA, através de depoimentos dele e de seus analisantes. No final de 1963, ele aceitou romper com a Internacional por considerar que esta pregava uma psicanálise estruturada pelos discursos da ciência e da religião que tendiam a causar a ilusão de um poder-saber do analista sobre o sujeito (RAMOS, 2010).

Denominou, assim, seu desligamento de excomunhão, tal como Spinoza que por não renunciar a suas convicções foi censurado pelas autoridades judaicas de Amsterdã. Pelo

significante “excomunhão”, Lacan quis alertar sobre a cegueira religiosa e as influências de crenças próprias à estrutura de igreja propagada pela IPA.

Para Lacan (1953a/1998), seria a dimensão simbólica da palavra o instrumento de subversão e fundamento da ética em psicanálise, e dela não se poderia recuar. Com isso, afirma-se que o significante é a base para as condições mínimas de haver uma análise. Não sendo possível amparar-se em descrições técnicas, tal qual um manual, são essas condições que permitem reconhecer um trabalho analítico. Passaremos a abordá-las, a fim de discutir a possibilidade deste trabalho quando este é demandado na área da saúde mental.

1.1.2 As condições formais de uma análise

Um primeiro requisito a ser considerado enquanto condição mínima para o estabelecimento de uma análise é a suposição feita pelo analista da realidade psíquica (FIGUEIREDO, 1993). Segundo Freud (1900/1996, p. 554), “o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica”, sendo “uma forma especial de existência que não deve ser confundida com a realidade *material*” (p. 560). Entretanto, não se pode dizer que haja uma oposição entre psíquico e material. Freud (1897a/1996), quando escreveu a Fliess anunciando não acreditar mais em suas neuróticas, o fez a partir da desconfiança de que para além de uma realidade factual, em que excessivos abusos eram cometidos contra suas pacientes na infância, os relatos atrelavam-se a reminiscências provenientes de uma realidade psíquica.

Com isso, ao invés de desconsiderar o que poderia ser tomado como fingimento, já que não reproduzia o que de fato teria ocorrido em uma realidade partilhada por todos, Freud não apenas privilegiou a realidade psíquica, campo do desejo e da fantasia, como considerou que esta é a única realidade a interessar em uma análise. Segue um exemplo.

Na apresentação de um caso clínico em uma formação lacaniana, uma analista comentou sobre um erro quando sua paciente disse ter emagrecido 20 quilos, pois olhando para ela percebia-se que, na verdade, estava mais gorda. Eidelsztein (2015) argumentou como que capturada pela “carne” a analista deixou de dar valor à frase “emagreci 20 quilos”. Se tivesse mostrado interesse pelo modo como tal afirmação remetia-se à realidade psíquica da analisante, poderia ter questionado sobre o emagrecimento, já que seguindo a lógica do significante é possível, talvez, perder muito peso por uma boa notícia, sentindo-se aliviado.

O modo singular como os significantes encadeiam-se dependerá do posicionamento do analista, através de sua escuta. Não é a toa que Freud tenha conseguido apreender por diferentes pacientes a forma de estruturação da neurose. Sua atenção afastava-se do olhar e da confirmação empírica dos fatos, para a confiança no poder simbólico das palavras como promotor de modificações psíquicas.

Se o analista fia-se, assim, pela experiência do sujeito que chega a ele por uma narrativa, isto ocorre em associação com outra condição mínima de estabelecimento da análise que é o trabalho peculiar com o tempo (FIGUEIREDO, 1997). Assim como a realidade psíquica é a que concerne à escuta analítica, o tempo próprio à revelação desta realidade é também o que nos importa.

Para Freud (1933 [1932]/1996), a relação com o tempo é introduzido no Eu em função de sua relação com o sistema perceptual. É o modo de atuação deste sistema que origina a ideia de tempo. Vive-se através do compartilhamento de um tempo fixado que facilita nossas relações e trocas. A civilização não seria possível sem balizar-se por um tempo cronológico. Contudo, a escala diacrônica de passado, presente e futuro rompe-se no momento em que no encontro analítico outro regime presentifica-se: o da lógica do inconsciente.

Lacan (1945/1998) ao tratar disto destacou ser imprescindível que as sessões fossem reguladas por um tempo variável, seguindo a abertura e fechamento do inconsciente. Dividiu, assim, a manifestação deste tempo em três: instante de ver, tempo para compreender e momento de concluir. Esta separação não corresponde, contudo, a etapas sequenciais. Elas interpõem-se, à medida que a fala progride. Com efeito, a lógica deste tempo realiza-se pela descontinuidade, em que a urgência de concluir interrompe o tempo para compreender, através de um estreitamento que dura tão pouco quanto o instante de ver.

Regina, uma paciente atendida no ambulatório, questionou-se ao longo de algumas sessões acerca de um novo sintoma que considerava ser psicológico, já que exames médicos não detectavam a causa de seu mal-estar. Recorrentemente, tinha quadros de hemorragia mesmo fazendo uso de diferentes medicamentos e artifícios. Um dia, ao falar de como estava sentindo-se com seu namorado, comentou: “ele me deixa solta demais”. Surpresa, disse ter se dado conta de que em seu sangramento ficava *solta demais*.

Pelo relato é possível identificar que um tempo para compreender estendeu-se em direção a um momento de concluir. A fala sobre o sintoma deu lugar a um tempo de indagação e compreensão sobre sua causa. O que levava à hemorragia? Ao associar

livremente, um novo elemento entrou em cena, ressignificando em um “só depois” o que estava em jogo. Ao realizar por um momento o que a hemorragia falava sobre ela – estar solta demais – rapidamente concluiu, em uma duração tal qual o instante de ver.

Percebe-se, com isso, que a articulação do tempo com a fala segue uma lógica de corte, em que a conclusão provoca uma descontinuidade ao nível do significante, o que permite a assunção do desejo. Este modo de conceber o tempo em análise difere do tempo cronológico estabelecido na instituição. Entretanto, não se pode supor que isto inviabilize o processo analítico. Pelo contrário, é por afiançar-se à lógica do inconsciente, e não à lógica institucional, que é possível empreender uma análise em diferentes conjunturas, desde que seja garantida a escuta do analista calcada na aposta de produção de um saber inconsciente pela associação livre do falante.

Nessa medida, se os significantes “solta” e “demais” puderam reverberar no discurso é porque a transferência, em análise, estava atuante. Algo pôde retornar à paciente vindo do campo do Outro. Desse modo, a clínica psicanalítica “diz respeito à realidade psíquica e, para isso, provoca um modo peculiar de fala que se dá a partir da transferência, numa relação também peculiar com o tempo” (FIGUEIREDO, 1997, p. 126).

De fato, sem a instauração da transferência, uma análise não é viável. Ela configura, assim, uma terceira condição formal para o desenvolvimento do trabalho com o inconsciente. Freud apenas a percebeu dedicando-se à sua clínica após sua estada com Charcot na *Salpêtrière*, uma instituição para pacientes dos nervos. Foi, principalmente, lá, observando os tratamentos dispensados nos hospitais psiquiátricos da época, que ele fascinou-se pelo o que conhecemos como neurose, e conseguiu, prescindindo do olhar a favor da escuta, reconhecer como esta estrutura apresenta-se a partir da transferência.

Por isso, torna-se imprescindível deter-nos em um estudo mais pormenorizado deste fenômeno na obra de Freud e Lacan, a fim de que sejamos capazes, por meio disto, de discutir como a transferência apresenta-se na prática analítica em instituições de saúde mental, articulando-se às resistências que perpassam todo o tratamento.

1.2 O termo transferência e sua descoberta por Freud

A transferência, reconhecida como a mola mestra em psicanálise, foi utilizada pela primeira vez na obra freudiana como um termo genérico, enquanto sinônimo de deslocamento, no texto “Prefácio à tradução de *de la suggestion*, de Bernheim” (FREUD, 1888-9/1996). Nele, Freud comentou sobre um fenômeno chamado “*transfert*” que se caracterizava pela transferência da sensibilidade de uma parte do corpo para a parte correspondente do lado oposto, em pacientes histéricas.

Em “A interpretação dos sonhos” (1900/1996), ele retomou este sentido mais amplo da transferência. O trabalho do sonho ao servir-se de restos diurnos, lembranças de ocorridos do dia anterior, desloca a energia de elementos recalçados para esses restos que investidos de nova intensidade conseguem penetrar no conteúdo do sonho. Desse modo, ocorre uma realização de desejo, por meio da transferência de energia psíquica do recalçado para elementos de baixo valor psíquico, isto é, que mais facilmente escapam à censura do sistema pré-consciente/consciência.

Para Miller (1988), essa acepção da transferência diz respeito ao processo geral das formações do inconsciente, tal como ressaltada, posteriormente, por Lacan, através da noção de significante. O desejo expressa-se no sonho de forma disfarçada, mas também nos chistes, atos falhos, etc., por ligar-se a significantes esvaziados de significação que pela narrativa ganham uma nova significação. Esta ideia, já presente nos fundamentos da psicanálise, torna-se essencial ao trabalho analítico. Entretanto, a forma como a transferência aparece nestes dois textos não se refere ainda ao conceito formalizado por Freud, no tocante à relação do paciente com o analista. Vejamos como isto se estruturou.

Em 1900, Freud já estava desenvolvendo inovações técnicas no método catártico, elaborado doze anos antes por seu mentor Joseph Breuer. Pela influência do médico, dirigindo a atenção do paciente para o que não conseguia ser lembrado, a técnica de Breuer promovia uma ampliação da consciência, permitindo que o acontecimento fosse expresso verbalmente, por catarse, e os sintomas eliminados, através da ab-reação de afetos. Seria, assim, um preenchimento das lacunas de memória o que levaria ao fim dos sintomas (FREUD, 1910 [1909]/1996).

Freud (1910 [1909]/1996), entretanto, acreditava que esta teoria era insuficiente para explicar os fenômenos histéricos, já que não se sabia ainda o que acarretava a dissociação observada. Além disso, o método catártico necessitava da hipnose⁴ para que os pacientes tivessem acesso às ligações patogênicas que em vigília lhes escapavam. Desde o início de sua terapêutica Freud não era avesso à hipnose. Pelo contrário, buscava formas de aprimorá-la, a fim de acelerar o tratamento. Mas, ele não se restringia à cura. Mais do que um clínico, ele revelava-se um investigador. Tinha o afã de descobrir a causa dos sintomas. O que levava aqueles pacientes ao quadro de histeria?

Com essa finalidade, distinguia o uso que ele próprio fazia da hipnose. Evitava servir-se da sugestão hipnótica, pela qual a ordem do médico incidia diretamente contra as formas sintomáticas, com o objetivo de suprimir suas manifestações. Procurava, assim, de outra maneira, que os pacientes em hipnose fossem adiante em seus relatos. Falassem cada vez mais sobre o que poderia estar encadeado à doença neurótica (FREUD, 1925 [1924]/1996).

Sua suspeita inicial partia de experiências recolhidas com os pacientes que declaravam ter sido sexualmente seduzidos quando crianças por pessoas mais velhas. O trauma levaria a um encapsulamento da vivência, sendo ativada na adolescência em um período de maturidade sexual, ocasionando os sintomas. As neuroses, portanto, adviriam de construções psíquicas centradas em defesas contra o agente externo, sexual e traumático (FREUD, 1894/1996).

Contudo, a partir de 1896, sem ter muito êxito na prática da hipnose, Freud decidiu não mais utilizar-se dela. O método catártico, estando o paciente sob vigília, o faz perceber que era possível gerar um estado de “concentração” semelhante ao hipnótico por meio de pressões exercidas sobre a fronte dos doentes (FREUD, 1893-1895/1996).

Através de seus estudos, e com um aumento de relatos sobre abusos sofridos na infância por seus pacientes, principalmente, por homens mais velhos da família, Freud (1897a/1996) modificou sua teoria inicial da sedução, promulgando que o trauma vivenciado remetia-se, em um primeiro plano, não a eventos da realidade factual, mas sim a reminiscências originadas da realidade psíquica. As cenas fantasiadas e narradas tinham um cunho sexual geralmente relacionado aos pais, o que levou Freud (1897b/1996) a considerar que os neuróticos são um Édipo em potencial em suas fantasias, das quais recuam horrorizados com toda a carga de recalçamento que os separa de seus estados infantis.

⁴ Para maiores detalhes, consultar: CHERTOK, L.; STENGERS, I. *O coração e a razão* – a hipnose de Lavoisier a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 1990.

Dessa forma, sem a hipnose e reduzindo ao máximo a influência que exercia sobre os pacientes, ele começou a perceber que pensamentos involuntários, quase sempre sentidos como perturbadores e, por isso, ignorados, costumavam penetrar na trama da narrativa intencional. Estas ideias, postas de lado, derivariam das formações psíquicas recalçadas que conseguiam ser expressas por terem sofrido deturpações provocadas pelas resistências. Este mecanismo psíquico presente nas neuroses foi decisivo para o trabalho analítico como uma arte de interpretação, extraindo das associações não intencionais a solidez dos pensamentos recalçados (FREUD, 1904 [1903]/1996).

Citando Leonardo da Vinci, Freud (1905 [1904]/1996) utilizou uma comparação, por meio de fórmulas empregadas pelo artista, para destacar a antítese existente entre as técnicas sugestiva e analítica. Segundo Leonardo, a pintura trabalha *per via de porre*, depositando na tela cores ainda não presentes. Já a escultura funciona *per via de levare*, retirando da pedra o que estiver ocultando a estátua nela encerrada.

Freud concebeu, então, que a técnica da sugestão opera semelhante à pintura, *per via de porre*, pois acrescenta elementos à fala dos pacientes na espera de impedir a expressão de ideias patogênicas sem importar-se com a origem, força e sentido dos sintomas. Já o método analítico age conforme a escultura, *per via de levare*, uma vez que não pretende introduzir nada de novo nas manifestações sintomáticas, mas sim retirar delas o que pode estar em sua gênese, a fim de elidi-las.

Ademais, disse Freud, “se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque não tinha esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente” (FREUD, 1905 [1904]/1996, p. 244). A hipnose impedia o entendimento do jogo de forças presente na formação dos sintomas, já que rebaixava as defesas que promoviam o recalque. Quando o paciente retornava à vigília, as defesas intocadas restabeleciam-se, acarretando a restituição ou a produção de novos sintomas.

A resistência era importante, pois indicava a ação do inconsciente. Caso o analista não a percebesse ficaria cego sobre que pontos deveriam ser explorados. É por ouvir o que escapava ao discurso consciente que foi possível a Freud (1905 [1904]/1996) identificar o mecanismo da resistência com que os pacientes aferravam-se à doença, chegando a lutar contra a sua própria recuperação.

Para ele existiam três possíveis obstáculos à reminiscência. Um deles adviria do esgotamento do material investigado, não sendo mais necessário trabalhar sobre ele. O paciente deixaria, assim, de associar por não haver mais sobre o que falar. Outra vicissitude ocorreria quando o médico esbarrasse em uma resistência que apenas com o andar do tratamento poderia ser superada, referindo-se a uma nova camada de conteúdos que ainda não estaria disponível à averiguação (FREUD, 1893-1895/1996).

A barreira mais difícil, todavia, não se reportava ao material psíquico do paciente, mas sim à sua relação com o médico. Freud constatou que seu empenho e cordialidade funcionavam como um substituto do amor, o que acarretava a cooperação do paciente na elucidação das cadeias de pensamentos eróticos. Entretanto, se o vínculo estabelecido no tratamento era perturbado, o paciente passava a resistir às associações. Uma intercorrência possível decorria do deslocamento de representações aflitivas emergentes da análise para a figura do médico.

Um exemplo citado por Freud (1893-1895/1996, p. 292) é o de uma paciente que ao final de uma sessão teve um impulso de beijá-lo, o que a deixou em pânico e inerte para o trabalho analítico sem que ela soubesse o motivo. Insistindo para que a moça produzisse novas associações, ele percebeu que na origem da histeria apresentada havia nela um desejo recalcado de ser beijada por um homem que conhecera no passado.

Constatou, então, a conexão entre o primeiro e o segundo acontecimento, de modo que o desejo pelo homem, censurado, retornava como um desejo, também proibido, voltado agora a ele. Denominou, assim, esse deslocamento de transferência, afirmando que ela ocorre por uma falsa ligação, já que o afeto desligado da representação recalcada associou-se a uma nova representação, atual, isto é, à pessoa do médico (FREUD, 1893-1895/1996).

Resgatando o já exposto sobre o uso do termo transferência em “Interpretação dos sonhos” (1900/1996), percebe-se uma semelhança entre a produção de um sonho e a transferência, enquanto fenômeno manifesto na análise. Na elaboração do sonho a energia psíquica desloca-se do material recalcado para outros elementos, o que possibilita a expressão mascarada do desejo. De modo análogo, na análise, a libido tende a também transferir-se de representações recalcadas para aquilo que o analista vem a representar na fantasia do analisante. Essas operações aproximam-se pelo fato de ambas estarem sob uma mesma lógica, a saber, a lógica do inconsciente.

Por este viés, Lacan reservou uma parte de seu Seminário 11, “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964/1988), a fim de articular como a presença do analista está envolvida no conceito de inconsciente. O analista, enquanto função, não é exterior ao inconsciente do paciente. Pelo contrário, participa dele, ocupando um lugar na economia psíquica daquele que lhe fala, demandando algo.

Nessa medida, se “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, tal como ressaltado por Lacan (1964/1988, p. 25), a transferência será sempre transferência de significantes, e não transferência a partir de características empíricas do analista. Freud (1912a/1996) a este respeito declarava não saber muito bem o que levava uma pessoa à transferência com dado analista, e não com outro. Pode-se dizer que seu enlaçamento no discurso do analisante corresponde ao que este produz através de seus “óculos fantasmáticos”, ou seja, mesmo que o analista seja cauteloso quanto a não estimular a transferência, algum significante servirá para representá-lo, a partir da fantasia do analisante.

Este foi o ponto em que se fez a descoberta do fenômeno transferencial que, com o tempo, tornou-se um conceito fundamental da psicanálise. De fato, a transferência passou a ter um lugar de destaque no método analítico. A respeito do tratamento empreendido por Breuer a Anna O., em 1880, Freud obteve várias informações de seu mentor sobre o que se passara entre ele e a paciente, o que o auxiliou no entendimento do fenômeno transferencial. Segundo ele (1914a/1996), Breuer utilizava um profundo *rapport* sugestivo, o que parecia servir de protótipo do que seria a transferência.

O excesso de zelo dispensado por Breuer neste caso particular fez com que sua esposa chamasse sua atenção para um provável envolvimento entre ele e a paciente. Tomando as excessivas exigências de Anna O. como inconvenientes ele pôs fim aos atendimentos, considerando a melhora da doença. Foi chamado, contudo, às pressas pelo aparecimento de um novo sintoma. Ela estaria tendo um parto histérico, anunciando que o filho era dele. Com a hipnose ele conseguiu eliminar o sintoma, mas, perplexo, interrompeu qualquer investigação subsequente. Foi Freud quem retomou o ocorrido, suspeitando que seu mentor percebera a motivação sexual implicada na transferência, mas, por não estar familiarizado com a natureza universal desse fenômeno, deixou escapar a possibilidade de estudá-lo (FERREIRA, 2004).

Entretanto, o próprio Freud também se deixou enganar. Em 1901, ao atender Dora, não compreendeu a tempo o lugar que ele estava ocupando na transferência. De início, julgava estar substituindo o pai da jovem, já que ela mesma comparava-os conscientemente. Depois de um primeiro sonho em que conta ter deixado a casa do senhor K., Dora anunciou

que iria interromper o tratamento. Não conseguindo contornar a situação, Freud considerou que não esteve atento aos primeiros sinais de transferência que já se apresentavam com outra parte do mesmo material ainda ignorado por ele (FREUD, 1905 [1901]/1996).

Cogitou que se tivesse falado sobre a transferência entre o senhor K. e ele, Dora poderia ter se voltado para detalhes do vínculo analítico que esconderia algo correlativo sobre o senhor K. Sem saber quais eram as características que o fizeram entrar na série transferencial, Freud afirmou que por conta delas Dora vingou-se dele, abandonando-o como queria ter feito com senhor K.

A transferência seria, portanto, uma reedição de fantasias ativadas, tendo como aspecto principal a substituição de uma pessoa anterior pela do médico. As experiências psíquicas passariam a ser revividas, não enquanto remetidas ao passado, mas fazendo parte do relacionamento com o analista. Nessa medida, segundo Freud (1905 [1901]/1996), Dora rompeu com a análise, reproduzindo com ele sem notar o que gostaria de ter efetuado com o senhor K. Atuou, assim, uma parte fundamental de suas fantasias, ao contrário de rememorá-las no tratamento.

1.2.1 Repetição, resistência e sugestão: três faces de um mesmo fenômeno

Segundo um recorte realizado por Miller (1988), a transferência assume no decorrer da obra freudiana três diferentes valores. O primeiro deles é a repetição. Ao examinar, por exemplo, o caso da paciente que queria beijá-lo, e também o de Dora, Freud percebeu que cada indivíduo possui inúmeras representações psíquicas que servem como modelos. Quando uma nova relação é estabelecida com alguém, este passa a ser incluído nessa série de imagos constituída pela pessoa ao longo da vida. Esses “estereótipos” vão, desse modo, repetindo-se, indefinidamente, sem que a pessoa reconheça este mecanismo que é, em última instância, a transferência.

Por esse motivo, Freud chamou a atenção para o fato de que o trabalho analítico não gera a transferência, já que ela mesma aparece em outros vínculos do paciente. É, assim, um fenômeno inerente à neurose, isto é, o modo singular do neurótico conduzir-se na vida amorosa (FREUD, 1905 [1901]/1996).

Contudo, na análise a transferência ao evidenciar-se ganha uma nova conotação. A libido do paciente, conforme ele endereça sua fala ao analista, entra em um curso regressivo, revivendo imagens infantis. O tratamento tentaria seguir o caminho percorrido pela libido, tornando-a reconhecível. Na medida em que ela é encontrada surge uma oposição, já que as forças que levaram à regressão libidinal passam a dirigir-se contra o trabalho analítico. Algo do material inconsciente serviria, desse modo, para ser deslocado à figura do médico, realizando-se a transferência que se anunciaria por sinais de resistência, como a interrupção do livre associar (FREUD, 1912a/1996).

O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalcou, mas expressa-o pela atuação (...). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo. Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico (...). Antes de mais nada, o paciente começará seu tratamento por uma repetição deste tipo (...). Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar (FREUD, 1914b/1996, p. 196-197).

Depreende-se disto que a transferência corresponde a uma parcela da repetição, e que a própria repetição é uma transferência do anteriormente vivido e recalco, em que o analista imanta as cargas liberadas pelo recalco (ibid). Se Freud afirmou que ao longo da análise é impossível ao paciente fugir de uma compulsão à repetição é pelo fato de que isto é gerado pela própria oferta de escuta do analista.

Ao calcar-se na regra fundamental, pedindo que o paciente possa falar tudo o que vem a mente, o analista provoca a ação das defesas, pois a associação livre incita a expressão do recalco. O que serve para vincular-se ao analista é empurrado para a consciência, interrompendo-se o livre recordar, dando lugar à repetição na forma de atuação pela via da transferência. Dessa forma, a repetição vincula-se a uma segunda forma de revelação da transferência, que é a resistência (MILLER, 1988).

Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (...), pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta de lado. Se à medida que a análise progride a transferência se torna hostil ou intensa o recordar abre caminho para a atuação. O paciente retira do passado armas para se defender contra o

progresso do tratamento, armas que temos que arrancar uma a uma (FREUD, 1914b/1996).

É, portanto, pelas resistências dos pacientes que Freud reconheceu a transferência. Renunciando à hipnose, ele acabou por se deparar com as defesas que se interpõem à fala, e a partir delas chegou à transferência. Em vista disso, um paradoxo foi estabelecido. A transferência, que serve tão admiravelmente como resistência, é também o que facilita as confissões conseguidas pelo analista.

Ela seria como um espaço propício a estender-se em liberdade quase completa, em que se espera que apareça tudo relativo ao material patogênico que jaz oculto. Geralmente, os sintomas passam a ganhar um novo significado transferencial e a neurose é substituída por uma “doença artificial” que poderá ser curada pela análise (FREUD, 1914b/1996). A neurose de transferência seria, portanto, endereçada ao analista, enquanto artifício - e, por isso, chamá-la de artificial -, fazendo com que as questões que originaram a doença pudessem ser tratadas pela repetição com o analista dos mesmos empecilhos neuróticos tornados padrões e que levaram o paciente a buscar tratamento (GOLDENBERG, 2014).

De início, a transferência não se faria notar, sendo por algum tempo o mais poderoso móvel a favor do trabalho analítico. Tenderia, contudo, com o tempo, a evidenciar-se, através do que Freud (1912a/1996) chamou de transferência negativa. Sentimentos hostis voltados ao analista levariam à rejeição de interpretações, atuações e, até mesmo, o abandono da análise, como o caso de Dora.

Já uma transferência positiva, porém erótica, revelaria um enamoramento, pelo qual o paciente, repentinamente, perderia o interesse no tratamento, exigindo retribuição do amor sentido. Essa intensa atração provocaria o deslocamento do trabalho com o material inconsciente para a relação com o analista, servindo à resistência. Desde muito cedo, como vimos, Freud deparou-se com esse fenômeno e em seus artigos ditos técnicos descreveu orientações quanto à postura analítica diante dessas manifestações.

Para ele, seria inadmissível que o analista correspondesse a esse amor. Ele precisaria identificar que a excitação do paciente não era motivada por seus encantos, mas sim pela situação da análise. Não deveria, portanto, rebaixar-se ao nível de amante, destituindo-se de sua posição. Todavia, levar o paciente a renunciar ou sublimar suas pulsões também não era uma solução. Isto equivaleria a trazer o recalado à consciência para, novamente, recalá-lo (FREUD, 1915 [1914]/1996).

O caminho a ser seguido pelo analista não teria modelo no cotidiano. Sem rechaçar o amor endereçado a ele, necessitaria recusar-lhe qualquer correspondência. Freud sempre alertou sobre a possibilidade, e mesmo a ocorrência de tratamentos em que o analista utilizava-se de sua autoridade para influenciar seus pacientes. Sobre isso, disse:

recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 207).

Segundo Birman (2010), o poder médico atrelado às práticas distintas da psicanálise continuou a acossar Freud mesmo com as inovações técnicas propostas pelo método analítico. O abandono da hipnose não levou ao fim da sugestão, que passou a aparecer na forma de transferência.

Na época de Charcot, por volta de 1885, antes, portanto, do advento da psicanálise, a potência terapêutica era considerada inerente à hipnose. Sem ela, os médicos não eram capazes de exercer domínio sobre os sintomas de seus pacientes. Através de pesquisas de Bernheim e sua equipe, em 1889, esta consideração modificou-se pela constatação de que, na retaguarda da hipnose, estava a sugestão, sendo ela a responsável pela influência do hipnotizador sobre a pessoa hipnotizada (FREUD, 1889/1996).

Freud (1916-1917c/1996), com suas investigações subsequentes acerca da transferência, avançou. Desvendou ser ela o alicerce da hipnose e da própria sugestão. Se há alguma forma de influir sobre uma pessoa, isto se dá a partir do fenômeno transferencial. Dessa forma, a sugestibilidade presente na neurose é, de fato, uma inclinação à transferência. Ela teria escapado aos outros médicos por desconhecerem que na origem da sugestão encontra-se a atividade da libido, estudada por Freud através da sexualidade.

Nesse sentido, pode-se dizer que a sugestão é uma terceira forma encontrada de a transferência expressar-se (MILLER, 1988). Contudo, mesmo que ela esteja na base da sugestão, as duas não se equivalem em um trabalho analítico. A psicanálise não se confunde com a técnica sugestiva, como exposto anteriormente, já que esta caracteriza-se pelo embate entre a autoridade do médico e a doença. O paciente acata o que lhe é proposto ou abandona o tratamento. Para Freud (1913/1996), uma clínica baseada em sugestão poderia levar ao fim

dos sintomas, por conta da transferência envolvida. Mas, dissolvida a transferência, o poder sugestivo perderia força, acarretando novos sintomas.

Por outro lado, o tratamento analítico dedica-se à fonte do mal-estar e ao trabalho com as resistências. Não basta que o paciente rememore o que foi vivido outrora, na presença do analista, transferindo a ele a carga libidinal mobilizada no processo. É necessário dar tempo para que as resistências surjam e possam ser transpostas pelo manejo transferencial (FREUD, 1913/1996).

Desse modo, a libido implicada na transferência é utilizada na análise para a superação das resistências, sendo esta a principal característica que diferencia a *práxis* psicanalítica de outros tratamentos (MAURANO, 2006). Se do analista é exigido muita habilidade e abnegação própria, já que é preciso reconhecer em que pontos a situação de transferência remonta ao passado (FREUD, 1916-1917b/1996), veremos, mais especificamente, por meio da interpretação realizada por Lacan, como o analista é enlaçado à transferência e como ela enseja o trabalho de escuta.

1.3 A cena analítica: um amor que se dirige ao saber

Em seu primeiro Seminário intitulado “Os escritos técnicos de Freud” (1953-1954/1985), Lacan retomou a elaboração da técnica analítica, tal como empreendida pelo pai da psicanálise. Entretanto, ele foi além. Estabeleceu, principalmente, uma forte e contundente crítica que pode ser observada ao longo de toda a sua obra, acerca de algumas leituras realizadas por diferentes autores sobre os escritos freudianos.

Um dos pontos-chave levantado por Lacan diz respeito à consideração feita, por exemplo, por estudiosos das relações de objeto. Para eles, o tratamento analítico ocorreria através de uma relação intersubjetiva entre o analista e o paciente, isto é, por uma relação dual. Segundo Lacan, um equívoco de grandes consequências, já que um dos maiores achados de Freud foi identificar que na análise não há somente o paciente e o analista, convocado com sua presença a ocupar um lugar pela demanda endereçada a ele. Se há dois na experiência analítica, analisante e analista, há também um terceiro. Em um primeiro momento de seu ensino Lacan disse tratar-se da palavra.

De fato, Freud (1905/1996) ao remeter-se à situação psicanalítica salientou que “as palavras são o mediador mais importante da influência que um homem pretende exercer sobre o outro; as palavras são um bom meio de provocar modificações anímicas naquele a quem são dirigidas” (p. 276). Lacan (1953-1954/1985) ao refinar tais dizeres declarou que a palavra é “essa roda de moinho por onde incessantemente o desejo humano se mediatiza, entrando no sistema da linguagem” (p. 208). É em vista disto que a transferência ao constituir-se implica o ato de palavra, cada vez que um homem dirige-se a outro.

Esta transferência simbólica, já que envolve este terceiro, não se evidencia, contudo, desde o início da análise. Há em seu começo, em uma “primeira fase” (ibid, p. 215), um âmbito da transferência implícito. Lacan diferenciou na transferência simbólica a função do imaginário vivida como uma espécie de catástrofe subjetiva, na qual o eu parece perder seus limites no encontro com o outro.

O plano imaginário da transferência remeteria às dificuldades encontradas na análise desde Freud, enquanto resistências, o que foi destacado, anteriormente, neste trabalho. Para Lacan (1953-1954/1985), foi no intuito de precisar essa dimensão transferencial que se forjaram noções como a repetição de fatos antigos, inconscientes, através de um acionamento de reintegração imaginária da história, pela qual o passado seria revivido com o analista através do desconhecimento pelo analisante de que aquela situação era uma reprodução e não uma novidade.

Um exemplo dado por Freud (1905 [1901]/1996) é o de Dora, que se detém no tema da fumaça do charuto dele quando se trata de falar da impotência do pai. O interesse que o analisante teria no analista remete-se, assim, ao plano de uma economia narcísica, enquanto amor-paixão. Ou seja, no enamoramento pelo analista, *Verliebtheit*, o que se ama nesse amor é “seu próprio eu realizado ao nível imaginário” (LACAN, 1953-1954/1985, p. 167).

Este jogo especular é o primeiro tempo da transferência. O analisante tem uma relação com seu analista a partir de um significante privilegiado denominado Ideal do Eu, sendo por este ideal que ele sente-se completo e amado. É, portanto, do ponto desse Ideal do Eu que o analisante espera ser reconhecido pelo analista, o que lhe propicia sustentar-se em uma relação dual satisfatória ao nível do amor. Entretanto, esse amor é essencialmente tapeação, enquanto miragem especular. Situa-se em referência ao prazer necessário para introduzir uma perspectiva centrada no Ideal do Eu, posto em algum lugar do Outro, de onde esse Outro olha o indivíduo da forma como lhe agrada ser visto (LACAN, 1964/1988).

No Seminário 1, Lacan (1953-1954/1985) já descrevia a função de tapeação na análise ao citar Santo Agostinho. Sustentava que a palavra ao ser proferida ou ouvida estava sempre no registro da equivocação, da tapeação, da mentira. Ela carrega uma ambiguidade não somente semântica como subjetiva, o que faz com que aquele que diz algo pode não saber o que diz, ou ficar além, ou aquém do que queria dizer. Esta particularidade aparece pela transferência na dimensão da palavra remetida ao analista. É, por isso, que para Lacan só poderia haver transferência de significantes e não de sentimentos. São os significantes que formam o saber não sabido do inconsciente, e é isto que está em jogo na análise (FERNANDÉZ, 1994).

Pela associação livre buscam-se cortar as amarras da comunicação com o analista, rompendo relações de cortesia e obediência próprias do viés imaginário. É para que o analisante encontre mobilidade no universo da linguagem que o analista engaja-o a associar livremente. A partir disso que Freud percebeu a revolução de sua técnica. Com Lacan (1953-1954/1985), pode-se dizer que ao falar o analisante acomoda seu desejo em presença do analista, o que permite a revelação de seu imaginário truncado. Descortinam-se, dessa forma, trechos na história do analisante que ficaram recalçados. Buracos nos quais se produziu o que chegou de relance ao discurso, mas foi rejeitado.

É por não ter conseguido realizar-se enquanto revelação que a palavra serve na transferência à comunicação ao analista. Nesse sentido, ela torna-se vazia, tomando como referência o outro da relação. Não ocupando o lugar de outro semelhante, o analista proporciona a reconstrução da história do analisante; o aparecimento da palavra plena como verdade do sujeito. O importante, dessa forma, não é a recordação dos eventos formadores de sua existência, mas sim a reestruturação de sua história de forma narrada no presente, dirigida ao analista.

No Seminário 8, Lacan (1960-1961/1992) dedicou-se a dar continuação ao tema da transferência, relacionando-a ao amor. Apropriou-se do texto “O Banquete”, de Platão, para utilizar uma metáfora, pela qual Alcibíades compara Sócrates a um sileno, tipo de estátua que guarda em seu interior um objeto mágico, um *agalma*. Este termo grego, traduzido por ornamento ou tesouro, representa algo que fascina. Neste Seminário ele tornou-se o pivô da conceituação lacaniana de objeto causa de desejo, mais conhecido como objeto (a), do qual trataremos mais adiante.

Capturado por este objeto, Alcibíades, quando jovem, tentou de todas as formas seduzir Sócrates. O *agalma* constituía, assim, o objeto de seu desejo. Lacan comparou, então,

a questão do amor desenvolvida no texto com a situação analítica, enfatizando a dimensão do não saber: “aquele que vem ao nosso encontro, partindo desta suposição de que não sabe o que tem – já está aí toda a implicação do inconsciente, do *ele não sabe* fundamental” (1960-1961/1992, p. 45).

Pelo jogo do encontro amoroso, o amante, *érastès*, busca algo que lhe falta sem saber precisar o que é. Mesmo sem sabê-lo, é no amado, *érôménos*, que espera encontrar. O amante é atraído pelo objeto precioso que julga escondido no amado, sem que mesmo este saiba o que tem. Contudo, o que falta a um não existe no outro, e para Lacan nesta discordância encontra-se toda a problemática do amor.

No Banquete, Alcibíades irrompe em meio a uma festa fazendo uma confissão pública. Elogia Sócrates na frente dos demais, contando suas investidas fracassadas em torná-lo seu amado, seu objeto de amor:

é que de todos os meus apaixonados, tu me parecees ser o único digno de mim; porém dás-me a impressão de que tens acanhamento de declarar-te. O que eu acho é o seguinte: fora rematada tolice não te fazer a vontade, tanto nisso como em tudo o mais de que necessitares (...). Nada para mim é tão importante como cuidar, com o maior empenho, do meu aperfeiçoamento, sendo certo que nesse particular ninguém me poderá ser mais útil que tu (PLATÃO, 380 a.c./2011, p. 189).

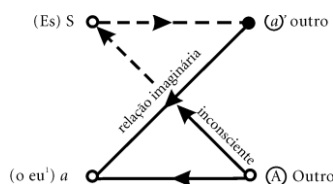
Sócrates discorda ter algo a dar. Sabe que não o tem. Contudo, Alcibíades não crê nisso. Oferece-se, desse modo, como objeto a ser amado na expectativa que Sócrates assim o tome para si. Sem consegui-lo e considerando ter sido rejeitado em sua devoção, Alcibíades passa a alertar Agatão, o novo investido de Sócrates, que com ele ocorrerá o mesmo (LACAN, 1960-1961/1992).

Entretanto, todos riem de seu discurso. Segundo Sócrates, o objetivo era torná-lo malvisto por Agatão. Aponta que Alcibíades estaria convencido de que ele, Sócrates, deveria amá-lo. Porém, isto era um embuste. Na verdade, ao colocar-se como objeto a ser amado o que Alcibíades visava era encontrar “o mais útil para seu aperfeiçoamento”. Nesta busca, a falta em Alcibíades denunciava-se. Sócrates destacou, ainda, que o discurso não se remetia a ele, mas a Agatão. Se ele tinha tomado Agatão em seus braços, Alcibíades considerava que este tinha algo a dar a Sócrates. Alcibíades buscava, nesse sentido, conquistar com seu discurso Agatão. Era a ele que seu verdadeiro desejo dirigia-se.

Se havia um saber em Sócrates, este concernia apenas ao entendimento desta dinâmica: como porta-se o desejo. Segundo Lacan (1960-1961/1992), a intervenção de Sócrates possuía, estruturalmente, todas as características de uma interpretação analítica. Sem desviar-se do apelo feito a ele por Alcibíades, apontou que o desejo em questão estava para além de si.

É, neste sentido, que Lacan, apropriando-se de Hegel, enunciou que o desejo é sempre desejo do Outro. “O próprio desejo do homem (...) é desejo de fazer seu próprio desejo reconhecido. Ele tem por objeto um desejo, o do outro, no sentido de que o homem não tem objeto que se constitua para seu desejo sem alguma mediação” (LACAN, 1946/1998, p. 183). Isto quer dizer que a intenção do discurso de Alcibíades era alcançar o que considerava ser o objeto de desejo de Sócrates, Agatão. Por isso, no amor, bem como na transferência, a estrutura depende de três lugares. “É preciso ser três para amar, e não apenas dois” (LACAN, 1946/1998, p. 171), já que na relação do analisante com o analista intervém o Outro.

Como Sócrates, é o analista que sabe a quem se destina a demanda, não se colocando no lugar de outro especular. “Se a palavra é tomada como ela deve ser, como ponto central da perspectiva, é numa relação a três, e não numa relação a dois, que se deve formular, na sua completude, a experiência analítica” (LACAN, 1953-1954/1985, p. 20). Pode-se afirmar que tal é a estrutura da linguagem, não sendo possível uma correspondência de outro a outro, uma intersubjetividade. Se há uma ilusão desta possibilidade ela ocorre pelo registro imaginário (FERNANDÉZ, 1994). Por este viés, Lacan (1954-1955/1995) apresentou um pequeno esquema, conhecido como esquema L, para ilustrar os problemas advindos da relação entre o eu e o outro, pela linguagem e a fala.



Através desse esquema, representando o endereçamento de fala do analisante, Lacan considerou que o analista deve agir a partir de algum ponto posto em A, onde se localiza o campo do Outro. Se ele, de algum modo, entra no acoplamento da resistência, o que lhe é ensinado a não fazer, ele passa a proceder a partir de a', e é no sujeito que ele ver-se-á.

Caso Sócrates se deixasse ser seduzido poderia tentar responder ao amor de Alcibíades, ao considerar que o falatório deste – sua demanda de amor – remetia-se aos seus atrativos físicos e intelectuais. Todavia, ele conduziu-se semelhante a um analista que se mantendo na posição de operar enquanto uma função, e não com seu ser, possibilita a trajetória da imagem do sujeito em direção a S, e deste a A, pela diminuição gradativa da economia da relação imaginária (LACAN, 1955-1956/1997). Dessa forma, é que se faz possível a expressão do desejo.

1.3.1 A instauração do sujeito suposto saber pelo analista

Com Lacan, um caminho é percorrido no destrinchar dos enigmas provenientes da transferência. Primeiramente, ele destacou o reconhecimento buscado pelo analisante ao endereçar no plano imaginário suas queixas ao analista (LACAN, 1953-1954/1985). Deu continuidade, no Seminário 8, com uma articulação entre o amor e o saber, através do texto de Platão. Se o amante não sabe o que busca no amado e este também desconhece o que possui, o que se presentifica nesta relação é a falta. Isto levou Lacan a afirmar que amar é dar o que não se tem, isto é, a própria falta. É a interrogação sobre ela que passa a ser o suporte do processo analítico, sendo através da transferência com o analista que algo desse saber poderá aparecer (LACAN, 1960-1961/1992).

Em 1964, em seu Seminário 11, Lacan formulou o conceito de sujeito suposto saber, enquanto forma de estruturação lógica da manifestação do fenômeno transferencial. Declarou que se há em algum lugar um sujeito suposto saber, há também transferência. Esta função poderia ser encarnada por quem quer que fosse. No caso, se o analisante supusesse que o analista sabe algo sobre ele, a transferência encontrar-se-ia fundada. Afirmou, assim, que “(...) o sujeito suposto saber, na análise, é o analista” (LACAN, 1964/1998, p. 231).

Todavia, em dezembro de 1969, ao retomar esta questão tornou-a mais complexa. Disse que alguns pensaram ter escutado dele, inequivocamente, que o analista seria o sujeito suposto saber (LACAN, 1969-1970/1992, p. 35). Mesmo estando em análise um analisante poderia não supor nada a quem o escuta, ou mesmo desacreditar dele. Contudo, o lugar do saber permaneceria preservado, através desta escrita sobre a transferência que é o sujeito

suposto saber, se o analista sustentasse com sua aposta que é o inconsciente que sabe e não ele.

Por isso, acrescentou:

o que é demandado ao psicanalista (...), com certeza não é o que corresponde a esse sujeito suposto saber (...). Eu insisti frequentemente nisto, que nós somos supostos saber não grandes coisas. O que a análise instaura é justamente o contrário. O analista diz àquele que está para começar – *Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso*. É ele que o analista institui como sujeito suposto saber (LACAN, 1969-1970/1992, p. 50).

Se “o que a análise instaura é justamente o contrário”, Lacan promoveu uma subversão raramente discutida pelos lacanianos. É comum a consideração de que é o analisante quem supõe existir um saber sobre si no analista. No entanto, Lacan reforçou que é o analista quem suporta poder haver do lado do analisante um sujeito que surge pela representação de um significante a outro. A possibilidade de assunção do sujeito na análise, pelo fazer trabalhar os significantes, através da produção de saber inconsciente, é o que o analista estimula pedindo pela associação livre (LACAN, 1969-1970/1992).

Em resumo, “fale qualquer coisa para que daí apareça os significantes que te marcam e, com isso, possa emergir o sujeito, enquanto efeito”. De forma condensada, esta frase representa a configuração da operação analítica. O inconsciente é, assim, um saber – como um corpo de significantes, pertencente ao campo do Outro –, cujo sujeito permanece indeterminado até o ponto onde possa presentificar-se pela fala, sendo o analista aquele que sublinha esta possibilidade de surgimento do sujeito (LACAN, 1964-1965/2006).

Se não é o analisante a supor um saber ao analista, por que este busca por uma análise? De fato, procura-se um analista, porque o que até aquele momento funcionava deixa de fazer sentido. Contudo, as queixas costumam girar em torno de eventos externos à pessoa, como se ela padecesse por culpa de um outro – família, trabalho, doença, etc.. É não se reconhecendo no próprio sintoma que o paciente, frequentemente, começa uma análise, na expectativa de que pelos encontros com o analista produza-se algo que o leve à felicidade (FERNÁNDEZ, 1994). Para Lacan (1959-1960/2008), toda demanda é, em última instância, demanda por felicidade, sendo isto o que o homem persegue até seu fim.

Entretanto, é preciso distinguir o que seja uma demanda de análise. Quando um paciente procura um analista, geralmente começa por dizer o que o levou ali: “venho vê-lo por

tal motivo”. Isto que se apresenta de chegada não constitui uma demanda, mas sim um enunciado. Uma demanda, rigorosamente definida, estabelece-se quando há a aparição do desejo, na medida em que a pessoa vincula-se ao que disse (EIDELSZTEIN, 2003).

Fornecendo ao paciente sua presença e escuta, o analista frustra qualquer pedido de apoio que possa reduzir a potência de fala do paciente. Não respondendo a uma solicitação de restabelecimento, o analista não apenas espera como é ele quem pede; pede ao paciente que se mantenha engajado a vir e associar, garantindo o exercício de que se diga qualquer coisa mesmo que não se saiba o que dizer.

Nesse sentido, é gerado um movimento, pelo qual o sintoma ganha valor de mensagem. A queixa em relação aos outros retorna para o analisante em forma de pergunta: “o que será que tenho a ver com isso que me aflige?”. Esse dizer permite que o analisante confronte-se com sua demanda, não pelo o que disse, mas sim pelo lugar que assume diante daquilo que disse (EIDELSZTEIN, 2003). Adota, dessa maneira, uma posição de retificação subjetiva, na qual o sujeito é flagrado e confrontado com o saber que o determina.

Essa dinâmica correlaciona-se à função do sujeito suposto saber. Estando seguro de que o saber não está em si, assim como Sócrates, o analista valoriza o que é dito pelo analisante, deixando claro que tudo o que ele traz é importante. Isso assinala ao paciente que aquilo que ele considerava não querer dizer nada, diz algo, e se o analista quer escutar é porque algo deste dito pode produzir uma verdade sobre o sintoma (MILLER, 1988).

Cabe ressaltar, pelo interesse que tem para este estudo realizado sobre o trabalho analítico em instituições de saúde mental que só é possível a formulação do sujeito suposto saber a partir do encontro entre paciente e analista. Segundo Eidelsztein (2003), a posição do médico não engendra esta concepção, pois para ele a causa do sintoma está no corpo, sendo passível de ser eliminado por medicação. É necessário para que se conceba o sujeito suposto saber que haja um analista, porque é ele quem admite que o sofrimento em questão remete-se a um sujeito do inconsciente, por uma lógica de saber. O mesmo não vale para um psicólogo. O que diferencia sua operação da *práxis* analítica?

Cátia, paciente atendida por mim no ambulatório, tinha como sintoma dormir demais devido ao que designou como depressão. Um dia trouxe para a análise a encruzilhada em que se encontrava. Prestes a ser despejada por não conseguir trabalhar, disse: “estou com *a corda*

no pescoço”. Um psicólogo, pelo modo⁵ como exerce a clínica, poderia ater-se à preocupação do que ela faria nesta situação, tentando auxiliá-la a encontrar soluções. Poderia mudar-se para outra casa, ir morar com a mãe, etc.

Contudo, no lugar de analista, pude ouvir algo particular, distinto de “corda no pescoço”. O “acorda” era o que ela dizia, repetidamente, em diferentes sessões, não conseguir fazer, inclusive para comparecer à análise. Com a marcação deste significante, um deslizamento passou a ocorrer – a corda, acordar, acordos – de modo que a analisante pôde apropriar-se do que lhe chegou do campo do Outro, responsabilizando-se de alguma forma por isto que lhe concernia.

Se “o sujeito suposto saber é para nós o eixo, a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência” (LACAN, 1967/2003, p. 253), admite-se questionar o que é suposto e por quem. Sabemos até aqui que não é o sujeito quem supõe um saber ao analista. Contudo, também não é o analista quem supõe um saber ao analisante. Para Lacan, um descuido poderia levar a resolução de que se alguém supõe algo, esse alguém é um sujeito. A fim de elucidar tal questão, ele utilizou-se de um matema, o matema da transferência, que é o que corresponde em um esforço de formalização à estrutura de entrada em uma análise. Indicou, assim, que um sujeito não supõe nada, já que é ele o suposto; suposto por um significante que o representa para outro significante.

$$\frac{S \longrightarrow Sq}{s(S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Fig. 1

Na primeira linha está sobre a barra um significante do analisante (S), chamado significante da transferência. Ele remete-se a um significante qualquer (Sq), tomado ao acaso, que vem representar o analista, visando o fechamento da significação. O analista, como Freud (1905[1901]/1996) já percebera, não tem como saber o que o faz entrar em determinada série transferencial, isto é, qualquer significante produzido pelo analisante poderá servir para representá-lo, sem que ele tenha o controle sobre isto.

⁵ Esta forma não se refere a um juízo de valor, isto é, não se pretende afirmar que um método de intervenção seja melhor ou pior do que outro. Todavia, se pautados pelo ensino de Lacan, não podemos abandonar seu esforço em manter o rigor analítico tão caro à história da psicanálise, em prol de diferentes leituras que não priorizam o sujeito da enunciação.

Abaixo da barra encontra-se o resultado deste endereçamento: a suposição, concomitante, de sujeito (s) produzido como significado, articulado através de uma suposição do saber inconsciente ($S^1, S^2, \dots S^n$). O sujeito é, portanto, efeito da articulação dos significantes derivados do campo do Outro, que compreendem o saber inconsciente formado a partir da fala remetida ao analista (LACAN, 1967/2003).

Vê-se, assim, que:

embora a psicanálise consista na manutenção de uma situação combinada entre dois parceiros, que nela se colocam como o psicanalista e o psicanalista, ela só pode desenvolver-se ao preço do constituinte ternário, que é o significante introduzido no discurso que se instaura, aquele que tem o nome: o sujeito suposto saber (LACAN, 1967/2003, p. 254).

Desta forma, se em seus primeiros seminários, a palavra fazia função de terceiro na experiência analítica, Lacan aprimorou sua asserção ao enunciar que pelo discurso é o significante “sujeito suposto saber” que cumpre esta atribuição. Ele é representado pelo denominador do matema, ou seja, surge como resultado da operação de endereçamento da demanda ao analista (QUINET, 2009a).

Neste processo, Lacan (1974/1993, p. 54) reiterou que:

o sujeito, por meio da transferência, é suposto ao saber pelo qual ele consiste como sujeito do inconsciente e é isso que é transferido ao analista, ou seja, esse saber dado que não pensa, nem calcula, nem julga, não deixando por isso de produzir efeito de trabalho.

Nesse sentido, o saber do lado do sujeito, estando sob a barra do recalque, e, por isso, inconsciente, é transferido ao analista. Sendo um movimento próprio do inconsciente não é possível dizer que seja o analisante quem credita conscientemente um saber ao analista, ou seja, mesmo que o analisante possa estar cético em relação a quem o escuta algo do saber inconsciente produzido é dirigido ao analista. Segundo Pontalis (1997), analista e analisante “não são, nem um nem outro, mestres, o que não sugere que estejam ausentes. É por seu estranho encontro, encontro entre dois desconhecidos abertos ao seu próprio desconhecido, que ocorre o que ocorre” (p. 56) [tradução nossa].

Contudo, esta transferência só é possível se o analista for capaz de fazer-se de objeto, concedendo um espaço de engano que precipita um saber; saber que o analisante não sabe que sabe, representado pelo conjunto de significantes presente entre os parênteses do matema da transferência. Desse modo, há “a ilusão [...] pela qual o sujeito crê que sua verdade já está dada em nós, que a conhecemos [...], erro subjetivo [...] imanente ao fato de ele haver entrado em análise” (LACAN, 1953a/1998, p. 309).

Esta abordagem sobre a dinâmica da transferência nos é fundamental para a discussão que se segue no segundo capítulo. Discorreremos sobre o modo como se desenvolve o forte vínculo de alguns pacientes com a instituição de saúde mental, objeto de nosso estudo, o que não era sem consequências para as análises engendradas neste espaço.

CAPÍTULO 2. O estatuto do vínculo com a instituição de tratamento no campo da neurose

2.1 O IPUB através da leitura de “Psicologia das massas e análise do Eu”, de Freud

O trabalho analítico desenvolvido em uma instituição de saúde mental atrela-se a diversos impasses. Como discutido anteriormente, o analista precisa deslocar-se de um modelo de prática tido ainda hoje como padrão, pautado nos consultórios privados. Ao exercer sua prática dentro da instituição, depara-se com efeitos inerentes à formação grupal. Veremos como eles surgem.

Pela experiência vivenciada no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, pude perceber a preocupação que muito analistas tinham com a permanência duradoura de diversos pacientes; neuróticos que após anos em tratamento ambulatorial, sem que nunca tenham necessitado de internação, afirmavam não conseguir imaginar-se desvinculados da instituição. Seus cotidianos gravitavam em torno dela.

Letícia dizia aproveitar a ida aos atendimentos para fazer tudo o que necessitava fora de casa. Em outros dias, não saía da cama. Jurema, por outro lado, contava como foi distanciando-se de pessoas próximas. Restava apenas seu trabalho e o IPUB, único espaço onde era compreendida, já que fora dali “todos a viam como maluca”. Ademais, eram constantes as queixas de piora dos sintomas, levando os médicos a variarem as medicações, porém sem grandes mudanças.

Freud, já no início do século XX, observara um cenário semelhante. Referindo-se aos tratamentos dispensados a pacientes neuróticos em hospitais psiquiátricos da época, advertiu:

pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de *resistência da transferência* só aparecem na psicanálise e não em formas indiferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nestas outras situações, mas têm de ser identificados como tal (...). A *transferência erótica* não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nessas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como *resistência ao restabelecimento*, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição – pelo contrário, *retém-no aí* – mas por *mantê-lo a certa distância da vida* (FREUD, 1912a/1996, p. 141) [grifo nosso].

Nessa medida, resgatando o exposto no capítulo anterior, considera-se que Freud reafirma aqui a possibilidade de estabelecimento de uma transferência que não com o analista. Se ela é própria à estrutura do neurótico, sendo esta sua forma de amar, ela constitui-se como um modo de investimento libidinal endereçado à instituição. Contudo, ela mantém-se mascarada, sendo identificada através de seus efeitos de resistência que, como discutido, é uma das vertentes pela qual se revela a transferência.

Por esta resistência seria consolidado um caráter mais erótico deste fenômeno, o que acarretaria uma paixão vivenciada enquanto dependência. Freud destacou ainda que à retenção do paciente, o que pode ser correlacionado à perpetuação de seu tratamento na instituição, agrega-se um afastamento das ações realizadas fora de seus muros. O paciente conserva-se ligado ao local de tratamento sem que isto o impulsione a viver sua vida. Agarra-se, desse modo, a ela, através do que Freud denominou, em “Psicologia das massas e análise do eu” (1921/2013), de um trabalho realizado pela via de *eros*, “que tudo mantém coeso no mundo” (p. 77).

Ele examinou neste texto a estrutura da relação que pode surgir entre um conjunto de pessoas em uma instituição, por exemplo. Um indivíduo ao ter em comum com outros em dado momento uma finalidade determinada, organiza-se formando com eles uma massa social, ganhando novas qualidades que antes não possuía. Uma delas é a possibilidade de ter suas pulsões libertas do recalque, já que na massa, em meio a tantos outros, um caráter anônimo permitiria à pessoa manifestações desatreladas de um sentimento de responsabilidade.

Por este tipo de grupamento o indivíduo perde a consciência de seus atos. É capaz de renunciar a seus objetivos individuais em prol da intenção da massa, esta associada às noções de organização e continuidade, tendo como suporte o laço com um líder e com os outros membros (LEITE, 2016). Logo, uma massa para ser consistente e organizada precisa balizar-se pela noção de duração, ou seja, é necessário certo grau de continuidade em sua existência, que pode ser material ou formal. Ao permanecerem por longo tempo fazendo parte da massa as pessoas atribuem continuidade material a ela. Do mesmo modo, quando certas posições são preservadas, mesmo que seus ocupantes sejam substituídos, há a continuidade formal deste grupamento (FREUD, 1921/2013).

Analogamente, é possível reconhecer esta estrutura no ambulatório alvo de nossa pesquisa. Os pacientes permanecem ou vão sendo sucedidos por outros, conservando as vagas para tratamento ocupadas. Da mesma forma, os médicos, analistas, assistentes sociais,

secretárias, etc. mantêm-se enquanto staffs, fazendo parte do quadro efetivo da instituição, ou vão sendo substituídos por outros, como é o caso dos alunos de residência e pós-graduação.

Portanto, cada um, ocupando sua função e preservando sua regularidade, possibilita a estabilidade da massa. Freud ressaltou como nesta dinâmica desvela-se o que denominou de formação do Ideal do Eu e do mecanismo de identificação, tendo como princípios o conceito de narcisismo e a teoria da libido (LEITE, 2016). A identificação caracteriza-se por ser a manifestação mais precoce de um vínculo emocional com outra pessoa. Por meio dela o indivíduo configura seu próprio Eu, e o faz à semelhança de um objeto tomado como referência. No caso do menino, o complexo de Édipo representa o ponto em que o pai é tomado como seu ideal, modelo para o Eu. Ele é, assim, o que se gostaria de ser (FREUD, 1921/2013).

A esta identificação vão superpondo-se outras, como na ocorrência da formação neurótica de sintoma. Freud proporcionou-nos um exemplo. Uma jovem de um pensionato recebeu uma carta de seu amado secreto. Ao lê-la, foi tomada de ciúme, o que a fez reagir com um ataque histérico. Algumas de suas colegas que sabiam do envolvimento confidencial contraíram o mesmo ataque, por uma via de contágio psíquico.

Neste caso, a identificação das mulheres com a amiga não levou em consideração a relação objetal com a pessoa copiada, isto é, não foi pelo fato de serem íntimas que se deu a identificação por meio do sintoma. Esta se baseou no querer colocar-se na mesma situação de ter também um romance secreto, e sob a influência da consciência de culpa acabaram por acolher o sofrimento a ele incorporado.

Para Freud, a ligação mútua entre os membros de uma massa tem a mesma natureza desta identificação. Os participantes ligam-se uns com os outros não pela relação libidinal estabelecida entre eles. Podem nem mesmo ser próximos. O fundamental é que eles reconhecem-se pelo afeto semelhante nutrido por uma mesma causa, representada por um líder. No exemplo acima, é a moça quem recebe a carta que ocupa a posição de líder das demais.

Dessa forma, os membros desenvolvem uma identificação entre eles por um traço em comum com o líder, que é aquele que estrutura a relação dos indivíduos na massa. Pode-se dizer que ele é o responsável pela configuração de uma identidade na formação grupal, já que a identificação com ele seria precursora da estabelecida entre os membros. É o líder quem dá suporte à associação dos participantes (FREUD, 1921/2013).

Mas o que leva alguém a identificar-se com um outro? Para Lacan (1957-1958/1999), a origem da identificação estaria na recusa da demanda por aquele que poderia satisfazê-la. O bebê ri ao reconhecer a aprovação de seu desejo no Outro. A identificação ocorreria por um processo contrário a este. O infante expressa seriedade por discernir, através da expressão do rosto inabalável daquele que representa o Outro, que sua demanda não foi atendida. Adota, assim, a mesma expressão daquele em cuja presença assume a perspectiva de satisfação. Identifica-se, portanto, com a imagem do Outro em uma relação especular (LIMA, 2014).

Pela demanda insatisfeita, o desejo passa a aparecer sob uma nova conformação: o Ideal do Eu. Freud, em “À guisa de introdução ao narcisismo” (1914/2004), concebeu que o bebê vivencia uma renúncia de satisfação imediata pelo desprazer causado por um represamento da energia no Eu, tido como reservatório. Pela via econômica, ele esclareceu que para desenredar-se deste incômodo a criança tem a energia escoada de modo a transferi-la aos objetos.

Todavia, por uma adesividade da libido, não é possível abdicar de todo prazer já desfrutado, sendo o narcisismo secundário o vestígio do investimento inicial no Eu que persistirá por toda a vida. O indivíduo buscará, desse modo, resgatar o narcisismo primário, projetando diante de si um Eu ideal, o que primeiramente fora realizado por seus pais na tentativa de reavivarem nele seus narcisismos perdidos. Por isso, a ideia de Freud de que o intenso investimento libidinal na criança a faz “tornar-se de novo o centro e a essência da criação no mundo. *His Majesty the Baby*” (FREUD, 1914/2004, p. 110).

Contudo, as admoestações próprias da cultura, bem como o começo de sua capacidade de pensamento, tiram a criança deste estado. Ela procurará readquiri-lo na forma de um Ideal do Eu, isto é, precipitando diante de si um ideal substituto do narcisismo infantil perdido, no qual ela era seu próprio ideal. O Ideal do Eu passa a ser condição para o recalque, servindo de parâmetro para a avaliação do Eu. Se algo nele diverge de seu ideal, acaba por sofrer o destino do recalque.

Nessa medida, é possível afirmar que se a recusa da demanda desencadeia o mecanismo da identificação, esta se relaciona à perda da posição de majestade pela criança. A insatisfação da demanda, pela impossibilidade de se viver sob a égide do narcisismo primário, acarreta a formação do Ideal do Eu a partir da identificação com o Outro (LIMA, 2014) .

Essa digressão nos é essencial, visto que ao associar-se a uma massa o indivíduo é capaz de abrir mão de seu Ideal do Eu trocando-o pelo ideal da massa, corporificado no líder.

Este representa, assim, uma forma de pai substituto, de cujo amor depende os membros do grupo. Tem-se a ilusão de que este os ama da mesma forma e, por isso, são tratados como iguais. Ele próprio, no entanto, não precisa amar ninguém. Apenas a aparência de que há um investimento libidinal por parte dele nos membros da massa é suscetível de causar um freio ao narcisismo sendo este um fator de civilização. Os indivíduos ao amar, direcionando energia para além de si, colocam em ação o trabalho de *eros*, permitindo a manutenção dos grupos (FREUD, 1921/2013).

Contudo, se o indivíduo renuncia ao seu Ideal do Eu por um outro ideal erigido na massa, isto ocorre pelo o que Freud denominou de processo de idealização. O líder tomado como objeto de investimento passa a ser tratado da mesma forma que o próprio Eu. Como no enamoramento, incide uma maior parte de libido narcísica sobre o objeto que é amado devido ao que se almejou para o Eu e que se gostaria de obter para a satisfação do próprio narcisismo. O líder é, assim, alvo de investimentos libidinais, o que acarreta a substituição dos ideais do Eu, particulares a cada membro na massa, por este objeto venerado. Ele é colocado no lugar de ideal, ao mesmo tempo em que os membros identificam-se entre si em uma comunhão com seus Eus.

Cabe questionar, no entanto, pelo o que foi apreciado até este ponto, como se faz concebível a figura de um líder em uma instituição de tratamento, diferentemente dos exemplos dados por Freud (1921/2013) que apresenta a imagem de Cristo e do general, chefes da Igreja e do Exército, como centrais nessas respectivas organizações. Não parece evidente que haja uma única e mesma figura de um líder em uma formação da qual participam diversos profissionais e pacientes, tal qual o ambulatório por nós investigado.

Freud questionou a obrigatoriedade da existência do líder para que se mantivesse a essência de um grupo. Considerou até mesmo que este pudesse ser substituído por uma ideia dominante, ou seja, que a união dos indivíduos tolerasse ser sustentada exclusivamente por um ideal em comum, sem que este estivesse aderido à figura de um líder. Entretanto, acabou por concluir que esta presença fazia-se como premissa fundamental à estabilidade e duração de uma massa. Seu desaparecimento ou a perda de confiança nele acarretariam o esfacelamento da união entre seus membros.

Porém, ao debruçar-se sobre a relação dos indivíduos com um chefe, Freud sustentou que ela era antes de tudo uma miragem. São os indivíduos que reconhecem em algum lugar um poder superior capaz de tirá-los do desamparo, voltando-se para isso em busca de

segurança. É possível, portanto, afirmar que não se trata da pessoa física de um líder, mas sim de seu comparecimento simbólico estabelecido pelo universo da linguagem.

Nesse sentido, pode-se considerar que se um objeto é colocado no lugar de Ideal do Eu dos indivíduos que se associam a partir dele, identificando-se entre si uns com os outros, é pelo próprio fato do líder sustentar-se enquanto ideal. A massa para existir, como assinalou Freud (1921/2013), independe de qualquer atitude por parte de um dirigente, sendo a ilusão nutrida do que ele representa o que mantêm a coesão e a permanência do grupo. O ideal, nesta medida, caracteriza-se por ser comum a todos os membros, perpetuando-se à medida que as demandas são produzidas.

No caso, concebe-se que o IPUB, por ser um estabelecimento onde vigora o saber médico, conserva um ideal de cura. Uma pessoa ao chegar ao ambulatório encontra ali uma massa, da qual passa a participar. Irá submeter-se ao tratamento oferecido pelos profissionais com o propósito de livrar-se de seus sintomas. Destacaremos, através de algumas ponderações acerca da narrativa de duas pacientes, a forma pela qual se desenvolveu a relação delas com o Instituto, escolhido pelas mesmas como o lugar mais adequado para seus tratamentos.

2.1.1 Letícia e Jurema: a singularidade do estar no IPUB

Letícia, paciente anteriormente citada neste trabalho, buscou o ambulatório do IPUB há sete anos por ser este parte de uma instituição universitária. Apreciava-lhe saber que os profissionais estavam sempre estudando, diferentemente daqueles que trabalhavam unicamente em consultórios particulares. Dizia sofrer de depressão há alguns anos, sentindo um constante nó na garganta, principalmente quando relembra do passado.

Sempre estive em atrito com os irmãos, o que perdurava até a época dos atendimentos. Por conta de uma decisão sua ameaçaram-na de ser interdita judicialmente, dizendo que ela era maluca. Após este fato, ela buscou o IPUB. Em sua mocidade a mãe fazia dela sua extensão. A cada passo dado, a mãe estava sempre por perto. Era uma “sábia” que conseguia profetizar o que ocorreria no futuro. Dizia que Letícia acabaria sozinha na vida e era o que estava acontecendo. Ademais, o pai, professor, gostava de impor sua autoridade, discursando e fazendo dos filhos sua plateia.

Em análise, Letícia falava pouco sobre o que a fazia sofrer, logo buscando manter-se feliz. Tinha de ser grata por ter pessoas maravilhosas que cuidavam dela na instituição. Discursava sobre livros que lia, teorias que fazia e planos que tinha para o futuro. Mostrava, contudo, grande dificuldade de colocar suas ideias em ação.

Professora afastada por auxílio doença, dizia ter procurado o IPUB para que ao tratar-se melhor, os profissionais pudessem também aprender mais com seu caso. Se conseguisse ficar internada, o que era contraindicado por seu médico, seria mais fácil, pois poderiam cuidar dela 24 horas por dia, sabendo melhor sobre seus sintomas. Queria, além disso, envolver-se em cursos promovidos pela instituição. Ocasionalmente, perguntava-me se eu não poderia avisá-la quando da inscrição de alguns deles para que ela aprendesse mais sobre si mesma. Por ter sido difícil conseguir “passar” para o IPUB, modo como descrevia sua entrada na instituição, nem tão cedo queria sair. Segundo ela, ainda tinha muito que aprender ali, concentrando todo o seu tratamento em um mesmo espaço.

Jurema, em contrapartida, começou a frequentar o ambulatório por recomendação de um médico de outro hospital. Achava que o profissional tinha percebido nela a depressão que dizia acompanhá-la desde que estava na barriga da mãe, mulher que sofria de “coisas de psiquiatria”, vivendo internada em hospitais similares ao IPUB onde sofria muito. Jurema identificava-se com a mãe, relatando como eram parecidas: “sou maluca como ela. O médico mesmo daqui desconfia que eu seja maluca”.

Há mais de 15 anos no IPUB, não possuía histórico de internação psiquiátrica, como era o caso de sua mãe. Já tinha por diferentes vezes sido convidada por outros profissionais, médicos e analistas, a seguir com o tratamento fora da instituição. Porém, sempre recusava. Sentia-se segura ali. No ambulatório não era vista com preconceito. Respeitavam-na, porque todos eram malucos como ela, diferentemente do que acontecia do lado de fora. Nunca era compreendida por seus conhecidos. Debochavam dela pelo seu jeito de ser, maluca.

Esperava conseguir junto à assistente social do IPUB alguma forma de licença do emprego. Poderia requerer junto ao trabalho férias e direitos, dos quais sempre abria mão por “não saber o que falar”. Se cobravam dela qualquer tipo de serviço, mesmo não sendo sua obrigação, ela o fazia. Gostava que vissem o quanto era produtiva, mas nunca era reconhecida por isto.

Pensava em como seria bom ser internada na enfermaria para tirar umas férias. Falava muito na vontade que tinha de sofrer acidentes, para que diversas pessoas ficassem a sua

volta, socorrendo-a. Ao longo dos atendimentos, a instituição que a acolhia passou a ser também considerada como um lugar de não cuidado e até mesmo uma prisão, similar ao que narrava ter sido sua infância vivida sob o rigor e controle do pai. Mesmo assim, imaginar-se fora dali era insuportável.

Mostrou-se contente por um tempo pela expectativa de poder acompanhar-me para outro lugar após minha saída. A medicação continuaria a ser administrada pelo médico do IPUB. Próximo a este momento, todavia, disse que seria bom se caísse e se machucasse, pois assim teria férias do trabalho. Faltou à sessão seguinte por estar hospitalizada. Caíra no emprego e ficaria sem ir aos atendimentos por algum tempo. Recuperou-se e foi à última sessão, despedir-se. Disse não ser o momento de seguir-me para fora do IPUB. Prosseguiria seu tratamento ali. Enunciou: “depois que conquistei minha liberdade na vida, não soube o que fazer com ela”.

Percebe-se através da descrição desses casos como a instituição é capaz de desempenhar diversas funções para quem as integra, incluindo os efeitos imaginários próprios do liame social. Além da busca de controle dos sintomas, cada indivíduo encontra de algum modo um espaço que os ampara de certo sofrimento psíquico. Passaremos a este exame, a fim de evidenciar os mecanismos que sustentam o forte vínculo com a instituição.

2.2 A função psíquica exercida pela instituição de saúde mental

Uma das primeiras apreensões possível de ser feita, a partir das falas das pacientes referidas acima, é o lugar de objeto em que se encontravam. Letícia, como objeto de *ensino*, queria ser olhada 24 horas por dia pelos profissionais, para que pudessem aprender com ela. Jurema, por outro lado, com os acidentes que fantasiava sofrer e acabou experimentando, buscava ser objeto de *cuidado*.

Segundo Freud, a transferência com uma instituição, atrelada por este trabalho à realização de pertencimento a um grupo, é suscetível de ocorrer “com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico” (FREUD, 1912a/1996, p. 136). O que é descrito como servidão mental em 1912 pode ser correlacionado ao que em 1921 é característica de uma massa: a própria colocação sob a autoridade de um superior, subordinando-se a isto.

Contudo, o mesmo ocorre para Freud com as crianças pequenas. Quando uma delas recebe no seio familiar uma mais nova, ela é tomada de inveja. Gostaria de retirá-la dos braços de seus pais privando-a de qualquer direito. Pela impossibilidade de fazê-lo, já que sua atitude hostil traria para si prejuízos, o filho mais velho é obrigado a identificar-se com o irmão e com as demais crianças que com ele partilham a dedicação de seus objetos de amor, formando com elas um sentimento coletivo, continuamente desenvolvido ao longo da vida. Desse modo, para não perder sua posição é capaz de identificar-se com seus semelhantes, nutrindo o amor pelo objeto compartilhado.

Na neurose, de forma análoga, a identificação entre os indivíduos através de um mesmo traço – um diagnóstico de depressão, por exemplo – é mantida por todos pela sustentação de um ideal em comum – como o controle dos sintomas. O querer livrar-se deles pode permitir a identificação das pacientes entre si, enquanto deprimidas. Esta comunhão promove uma identidade grupal, da qual é difícil separar-se.

A experiência de Jurema ilustra esta dinâmica. Em análise, a partir de seu discurso, a proteção que o ambulatório fornecia encadeava-se ao significante “maluca”, com o qual descrevia não só ela e a mãe como todos os pacientes da instituição. Sendo malucos, compreendiam-na sem debocharem dela, diferentemente das pessoas exteriores ao grupo ali formado por um atributo em comum. Em sua fantasia, a instituição aparecia atrelada a um “não saber fazer com a liberdade que ganhara na vida”, retendo-a, como nos indicou Freud, em uma relação transferencial, da qual passou a depender.

Esta condição parece ligar-se a um estado de regressão assinalado por Gustave Le Bon, em sua obra “Psicologia das massas” (1855, citado por FREUD, 1921/2013), como próprio dos povos primitivos e das crianças. Freud, entretanto, salientou que este estado é igualmente encontrado na neurose e em grupos organizados. Neles, as emoções e atos intelectuais de cada indivíduo perdem a força de fazer-se valer independentemente. Necessitam, nesse sentido, para sustentar-se, de um reforço mediante a repetição uniforme dos demais que compartilham com ele uma mesma característica. São, assim, fenômenos de assujeitamento que pertencem à constituição geral da sociedade humana, em que cada pessoa acaba por ser gerenciada pelas “atitudes de uma psique de massa” (FREUD, 1921/2013, p. 120).

Nessa medida, Freud (1921/2003) utilizou o exemplo da hipnose como “uma formação de massa a dois” (p. 116). Nela existe a mesma submissão humilde e falta de crítica quanto ao hipnotizador como há com um objeto amado. O médico, tal como no enamoramento, pode ser

alçado ao lugar de Ideal do Eu, passando a ser um objeto tido como único, não se dando atenção a mais nada nem a ninguém. Um sentimento de fascinação percebido por Freud no início de sua prática, pelo qual o paciente permanecia submisso à autoridade do clínico.

Revelando que pela transferência, fenômeno na base da hipnose, o mesmo movimento poderia ocorrer no endereçamento do neurótico a seus diferentes objetos de amor, Freud (1915 [1914]/1996) advertia sobre a influência sugestiva capaz de levar o indivíduo a estados como o de servidão mental. Por isso, ter dado grande ênfase aos perigos da transferência erótica que um médico, as instituições, através de seus representantes, e os próprios analistas poderiam provocar sem perceber, ou intencionalmente, de modo a nutrir seus narcisismos através da sustentação de uma posição de amante, como se o amor despertado na relação transferencial estivesse referido aos seus encantos.

Lacan (1960-1961/1992) prosseguindo nesta direção sublinhou o viés imaginário concernente à transferência, o que também se relaciona ao amor. Se uma pessoa busca por algo sem saber o que, para que a partir desse encontro um dado ideal seja atingido, a transferência imbricada neste movimento revela a natureza desse amor.

Mas, o que de tão precioso uma massa organizada e permanente, tal qual um objeto de adoração, guarda? Qual a função psíquica que uma instituição de saúde mental é capaz de desempenhar para os pacientes de forma a manterem-se vinculados firmemente a ela? Segundo Jaques (1969), as instituições são utilizadas por seus membros para reforçar dispositivos individuais de defesa contra a angústia.

Isto está de acordo com os estudos de Mannoni (1971) sobre os tratamentos concedidos em hospitais psiquiátricos. Para ela, esses estabelecimentos têm o potencial de exercer um domínio sobre os pacientes, a tal ponto que promove o encobrimento de seus conflitos psíquicos; conflitos estes que estão na base dos sintomas neuróticos. Este domínio seria um fator atrelado ao modo como a instituição regula-se.

É necessário destacar, contudo, pela via do trabalho desenvolvido por Lacan (1969-1970/1992) em seu Seminário 17, “O avesso da psicanálise”, que a forma de estruturação de uma instituição não é algo inato a ela. Se a realidade, conforme sustentada pela psicanálise, é uma realidade discursiva, o discurso enquanto laço social é o que estrutura as relações. Assim, se em uma instituição psiquiátrica desenvolvem-se sistemas de papéis e regras, o que mantêm seus membros em posições definidas, isto ocorre por uma formulação discursiva dominante. Ao visar à continuidade do funcionamento institucional este discurso pode ser utilizado na

tentativa de operar uma inércia necessária à sobrevivência das relações, tal como estabelecidas entre seus participantes (MANNONI, 1971).

Acredita-se, por exemplo, que o médico é aquele que teria a posse de um conhecimento especializado capaz de erradicar sintomas. Mas não apenas isto. Envolveria todo profissional, através de um saber específico, um ideal de cura sobre o qual ele deveria ter certa gerência. Ao paciente caberia preservar e perpetuar uma passividade própria àquele que desconhece do que sofre, precisando, assim, receber de um outro algo que o alivie de seu sofrimento.

Nessa medida, haveria a ilusão de uma organização inerente às instituições, como se o médico habitasse, naturalmente, um espaço de dominação, e o paciente de dominado. Se a realidade não está dada, como se fosse exterior às relações sociais, ela surge pelo modo como esses laços estruturam-se, sendo eles formas de discurso. Veremos, com Lacan, como isto pode ocorrer.

2.3 Laço social: a estruturação das relações a partir dos discursos

A posição e a função que cada um exerce em um determinado discurso dependem diretamente do lugar ocupado pelo outro da relação. É a isso que Lacan (1969-1970/1992) referiu-se ao abordar quatro tipos de discursos, elaborados como discurso do mestre, do universitário, do analista e da histérica.

Se o médico, por exemplo, necessita do paciente para medicalizar, ao mesmo tempo é o paciente quem faz o médico trabalhar em função de estar doente. Ele expõe, dessa maneira, a impotência do saber médico, à medida que este se mostra incapaz de lhe trazer soluções. Tanto o paciente quanto o médico exercem, assim, ativamente uma função, o que pode ser percebido pela via dos discursos.

Cada um destes possui quatro lugares fixos, correspondendo a quadrantes que são integrados por quatro diferentes elementos oscilantes, atestando determinadas funções. Para pensá-los, Lacan utilizou de recursos lógicos oriundos da matemática, como a letra (S_1 , S_2 , a , $\$$), promovida pela álgebra matricial, e a teoria da permutação cíclica, parte da álgebra moderna (CASTRO, 2009). Se ele amparou-se na matemática, foi por conceber que o

inconsciente produz-se através da letra, ou seja, a partir da estrutura essencialmente localizada do significante enquanto contingente e calculável (LACAN, 1957/1998).

Os discursos são capazes de girar, de modo que suas posições revelam as funções em jogo. Se no discurso do mestre, por exemplo, o médico é o agente que aplica um saber, produzindo objetos que tentam dar um sentido capaz de suturar a falta que é em si estrutural, e, por isso, impossível de cessar, pelo discurso da histórica, é o paciente quem é o agente, impondo ao médico que trabalhe, a fim de encontrar um saber que o livre de seus sintomas. Portanto, se em um discurso o médico é “dominante”, em outro ele passa a ser o “dominado”, e assim o é para todo falante. Por isso, a afirmação de que a realidade não está dada, mas constituída pelos discursos.

São eles, enquanto aparelhos de linguagem, que organizam o campo do gozo. Instituem relações fundamentais e estáveis nesse âmbito do gozo, através de enunciados primordiais que estabelecem dado laço social como específico. Trata-se de um discurso sem palavras, já que não existe necessariamente a fala atuando. A própria conduta do falante inscreve-se na esfera de certos enunciados fundamentais nem sempre óbvios ou manifestos. É preciso que sejam localizados e interpretados para que se perceba o tipo de laço social em questão e como ele expressa-se (QUINET, 2009b).

Nesse sentido, uma análise é o que propicia desvelar a discursividade da realidade, enquanto estrutura inconsciente e significante, ao abalar a certeza de que esta realidade já está construída e finalizada, como se cada um que participa dela estivesse desimplicado de sua formação. O sujeito referente ao campo do gozo não é, portanto, exatamente o sujeito da fala, mas sim o sujeito comprometido no gozo do laço social. O discurso, sendo da ordem de um dizer e não de um dito, funda um fato; um laço que ordena a relação entre as pessoas (ibid).

Segundo Rinaldi (2002), dois desses discursos seriam imperiosos em instituições de saúde mental. Pelo discurso universitário, já abordado no primeiro capítulo, seria possível a propagação do mito de uma submissão indispensável a um tratamento psiquiátrico para a aplicação de um saber, acarretando a objetificação dos pacientes. Aquele que representa o estudante é levado, pela afirmação do saber científico, à produção de um sujeito dividido, revelado pelo sintoma, disjunto do significante que o representa para a rede de todos os demais significantes.

Além deste discurso, destaca-se outro, considerado próprio às instituições, já que é por intermédio dele que o significante institui-se enquanto mestre. O médico tal qual um senhor,

como visto, é agente deste discurso do mestre. Todavia, ele não se restringe aos médicos, podendo sustentar-se por qualquer um que o equivalha. Em verdade, Lacan (1969-1970/1992) tomou o discurso do mestre como fundante para a partir dele formular os demais discursos. Assim o fez por ser ele o discurso do Outro, o próprio inconsciente, sendo o modo como o sujeito estrutura-se a partir dos significantes.

$$\begin{array}{ccc}
 \text{Discurso do Mestre} & & \\
 \text{agente} & \text{Outro} & \\
 \frac{S_1}{\$} & \rightarrow & \frac{S_2}{a} \\
 \text{verdade} & & \text{produção}
 \end{array}$$

Através do matema acima, Lacan descreveu o S1 enquanto “função de significante sobre a qual se apoia a essência do senhor” (ibid, p. 18) e que se dirige ao escravo, caracterizado como suporte do saber (S2). Na articulação significante (S1 remetido a S2) há um trabalho de repetição que visa recuperar o gozo perdido em uma primeira experiência mítica de satisfação, tal como descrita por Freud (1895 [1950]/1996). Contudo, é a própria articulação do aparato significante que produz este desperdício de gozo, o qual tenta ser resgatado pela repetição da cadeia significante.

A repetição gera, assim, tanto um efeito de perda de gozo, quanto introduz um suplemento a esta perda. É ela que instaura a função do desejo. O saber como meio de gozo, ao trabalhar a partir do discurso, produz uma perda desse gozo representada pela função de objeto (a), objeto perdido, alojado como dejetivo. Este resto é o mais-de-gozar, o que funciona como causa do movimento do circuito da repetição que comanda o desejo (RINALDI, 2002).

Entretanto, a produção do objeto mais-de-gozar realiza-se na disjunção entre ele e o sujeito que aparece no lugar da verdade. Nesta separação, o objeto (a), resto de gozo, cumpre a função de tamponar a falta no Outro, ou seja, nessa hiância passa a alojar-se objetos que operam como obstrutores da perda de gozo.

Em relação à ciência, é possível conceber que estes objetos são fabricados por ela. Lacan denominou-os de *gadgets*, “coisas inteiramente forjadas pela ciência, simplesmente essas coisinhas, *gadgets* e coisa e tal, que por enquanto ocupam o mesmo espaço que nós no mundo” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 140-141) e *latusas*, “pequenos objetos ‘a’ que vão

encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês” (LACAN, 1969-1970/1992, p.153).

Para Rinaldi (2002), nas instituições psiquiátricas, o médico a partir do significante-mestre (S1) é capaz de agir sobre o paciente, visando operar uma transformação no encadeamento de suas ideias. Como produto, constitui-se o objeto (a) que vem a ser a “doença mental”, isto é, qualquer concepção, como um diagnóstico psiquiátrico, por exemplo, capaz de dar sentido aos sintomas físicos relatados pelos pacientes.

Nessa medida, pelo discurso do mestre o objeto e o sujeito permanecem separados e recalçados, sob a barra no matema. A divisão do sujeito que revela a verdade como causa da estrutura significante fica velada. Há, assim, a tentativa de suprimir uma posição subjetiva (\$) a favor de um sentido que ambiciona a perpetuação do próprio discurso médico-científico (LEITE, 2008). Nessa medida, passaremos ao exame da articulação entre sintoma e angústia, e deste com o gozo, objetivando a discussão sobre os efeitos advindos das formações grupais, bem como da produção de sintomas, no caso da neurose.

2.4 Sintoma, angústia e gozo: os efeitos das formações grupal e sintomática

Quando um sentido é atribuído a um sintoma ele é capaz de aliviar a angústia. Contudo, de acordo com Goldenberg (2009), apenas recupera-se a estabilidade que as defesas psíquicas, erigidas a partir da linguagem, dão à neurose, produzindo-se mais sintomas. Freud investigou no decorrer de sua obra a relação intrínseca entre a angústia e o sintoma. De início, considerava que a angústia era gerada pelo recalçamento. Com a análise do caso Hans, percebeu que ela manifesta na fobia provinha na verdade do agente recalçador, não sendo, portanto, efeito do recalque, mas seu precursor lógico. Ela compareceria, assim, na origem, colocando em movimento o recalçamento, ou seja, acionando a formação dos sintomas devido ao desprazer causado ao Eu pelo imperativo pulsional (DIAS, 2006).

Sendo a angústia caracterizada enquanto “o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real” (FREUD, 1926a/1996, p. 131), o sintoma surge como resposta a esta angústia na tentativa de evitar sua irrupção (FREUD, 1933/1996). Se há um perigo a ser combatido, ele refere-se à própria energia pulsional, na medida em que ela assinala o perigo da castração. Através dele, os investimentos libidinais poderiam tornar-se

insuportáveis ao Eu, acarretando a ação do recalque como defesa contra a angústia (FREUD, 1926a/1996).

Entretanto, pelo recalque sempre falhar na manutenção do recalçado, a angústia irrompe constantemente no falante, principalmente por uma série de momentos em que para Freud haveria o perigo da perda de objetos de amor, representantes do objeto mítico que teria sido perdido pela entrada do infante no campo da linguagem. À castração corresponderia o receio do desamparo psíquico pela carência desses objetos dos quais se depende, deixando a pessoa exposta às exigências libidinais. Desse modo, a angústia seria emitida como um sinal quando do risco dessa separação entre objeto e sujeito, sendo este sentenciado ao que mais teme: a castração (SANTOS; COSTA-MOURA, 2013).

Pela teoria de Freud (1916-1917a/1996) seria possível conceber, nessa medida, que o aparecimento da angústia ocorreria em função da perda de objetos fundamentais à economia psíquica da pessoa. Além disso, diferente do medo que se relaciona a um objeto específico, a angústia seria sem objeto. Entretanto, em um adendo ao texto de 1926, “Inibições, sintomas e angústia”, Freud afirmou que a angústia refere-se à expectativa, sendo angústia por algo. Lacan apropriou-se deste comentário para reiterar que a leitura que se faz de Freud quanto à teoria da angústia é, muitas vezes, equivocada. Se ela é angústia diante de algo, não é, então, sem objeto (LACAN, 1962-1963/2005).

Ela não se originaria pelo temor da castração, pela perda do objeto, mas seria sim desencadeada pela presença dele. Este objeto é o objeto (a), referido anteriormente, como produto da articulação do aparato significante. Por isso dizer que o maior empecilho para o neurótico não é a angústia de castração, já que ela é condição de suporte para o desejo. O impasse advém da inexistência de um objeto fálico que poderia promover o encontro sexual.

Pela estrutura da linguagem, o falante estará para sempre marcado pela falta que o falo abre na cadeia significante, já que ele “não pode ser alcançado por estar submetido à ordem simbólica, produzindo efeitos de significação ao ser um significante em suspensão” (SANTOS; COSTA-MOURA, 2013, p. 933). Dessa forma, onde o falo é esperado como presença ele só é capaz de aparecer como falta, e é esta a sua ligação com a angústia. O objeto apenas poderá ser a promessa de uma complementariedade que traria apaziguamento ao falante, o que vem a ser, como já foi descrito, a função dos objetos forjados, por exemplo, pela ciência.

É, nesse sentido, que mecanismos diversos são utilizados na busca de encobrir o desamparo, rebaixando a angústia. Este é o caso das formações grupais, como examinado até aqui, e também das formações sintomáticas. Ao mesmo tempo em que tenciona calar a angústia, o sintoma a denuncia, pois se apresenta como reação a ela.

Ao participar de uma massa, o membro encontra-se com a ilusão de uma segurança para o que o aflige, sendo sua saída do grupo ou o esfacelamento deste reconhecido como uma ameaça. Concomitantemente, o que faz com que a pessoa permaneça no grupo é a sustentação do ideal em comum e a identificação com os demais participantes. Se as pacientes citadas deixassem de ser consideradas deprimidas, o que era a característica que as assegurava enquanto pacientes da instituição, elas teriam que deixá-la. A hipótese é a de que preservar este estado, comunicando constantemente a piora de seus sintomas físicos, ratificava o lugar delas junto ao IPUB.

É nessa medida que Mannoni (1971) afirmou que a fim de preservar as defesas psíquicas é possível que o paciente consiga apresentar uma “doença” adicional àquela exibida quando entrou em uma instituição. Não se arrisca, então, a ser abandonado pela “psiquiatria”. Lacan (1966b/2001) acrescentou que a condição de enfermo pode torna-se tão valiosa, a ponto do paciente buscar manter-se sendo tratado de forma a continuar doente.

Freud (1923/2007, p. 57), a este respeito, comentou:

refiro-me a certos pacientes que se comportam de forma bastante peculiar. Se lhes damos esperança e demonstramos satisfação com o progresso do tratamento, parecem ficar insatisfeitos e, frequentemente, logram piorar seu estado (...). Toda resolução parcial que produziria uma melhora, ou uma suspensão sintomática temporária em outros pacientes, causa aqui uma intensificação momentânea do sofrimento (...). A mera aproximação da cura é temida como um perigo. Dizemos que nessas pessoas prevalece a carência [*Bedürfnis*] por manter-se doente e não a vontade de curar-se.

Este fenômeno em diferentes graus estaria presente provavelmente para todo e qualquer neurótico. Surgiria quando em situações muito difíceis de serem solucionadas fosse possível encontrar refúgio na neurose. Conseguir-se, assim, obter na doença vantagens que, com o tempo, acarretam prejuízos. Para Freud (1910a/1996), contudo, nem todos suportariam um trabalho tal como proposto pela psicanálise. Sucumbiriam rapidamente pela entrada em contato com o conflito psíquico, o que os levaria a danos maiores que os produzidos pela doença neurótica.

Se, de acordo com Quinet (2009a), a pulsão pode comprazer-se no sintoma, a ele atrela-se uma dupla barreira. É tanto um enigma que se opõe a ser decifrado, como também um meio de lucro para o paciente. Em uma nota de rodapé acrescida, em 1923, ao caso Dora, Freud (1905 [1901]/1996) expôs como o neurótico obteria com o sintoma, através de uma satisfação libidinal substitutiva, um ganho primário próprio à condição de estar doente. A enfermidade seria a solução mais conveniente ante a presença de um conflito psíquico devido à economia de esforço que a ela corresponde. Na doença, o paciente é capaz de recolher sua libido depositada em seus objetos de amor, investindo somente em seu Eu (FREUD, 1914/2004).

Em relação à formação de massa o mesmo pode acontecer, já que os membros de um grupo têm seu Ideal do Eu substituído pelo ideal da massa, como tentativa de retomar seus narcisismos perdidos. Se o investimento na posição que se ocupa em um grupo advém pela identificação dos membros entre seus Eus, através da devoção ante o que os mantém unidos, pode haver a retirada da libido de outros objetos em favor da manutenção desta formação.

Estar ligado a ela, assim como manter-se aferrado a sua neurose, assegura o fortalecimento do Eu. Desse modo, tanto pelos sintomas neuróticos que se apresentam em análise, como pela massa constituída em torno de uma identidade grupal, através, por exemplo, de um diagnóstico forjado pelo saber médico, a libido é capaz de fixar-se em favor da continuidade dessas formações que em última instância são modos de “enriquecimento” do próprio narcisismo.

O refúgio na neurose suscita também outro benefício, secundário (FREUD, 1905 [1901]/1996). Além de uma satisfação pulsional com o adoecer, este estado pode acarretar privilégios, tais como os obtidos nos tratamentos em instituições psiquiátricas. Muitos médicos no ambulatório pesquisado reagiam negativamente às tentativas de obtenção de auxílios-doença ou aposentadoria por invalidez de alguns de seus pacientes. Estes pedidos eram rejeitados, como o caso das solicitações feitas por Letícia e Jurema que gostariam de ser internadas para que pudessem descansar das adversidades da vida. Isto era tido como absurdo por seus médicos, principalmente quando guiados pelos ideais da reforma psiquiátrica, que preconiza o processo de desinstitucionalização.

Se na neurose realiza-se o abandono dos objetos de amor em favor da doença, isto acontece porque a própria enfermidade ocupa este lugar. Segundo Quinet (2009a, p. 88), “o neurótico ama seu sintoma como a si mesmo porque este lhe é caro (...) como amante (o

melhor amigo) e (...) porque aí se encontra seu capital, ou seja, é aí que sua libido está investida”.

Este ganho primário com o adoecer, tal como examinado por Freud, foi retomado por Lacan, através da denominação “gozo do sintoma”. Se o inconsciente é estruturado como linguagem, o sintoma, como uma de suas produções, também assim o é. Para Lacan (1953a/1998, p. 270), “o sintoma se resolve por inteiro numa análise languageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada”. Nesse sentido, o sintoma passível de ser decifrado mantém ocultos os significantes que suportam seu sentido e sua significação. Se a incógnita na qual se constitui pode ser revelada, isto ocorre pelo encadeamento e o deslizar dos significantes.

É por esta via que o analisante é capaz de receber “sua própria mensagem de forma invertida” (LACAN, 1953a/1998, p. 299), já que sua demanda ao dirigir-se ao analista destina-se ao campo do Outro, fonte dos significantes que o marcam. Para atingir-se a causa do sintoma o trabalho não se calca no significado, mas sim pela posição que um significante ocupa para outro significante.

Entretanto, Lacan, fundamentado em Freud, percebeu que pela própria estrutura do recalque torna-se impossível “um sintoma resolver-se *por inteiro* em uma análise languageira”. Mesmo que pela interpretação analítica os nós de significações sejam desfeitos, algo do significado permanece divergente, resistente ao significante. Esse resto que persiste no sintoma é o gozo, presentificado pela angústia (DIAS, 2006).

O sintoma, para Lacan (1962-1963/2005), é passível de interpretação desde que a transferência estabeleça-se. Ele, contudo, não demanda interpretação. Fundamentalmente, não se configura como um apelo ao Outro. O sintoma organiza-se enquanto gozo; um gozo fálico encoberto, no qual o sintoma basta-se. Através dele o sintoma insiste como forma de satisfação pulsional.

Goza supõe, dessa forma, um corpo afetado pelo inconsciente; um corpo-linguagem, efeito do significante. Não há como supor o gozo fora da estrutura da linguagem, sendo ele, então, definido a partir de um corpo afetado por esta estrutura. É possível pensar, assim, que o sintoma é o modo como o paciente goza do inconsciente.

Dessa maneira, pela estruturação do aparato significante, o falo enquanto falta põe em funcionamento a função fálica para todo falante. Na tentativa de reaver o gozo perdido nesta ordenação, há a busca de suplementação pelo gozo fálico, gozo do Um. Procurando no objeto

a resposta para sua castração, o sujeito goza da linguagem, pelo o que insiste em ser simbolizado (LANDI, 2016).

Como não é possível haver uma completude simbólica, resta experimentar os efeitos da inexistência desse objeto que permitiria a relação sexual, isto é, de dois fazer Um. Com isso, sempre se está orientado pelo gozo fálico distanciando-se de um querer saber sobre a verdade que assinala o furo por onde se instaura o falante. Contudo, diante da perda de gozo, a angústia presentifica-se podendo aparecer como solidão.

Um dos meios de responder falicamente a ela, tentando extingui-la, é demandar uma união para disto retirar uma satisfação. É, nessa medida, que Lacan (1972-1973/1985, p. 163) enunciou: “quem fala só tem a ver com a solidão, no que diz respeito à relação [sexual] que só posso definir dizendo, como fiz, que ela não se pode escrever”. Esta solidão, desse modo, é própria ao falante pela impossibilidade de fazer Um.

Se a relação sexual é da ordem do impossível, a hiância estabelecida pelo campo da linguagem nos permite ter acesso ao que dela escapa como formações do inconsciente, sendo o sintoma um de seus exemplares. Este pode ser tomado pelo analista como questão para que seja decodificado. Contudo, o trabalho de deciframento pela interpretação não deve visar o sentido das palavras, mas sim o fora de sentido, operando um esvaziamento de gozo.

O falante goza de cifrar, de compreender. Em última instância goza de falar. Há um gozo implícito nos efeitos de sentido, em dar sentido às coisas. Para Lacan, todo e qualquer discurso produz sentido acarretando gozo, incluindo o discurso analítico. Entretanto, “o efeito de sentido exigido do discurso analítico não é Imaginário, nem mesmo Simbólico. É necessário que ele seja Real” (LACAN, 1974-1975, p. 92) [tradução nossa]. É, por isso, como veremos no terceiro capítulo, que se o analista pode operar enquanto função, ele o faz a partir da posição de objeto, objeto (a), representante do registro do real.

Foi por identificar no sentido um gozo que Lacan propagava a economia de fala em uma análise. O analista deveria falar o indispensável, não se tornando uma máquina de produção de sentido, o que o levaria a gozar de sua posição. Ao analisante também caberia um tempo próprio à abertura do inconsciente. Nessa medida, o corte da sessão visaria refrear o fechamento desta abertura, o que seria propício de ocorrer através de um falatório por parte do paciente, pelo qual a análise transformar-se-ia em espaço de criação de sentido e gozo.

Desse modo, cabe ao analista saber manejar pela transferência o sintoma que se apresenta, não propriamente tencionando sua supressão que, como vimos, foi um caminho que

Freud já no início de sua clínica rejeitou empreender. Se a interpretação ou algum outro tipo de intervenção dirige-se ao sintoma, não o faz diretamente. Não há, nesse sentido, um ideal terapêutico a ser atingido tal qual a eliminação de sintomas.

O trabalho revela, portanto, diversas implicações a serem consideradas, como as por nós discutidas até este ponto. Abdicar do sintoma enquanto um banco onde a libido está investida (QUINET, 2009a), em favor de novas formas de economia libidinal, recusando os ganhos que a posição de doente traz, não é trivial, o que foi possível de constatar pelas falas das pacientes atendidas e mencionadas nesta pesquisa.

Desse modo, recorreremos ao compêndio realizado por Freud sobre os modos de surgimento das resistências em análise, a partir não apenas do Eu como também do Isso e do Supereu. Esta instância foi abordada indiretamente na primeira parte deste capítulo, através de uma de suas funções, o Ideal do Eu.

2.5 As instâncias psíquicas na produção de resistências no tratamento

Se há a viabilidade de uma análise e, portanto, do estabelecimento de transferência, Freud logo percebeu que ela não prosseguia sem resistência. Em “A Interpretação dos Sonhos” (1900/1996) foi onde definiu pela primeira vez que “(...) tudo o que interrompe o progresso do trabalho analítico é uma resistência” (p. 475). Assim, mesmo que um evento externo ao analisante acarrete a interrupção do trabalho com o inconsciente, depende dele em alguma medida essa suspensão.

Isto vem relacionar-se a como a psicanálise apropria-se do termo “responsabilidade”. Diferente de um uso moral ligado aos costumes e regras, responsabilizar-se implica alguém em uma ética, ética do sujeito, através de uma posição subjetiva frente ao que lhe acomete. Não há, nesse sentido, como não responder pelo acaso e pela surpresa. A pessoa não é, assim, apenas o que escolhe voluntariamente, mas também o que lhe ocorre. Ela é seu próprio acontecimento.

Até 1920, a resistência foi concebida como um produto do consciente, isto é, uma defesa própria da neurose que se exercia mais fortemente, à medida que o analista aproximava-se do material recalcado. De acordo com a primeira tópica, portanto, a resistência

era um obstáculo à expressão deste conteúdo. Se era possível ter notícias do recalcado através de suas formações, como nos sonhos, era porque algo no registro do consciente, como os restos diurnos, ligava-se a ele, servindo a sua manifestação através de deturpações. A resistência, desta forma, não impede o aparecimento do recalcado. Contudo, ela dificulta sua revelação e reconhecimento.

Com a segunda tópica e a ênfase nas instâncias psíquicas do Isso, Eu e Supereu, a resistência passou a estar atrelada ao conteúdo do próprio inconsciente (LACAN, 1953-1954/1985). Em 1923, Freud considerou que mesmo sob o domínio de resistências seus pacientes nada sabiam sobre isso. Eles não conseguiam explicar a interrupção de seus pensamentos, esquecimentos ou o interesse repentino no analista. O fato de não serem capaz de nomear ou apontar a resistência em jogo levou Freud a afirmar que ela procederia de uma parte inconsciente do Eu. O conflito psíquico que antes se instaurava entre a consciência e o inconsciente passou a operar entre o Eu e o recalcado.

Três anos depois, Freud (1926a/1996) ao referir-se às resistências com as quais se deparava nos tratamentos por ele empreendidos agrupou-as em cinco espécies, relacionando-as, então, às instâncias trabalhadas incansavelmente a partir de 1920. Desse modo, ampliou sua consideração de ser apenas o Eu fonte de resistências.

Dele emanariam três delas, diferindo-se entre si por sua natureza dinâmica. A primeira seria a resistência do recalque, como por Freud explorada desde o começo de suas investigações clínicas, e por nós, aqui, trabalhada. A segunda seria a resistência da transferência tendo ela as mesmas propriedades da primeira, contudo diferindo em seus efeitos. Em análise, quando ela surge reaviva o recalque acarretando os obstáculos à rememoração, servindo algo do analista, conforme vimos, a ser utilizado em favor da resistência. A terceira delas diferiria inteiramente das demais. Adviria do ganho proveniente com a doença, tal como averiguamos neste capítulo, baseando-se em uma assimilação do sintoma no Eu.

A quarta vertente da resistência decorreria do Isso. Segundo Freud (1926a/1996), após transposta a resistência do Eu, algo sempre permaneceria a ser desvelado devido à característica de adesividade da libido, isto é, da atração exercida pelos protótipos inconscientes sobre o material recalcado. Se há uma insistência do inconsciente a expressar-se, haveria também um movimento de contrainvestimento ao escoamento de energia, servindo de oposição a sua expressão.

Para Freud estaria relacionado a esta resistência uma compulsão à repetição, tal como desenvolvida por ele em seu texto “Recordar, repetir e elaborar” (1914b/1996). Se a manifestação do material recalcado era dificultada pelo processo de contrainvestimento, a repetição tomaria o lugar da recordação pela via da atuação. Por isso, Freud salienta que: “no final, compreendemos que esta é a sua maneira [do paciente] de recordar” (p.197).

A última face da resistência a ser descoberta, apesar de sua extrema relevância para o desenvolvimento de uma análise, provém do Supereu. Originada do sentimento de culpa, ela acarretaria uma necessidade de punição agindo contrariamente ao êxito do tratamento, através do que Freud denominou de “reação terapêutica negativa”. O Supereu seria uma instância, de acordo com Freud, que teria se diferenciado do Eu ocupando um lugar estratégico entre ele e o Isso. Seria, de fato, um precipitado das primeiras escolhas objetais do Isso, caracterizando-se como herdeiro do complexo de Édipo após sua dissolução (FREUD, 1923/2007).

Ao debruçarmo-nos sobre “Psicologia das massas e análise do eu” foi possível perceber que em 1921, Freud não utilizava ainda o termo Supereu, empregando apenas o Ideal do Eu. No texto “O Eu e o Id” (1923/2007), ele usou indiscriminadamente os dois termos, para adiante incluir o Ideal do Eu como uma das funções da instância do Supereu. Este, por ser capaz de confrontar-se com o Eu, poderia tratá-lo como um objeto aplicando-lhe um rigor, não sem consequências para a vida psíquica da pessoa.

A saúde mental muito depende de o superego ser normalmente desenvolvido - isto é, de haver-se tornado suficientemente impessoal [afastado das figuras parentais]. E é isso precisamente o que não ocorre nos neuróticos cujo complexo de Édipo não passou pelo processo correto de transformação. O superego deles ainda se confronta com seu ego como um pai rigoroso se defronta com um filho: e sua moralidade atua de maneira primitiva devido ao ego ser punido pelo superego. A doença é empregada como um instrumento para essa ‘autopunição’, e os neuróticos têm de comportar-se como se fossem governados por um sentimento de culpa que, a fim de ser satisfeito, precisa ser punido pela doença (FREUD, 1926b/1996, p. 253-254).

O Supereu, portanto, enquanto resíduo de identificação, é o que agencia a satisfação. Ao mesmo tempo em que a demanda, ele a impede, sendo o sintoma uma forma de autopunição imposta ao Eu de modo a agir em conformidade com a moralidade do Supereu. Para o Eu, viver é o mesmo que ser amado pelo Supereu, sendo este não apenas representante

do Isso, como assumindo a função protetora exercida de início pelo pai e, posteriormente, por seus demais representantes (FREUD, 1923/2007).

Freud, ao comentar sobre os obstáculos que se interpõem ao tratamento, disse ser a reação terapêutica negativa o maior perigo dentre eles. No caso do Homem dos Lobos, percebeu que o paciente produzia “reações negativas” temporárias quando algo se esclarecia de modo conclusivo. O resultado conquistado passava, então, a ser questionado, agravando-se o sintoma que havia sido elucidado. A cada nova ideia surgia uma tentativa de apegar-se a algo que perdera seu valor por ter sido ultrapassado pelo tratamento. O paciente tentava, desse modo, recuperar o valor perdido do sintoma (FREUD, 1918 [1914]/1996, citado por COSTA, 2008).

A este fenômeno, presente em diferentes medidas para cada neurótico, corresponderia um fator “moral” enquanto sentimento inconsciente de culpa que revela um trabalho silencioso, já que o paciente não se sente culpado, mas sim doente, sendo este estado fundamental para suprir a necessidade de punição. A forma de satisfação inscrita no sintoma progride, portanto, entre o benefício primário da doença e a autopunição, tendo esta última relação com a pulsão de morte.

Em 1924, ao abordar o problema econômico do masoquismo, Freud apontou um masoquismo moral que faz o fundo da existência para todo o falante. Por derivar da pulsão de morte, a ele corresponde uma parte da pulsão que escapou de expressar-se como pulsão de destruição voltada para o exterior. Como resultado do amálgama entre as pulsões de vida e de morte, a autodestruição utiliza-se de um componente erótico, tendo, então, a dimensão masoquista de cada pessoa um grau de satisfação libidinal.

Nessa medida, ao masoquismo moral vincula-se a reação terapêutica negativa por ela representar a exacerbação da força do sentimento de culpa relacionado a ele. A este masoquismo equivale certa erotização da culpa, apontando o motivo que leva alguns pacientes a suportarem um sofrimento através da punição. Desse modo, o que se evidencia na reação terapêutica negativa não é a culpa, mas sim uma exigência do sofrer ligada ao Supereu. Este quanto mais satisfeito pelos sacrifícios realizados pelo Eu, mais exigente torna-se. Alimenta-se, portanto, das renúncias pulsionais (FREUD, 1924/1996).

Percebe-se, com isto, a articulação entre o Supereu através do que dele apresenta-se em análise como reação terapêutica negativa, e a produção de gozo pela via do sintoma por meio da insistência da doença; um repetir ligado à compulsão à repetição, conforme

trabalhado por Freud em 1920 a partir da pulsão de morte. Logo, “a reação terapêutica negativa é manifestação subjetiva advinda da pulsão de morte, em sua parceria com o supereu, presentificando no percurso de um tratamento um dos nomes do gozo” (COSTA, 2008, p. 63).

Quando a análise proporciona a oportunidade de abrir-se à questão do desejo do Outro através da dimensão da falta-a-ser, o paciente pode recuar, objetivando fazer cumprir o contrassenso de trabalhar contra seu próprio benefício. Se a ética da psicanálise calca-se na pergunta sobre o desejo, Lacan (1959-1960/2008) afirmou que: “a única coisa da qual se possa ser culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido de seu desejo” (p. 373). O sujeito, dividido entre gozo e desejo, ao consentir com este terá rechaçado algo daquele. É preciso, dessa maneira, que “o gozo seja recusado para que possa ser atingido na escala invertida da Lei do desejo” (LACAN, 1960/1998, p. 841, citado por COSTA, 2008, p. 64).

Tendo isto em vista, faz-se necessário a desconstrução de certezas que acabam por produzir a ilusão de consistência e fixidez das representações própria ao registro do imaginário. Se o Eu é o que serve a três senhores – o mundo externo, a libido do Isso e a severidade do Supereu (FREUD, 1923/2007) –, Lacan concebeu como é ele, enquanto efeito imaginário, a própria resistência em jogo em uma análise. Examinaremos, no capítulo que se segue como Lacan trabalhou a distinção entre o Eu e o sujeito do inconsciente, colocando do lado do analista a responsabilidade pelas resistências suscitadas em uma análise.

CAPÍTULO 3. O psicanalista enquanto objeto: resistência, desejo e escuta

3.1 O embaraço entre o ego e o sujeito do inconsciente após a virada de 1920

Se a resistência provém do Eu, Lacan (1953b/1998) reiterou como é no discurso que ela aparece através de elisões, distorções e lacunas. O termo “discurso” utilizado neste momento, bem como nos primeiros seminários e escritos, não equivale ao uso deste realizado por Lacan em seu Seminário 17, “O avesso da psicanálise”, no qual discute os tipos de discursos enquanto laço social, como foi por nós destacado anteriormente neste estudo.

Servindo-se da transferência com o analista, interpõe-se no discurso obstáculos que afastam a investigação analítica do núcleo do recalcado. Desse modo, “a resistência não é considerada, num plano psíquico, como interna ao sujeito, porém unicamente em relação ao trabalho de interpretação” (LACAN, 1954-1955/1995, p. 164).

Para Lacan (1954-1955/1995), disseminou-se, a partir de 1920, uma impostura quando vários autores acabaram por confundir, através de uma leitura às avessas da metapsicologia freudiana, a quem deveriam dirigir-se na análise. Quem era o sujeito do discurso? Se a resistência provinha do Eu, eles acreditavam ter que acolhê-lo na fala, já que seria ele o sujeito do verbo. Passaram, com isso, a fazer um uso deturpado da fórmula freudiana que diz “*Wo Es war, soll Ich werden*”, traduzida em inglês como “*Where id was, there ego shall be*” (LACAN, 1955/1998, p. 418) e em português como “Onde estava o *id*, ali estará o ego” (FREUD, 1933 [1932]/1996, p. 102). O *Ich* foi, portanto, tomado como ego⁶.

As críticas de Lacan (1953a/1998) a estes autores pós-freudianos giravam, desse modo, em torno de uma teoria do ego, pela qual se buscava um aliado na “parte sadia” do Eu do paciente, reformulando a outra parte conforme a realidade. O sujeito transformado em um *id* teria que se submeter a esta parte coerente do ego. Por isso, a interpretação do enunciado freudiano como: “Onde está o *id*, ali estará o ego”.

Partindo do princípio de que todas as formulações são sistemas de defesa, Anna Freud, maior representante desta psicologia do ego, acreditava que o analista deveria proceder à

⁶ A referência aqui é a tradução do alemão para o inglês, realizada por James Strachey, em colaboração com Anna Freud. A tradução do inglês para o português foi realizada pela Imago, através da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Esta versão manteve a perspectiva da tradução inglesa em que o “*Ich*” aparece como “ego”.

análise das resistências que se interpunham entre o paciente e ele. Considerava que a defesa dos pacientes voltava-se, na verdade, contra a própria pessoa do analista a partir da instauração da transferência. O ego seria, assim, centro de uma psicanálise adaptativa (LACAN, 1954-1955/1995).

Na concepção de Lacan isto representava uma imprecisão teórica e de consequências negativas para a clínica, já que não levava em conta uma distinção fundamental entre o ego e o Eu. Foi ele quem enfatizou esta diferença, não explícita em Freud, entre um ego, *das Ich*, que se localiza no registro imaginário, e um sujeito do inconsciente, *Ich*, que se origina do registro simbólico. O artigo “*das*” em alemão marca o substantivo, definindo-o enquanto unidade. Por isso, para Lacan (1955/1998) o sujeito do inconsciente não é precedido por este artigo - como é o caso do ego - devido à sua condição de descentramento. Ele aproveitou, dessa forma, a discriminação presente na língua francesa entre *moi* (ego) e *je* (Eu), já explorada pelo gramático Edouard Pichon (RINALDI, 1996).

Realizando um retorno a Freud, propôs uma teoria do sujeito do inconsciente. “Sujeito” não é uma noção freudiana. Foi importado da filosofia francesa por Lacan que fez dele um conceito-chave de sua teoria sobre o psiquismo, fundamentada em Freud (GOLDENBERG, 2014). Para Lacan, a psicanálise não existiria sem as bases da filosofia cartesiana do “Cogito” que promoveu no século XVII a ciência moderna. Todavia, com a revelação do inconsciente por Freud o sujeito da consciência não seria mais senhor em sua própria morada. O ego consistiria na sede das resistências e em fonte de desconhecimento (RINALDI, 1996).

Freud considerava como já no século XVI passou a ocorrer a destruição de um engodo narcísico através dos estudos realizados por Copérnico. Não seria a Terra o centro do sistema planetário, mas o sol. Seguido deste golpe cosmológico, a humanidade teria vivido outro, um golpe biológico, no século XIX, com Darwin. Ele pôs fim à presunção humana de conceber-se como superior aos outros animais pela sustentação da teoria da descendência. A terceira ferida narcísica foi a instaurada pelo próprio Freud com a revelação do inconsciente enquanto o que governa o homem, isto é, o ego seria impotente frente às suas convicções (FREUD, 1917/1996).

Segundo Milner (1996), a afirmação de ser o ego um efeito de estrutura, sendo o nome próprio da função do imaginário, vincula-se ao golpe cosmológico conforme retomado por Lacan. Se Freud instaurou um golpe psicológico ao deslocar a consciência do lugar central

que ocupava, Lacan discordou dele quanto a julgar Copérnico o causador de um primeiro abalo na estabilidade do ego.

Copérnico possibilitou a mudança de pensamento do antropocentrismo para o heliocentrismo. Contudo, a verdadeira revolução ocorreu, para Lacan, com Kepler que atestou possuir o sistema solar não apenas um centro, no qual estaria o sol, mas dois. Esse segundo centro não seria físico, mas, de direito, seria calculável e inferível pela ciência. Por conta do jogo de forças envolvido entre os dois centros o movimento dos astros em torno do centro físico não seria circular, porém elíptico.

É, nessa medida, que a primeira e a terceira ferida narcísica podem associar-se. Sendo o ego gestáltico, ele evidencia-se pelo horror às leis da ciência e à letra que são indiferentes à boa forma. Se o inconsciente é o que se produz através da letra enquanto contingente e calculável, o ego, como aquilo que supõe a completude tal como uma esfera, isto é, a possibilidade de fazer Um, surge como resistência a isto (MILNER, 1996). O inconsciente, assim, é o que escapa do círculo das certezas no qual o homem reconhece-se como um Eu (moi) (LACAN, 1954-1955/1995).

O eu, tal como opera na experiência analítica, nada tem a ver com a suposta unidade da realidade do sujeito que a chamada psicologia geral abstrai como instituída em suas "funções sintéticas". O eu de que estamos falando é absolutamente impossível de distinguir das captações imaginárias que o constituem dos pés à cabeça (...) (LACAN, 1954/1998, p. 375).

Dessa forma, Lacan subverteu o cogito cartesiano ao demonstrar como o Eu, em sua função imaginária, sustenta a ilusão de uma “suposta unidade da realidade do sujeito”. Essa consistência, entretanto, revela-se na análise empreendida desde Freud como enganadora, já que opera tentando encobrir a descontinuidade e a falta que marca o sujeito do inconsciente.

No lugar do “eu penso, logo existo” proferido por Descartes, Lacan afirmou que “penso onde não sou, logo, sou onde não penso” (LACAN, 1966, p. 248, citado por RINALDI, 1996, p. 30). A certeza do pensamento estaria, assim, do lado do ego, mas não seria aí que o sujeito existiria. É como sujeito do inconsciente (*je*) que ele é; efeito do deslizar da cadeia de significantes enquanto não apreendido, não fechado em si mesmo. O analista, nessa medida, não deve estimular o comparecimento do ego, já que esta construção imaginária opera obstruindo o deslocamento e assunção do sujeito.

Desse modo, para Lacan (1955/1998), o que Freud quis dizer com a frase “*Wo Es war, soll Ich werden*” é que no lugar [Wo] onde o sujeito [Es], desprovido de qualquer artigo que o objetive [das], era [war], neste lugar mesmo que devo [soll] Eu [Ich] estar aí, com a palavra. Nesse sentido, o “Es” refere-se ao sujeito não em sua totalidade, mas em sua abertura, que através da operação analítica, no fim da análise, “deve estar com a palavra, e entrar em relação com os verdadeiros Outros” (LACAN, 1954-1955/1995, p. 311). É, assim, que o sujeito do inconsciente surge. Há, portanto, uma dessemelhança radical entre o sujeito e o espaço do ego. Eles não se equivalem e de alguma forma conflitam, na medida em que o ego interpõe-se à expressão do desejo.

Contudo, como reconheceu Freud, só é possível ter notícias do inconsciente pelas resistências em jogo. “Se não houvesse interposição, resistência do eu, efeito de atrito (...) os efeitos da comunicação no nível do inconsciente não seriam apreensíveis” (LACAN, 1954-1955/1995, p. 156). As resistências, desse modo, fazem parte da dinâmica psíquica, não sendo possível extingui-las por completo. É necessário, contudo, um trabalho para dispersá-las através da aposta na fala sustentada pela escuta do analista.

Cabe, dessa maneira, ao analista utilizar as resistências a favor do progresso do discurso, apostando na insistência do inconsciente que no tropeço da fala revela a verdade do sujeito. Para Lacan (1953-1954/1985), é cedendo às resistências que é possível dissipá-las, agindo o analista como um bom cozinheiro que sabendo cortar bem um animal destaca a articulação nos pontos de menor resistência. Assim, se um analisante chega à análise reclamando que ela não funciona, o analista deve ignorar esse falatório que pode estar atrelado à resistência, detendo-se no fato de que se ele compareceu à sessão é porque tem algo a dizer. Se a resistência surge como efeito da própria análise que favorece o retorno do recalco não convém ao analista confrontá-la (JORGE; FERREIRA, 2005).

Dizer, por exemplo, ao analisante que ele está resistindo equivale ao que Freud testemunhou com Bernheim, em 1899, época em que os médicos sem conseguirem exercer sua influência comunicavam ao doente que ele estava contra sugestionando-se. A culpa pelo fracasso do tratamento era, portanto, imposta ao paciente (LACAN, 1954/1998).

O mesmo ocorria, segundo Lacan (1954-1955/1995), com a psicologia do ego. A análise a partir desta clínica estaria calcada em uma relação dual, próximo a uma pedagogia, levando o paciente a identificar-se com o Eu ou o Supereu do analista. Este seria considerado como um ser purificado por ter levado a cabo uma análise, atingindo o objetivo de ter ele

também se identificado com o Eu ou o Supereu de outro analista. Concerniria, assim, aos analistas servirem de modelos para uma eficácia terapêutica.

O que é visado, neste caso, é um trabalho com as demandas, suprindo-as através da sugestão via transferência. Esta sugestão seria o motor para a conquista do ego de partes do *id*. As pulsões passariam a ser domesticadas através de uma objetivação do processo psíquico. Para Lacan (1954-1955/1995), tal prática estaria fadada ao fracasso, pois como o próprio Freud teria percebido gera-se um acréscimo de defesas na forma de sintomas. Pode-se dizer, com isso, que o sistema de defesas manifestado em análise não equivale a uma resistência à pessoa do analista, mas sim uma resposta contra a sua influência a partir da sugestão.

Sendo esperado haver resistências no tratamento por parte do paciente o que se almeja do lado do analista é que ele não se contraponha a elas que são, em última instância, momentos de fechamento do inconsciente. É necessário que o analista guie-se pela premissa de Freud (1920/2006), retomada por Lacan (1954-1955/1995), de que o inconsciente não resiste, mas sim insiste.

O para além do princípio do prazer está expresso no termo *Wiederholungszwang*. Este termo está inapropriadamente traduzido em francês por *automatisme de répétition*, e creio estar dando-lhes um melhor equivalente com a noção de *insistência*, de insistência repetitiva, de insistência significativa. Esta função está na própria raiz da linguagem na medida em que esta última traz uma dimensão nova, não no mundo, diria eu, pois é justamente a dimensão que torna um mundo possível na medida em que um mundo é um universo submetido à linguagem (LACAN, 1954-1955/1995, p. 259).

Se o desejo surge pela dimensão simbólica da palavra, Lacan considerou que sua expressão pode ser tolhida pelo analista, caso este sem apostar na insistência passe a crer que é ele quem sabe o que deve ser feito em prol desta expressão, agindo com sua pessoa a fim de atingir certo ideal terapêutico. Nesta medida, discutiremos mais pormenorizadamente no que se segue como Freud destacou a importância do analista atentar-se para o poder que sua posição poderia levá-lo a exercer.

Ele mesmo foi humilde em reconhecer que em alguns casos, como no de Dora, seu domínio sobre ela levou-o a uma rápida compreensão do que se passava, fazendo-o cometer um “erro técnico” (FREUD, 1905 [1901]/1996, p. 113) ao confundir qual era o verdadeiro interesse da jovem, o que não foi sem consequências para a interrupção da análise por ela.

Retomaremos o ocorrido, tendo as considerações de Lacan como suporte de nossa investigação.

3.1.1 A contratransferência e o caso Dora

Embora Freud não tenha explicitado o termo “resistência” para falar do analista, conforme enunciado por Lacan, sempre foi sua preocupação o modo como este encaminhava o trabalho com o inconsciente. Seguindo-o, Lacan (1958/1988) ressaltava que se o analista dirige o tratamento, não é ele, contudo, quem dirige o paciente. A abstinência deveria ser, assim, colocada em prática a fim de que o analista não se desviasse de sua escuta.

Neste ponto muitos teóricos equivocaram-se na leitura freudiana, considerando que a abstinência equivaleria a negar qualquer satisfação ao paciente. Para eles, o analista não deveria consentir com o apaziguamento de forças que pudessem opor-se à análise. Freud (1915 [1914]/1996), entretanto, foi claro quanto ao abrandamento de algumas pulsões. Se não houvesse algum tipo de satisfação, a análise tornar-se-ia inviável. O paciente não suportaria tal imposição.

Contudo, por mais que existam substitutos às exigências pulsionais, cabe ao analista não ser ingênuo quanto a eles. Os próprios sintomas servem, como vimos, de satisfação substitutiva, sendo este um dos motivos pelo qual o paciente aferra-se à doença. A melhora de um sintoma reduz a força pulsional que é utilizada no tratamento. Sendo essa força indispensável, sua diminuição traz riscos à finalidade da análise.

Por isso, deve-se cuidar para que o sofrimento do paciente não se dissipe prematuramente, isto é, até que os conteúdos recalçados possam ser suficientemente trabalhados (FREUD, 1919 [1918]/1996). Assim, se por um lado, a satisfação permite o prosseguimento da análise, por outro, não deve advir de uma resposta à demanda tal como exigida pelo paciente. É preciso que seu anseio persista enquanto libido a ser direcionada para o trabalho analítico, a fim de efetuarem-se mudanças.

O analista, dessa forma, deve manter-se atento à sua conduta. Para Freud (1919 [1918]/1996, p. 214):

(...) a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.

O termo “contratransferência” foi utilizado apenas quatro vezes na obra freudiana⁷, correspondendo ao conjunto da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista. Torna-se essencial ao tratamento o controle desses sentimentos através de um espaço onde o analista possa examinar “seus próprios complexos e resistências internas” (FREUD, 1910a/1996, p. 130) para que estes não afetem sua ação.

Dessa forma, era imprescindível, segundo Freud (1926b/1996), que o analista também estivesse em análise. Ela não serviria somente como forma prioritária de apreender a técnica psicanalítica para além de uma formação e uma supervisão com analistas mais experientes. Deveria também ser mantida de tempos em tempos, a fim de que as pulsões adormecidas no analista, que pudessem ser despertadas pela fala de seus pacientes, não o levassem a confundir o que escuta com suas questões pessoais (FREUD, 1937a/1996).

Contudo, Lacan salientou como contemporâneos de Freud, principalmente da primeira e segunda geração de analistas, teriam compreendido equivocadamente suas recomendações quanto à contratransferência. Em seu Seminário 8, “A transferência”, Lacan (1960-1961/1992) discutiu a concepção da época de que seria possível a uma análise didática levada a seu termo produzir a eliminação de quaisquer pontos cegos, revelando uma espécie de esgotamento do inconsciente do analista que alcançaria, com isso, um ponto ideal de purificação.

Essa consideração ocorria pelo fato de muitos pós-freudianos reduzirem a experiência analítica a uma dialética intersubjetiva, como se houvesse uma semelhança entre a posição do analista e do analisante capaz de retirar de cena qualquer mal-entendido que despertasse no analista afetos desviantes de sua escuta. Se era possível existir uma equiparação entre eles, outros teóricos, como os kleinianos, julgavam necessário utilizar a contratransferência como operador no processo de interpretação. O analista ao sentir algo em relação a seu analisante

⁷ Duas vezes no texto “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica” (FREUD, 1910a/1996), e mais duas vezes em “Observações sobre o amor transferencial” (FREUD, 1915[1914]/1996).

deveria comunicá-lo disto, a fim de que este pudesse associar a partir de seu dito (LACAN, 1953a/1998).

Lacan criticou veementemente esta conduta. Primeiro, por ela sustentar uma ideia de que a psicanálise trabalha calcada em sentimentos como se o tratamento ocorresse pela troca de emoções entre os envolvidos, sendo papel do analista orientar-se por elas para atingir o inconsciente. Se a dialética, como afirmou Lacan (1953-1954/1985), está no plano do discurso, é através da enunciação que o sujeito pode advir e não movido por emoções.

Quando Freud descobriu que os sintomas falam não o fez pela busca do sentimento que estaria na base deles, mas sim pela tentativa de apreender como eles organizavam-se no campo discursivo. Outra questão seria que cogitar a possibilidade de existência de uma relação dual em análise desconsideraria o fato de que foi através do Outro que o inconsciente evidenciou-se a Freud. Se há a função do Outro em causa, sempre haverá um inesgotável a ser revelado.

É preciso realmente admitir que não existe em ninguém qualquer elucidação exaustiva do inconsciente, por mais longe que seja levada uma análise. Admitida essa reserva do inconsciente, pode-se conceber muito bem que o sujeito advertido, precisamente, pela experiência da análise didática, saiba, de alguma maneira, tocar nela como num instrumento, como a caixa do violino do qual, aliás, ele possui as cordas. Assim mesmo, não é de um inconsciente bruto que se trata nele, mas de um inconsciente mitigado, um inconsciente mais a experiência desse inconsciente (LACAN, 1960-1961/1992, p. 184).

Presumir um viável deciframento total do inconsciente, criaria o que Lacan (ibid) chamou de ideal estóico, uma imagem de apatia por parte do analista, como se este conseguisse através de sua análise e formação tornar-se imune às paixões, a qualquer atração ou aversão desencadeada pela fala de seus pacientes. Desse modo, a neutralidade ou abstinência, tal como empregada por Freud, não corresponde a esta apatia. Se há transferência em uma análise, permanentemente a contratransferência estará em jogo por ser ela efeito da própria transferência.

Entretanto, mesmo não sendo possível a eliminação da contratransferência, uma batalha deve ser travada por cada psicanalista contra forças que procuram colocá-lo abaixo do plano analítico (FREUD, 1915 [1914]/1996), isto é, “ele não pode tolerar quaisquer

resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente” (FREUD, 1912b/1996, p.154).

Freud ao transmitir tal advertência o fez por ter ele mesmo se deslocado, em alguns momentos, de sua escuta, em prol de algumas certezas. Isto lhe ocorreu, por exemplo, no caso de Dora, atendida por ele, em 1900, por conta de uma tosse nervosa. Para Lacan (1953a/1998), a contratransferência não analisada de Freud desvirtuou-o em sua intervenção, acarretando o abandono da análise pela paciente, através da instalação da chamada transferência negativa.

Lacan teceu uma exploração sobre o caso, desenvolvendo diversos comentários ao longo de toda a sua obra. Em 1951, deteve-se em um exame detalhado do percurso de três meses de análise de Dora com Freud. Em um primeiro momento, ela colocou o analista à prova testando se ele era tão hipócrita quanto o pai dela, passando a contar-lhe sua história. Há anos, o pai era amante de uma mulher, Sra K., de quem ela tornou-se próxima, tomando conta, inclusive, de seus filhos. Queixou-se a Freud de que ela estaria sendo moeda de troca, pois seu pai estaria fechando os olhos para o fato do Sr. K. estar investindo nela.

Ao invés de ser complacente com a narrativa da jovem, acalmando-a quanto às suas preocupações, rebaixando, assim, certa angústia, Freud tomou o caminho de uma primeira inversão dialética. Dora tentou incluí-lo em seu drama edípico dizendo ter sido colocada na história do pai com a Sra. K. sem ter qualquer gerência sobre isso, perguntando o que ele faria para mudar aquela situação. Ao invés de um conselho, ela escutou de Freud uma interrogação: “qual é sua própria parte na desordem de que você se queixa?” (FREUD, 1905 [1901]/1996, citado por LACAN, 1951/1998, p. 218).

Com esta pergunta Freud frustrou o pedido de apoio de Dora, o que poderia reduzir sua potência de fala. Sustentou, assim, um vazio para que nele fosse ela a trabalhar, passando da queixa à demanda de análise. Como vimos no primeiro capítulo, uma demanda de análise constitui-se quando o sintoma ganha valor de mensagem, isto é, quando o paciente passa a confrontar-se com o lugar que assume em seu discurso. Ao questionar, por exemplo, o motivo de ela manter-se cuidando dos filhos dos K., Freud tocou em algo que a implicou.

Surgiu, então, na análise, um segundo momento, em que se revelou certa cumplicidade entre o quarteto – Dora, o pai e os K. Havia um acordo implícito, pelo qual Dora mantinha-se em silêncio, exercendo uma proteção vigilante para o casal de amantes. Foi por ela que o

romance pôde perdurar. No entanto, em dado momento, nela irrompeu um ciúme em relação ao pai. Passou a não mais querer que ele continuasse próximo aos K.

Freud (1905 [1901]/1996) questionou-se sobre o que teria acarretado este estado súbito em Dora. Disse ser seu comportamento semelhante ao de uma esposa ciumenta, o que o levou a considerar que ela estaria identificada a sua mãe. Além disso, pelo modo como sua fantasia desenvolvia-se, ela também deveria estar colocando-se no lugar da Sra. K. Identificava-se, portanto, com as mulheres, a quem o pai amou um dia e a que ele amava naquele momento.

Apenas com o rompimento da análise Freud identificou que o repentino ciúme despertado em Dora estaria mascarando na verdade um interesse dela não pelo pai, mas pela Sra. K. Era com o pai que ela estava identificada através de uma série de sintomas, tomando a Sra. K. como objeto de investimento. O que ocorreu, segundo Lacan, para que Freud não notasse esta inversão edípica, a homossexualidade em Dora? Ele perdera a oportunidade de orientar a paciente para o reconhecimento do que era para ela a Sra. K. por ter tomado a concepção do complexo de Édipo como natural, e não como normativo (LACAN, 1951/1998).

Em sua época, era comum julgar que o desejo de uma mulher voltava-se sempre para um homem. Calcado nesta ideia, ele desenvolveu sua teoria sobre a trama edípica na neurose sustentando que a menina identificava-se com a mãe, buscando em outro homem o que o pai representava em sua fantasia. Apenas posteriormente Freud avançou em seus estudos sobre a feminilidade, e também sobre a dupla identificação e investimento objetal em ambos os pais, por parte dos filhos de ambos os sexos.

Se tanto meninas quanto meninos identificavam-se e amavam pai e mãe em diferentes momentos da história edípica, esta não decorreria de um progresso natural dos modos de relação humana. Seria sim um desdobramento de como as normas transmitidas pela cultura, e a posição de cada um diante delas, organizava o psiquismo de cada falante.

Freud, portanto, deixou escapar a possibilidade de interrogar Dora sobre a lealdade que ela demonstrava ter com a Sra. K., o que o levaria, assim, a uma terceira inversão dialética. Se ele não se atentou para a idolatria da jovem foi por estar fixado à ideia de que ela deveria amar um homem, o Sr. K., e que o desejo por ele estaria recalcado. Para Lacan (1951/1998), Freud não apenas acreditava que Dora o punha no lugar do pai, como também o fazia em relação ao Sr. K. Em verdade, Freud estava por demais identificado a este homem,

por quem nutria uma amizade de longa data sendo o Sr. K., inclusive, quem lhe apresentou ao pai de Dora.

Ademais, Lacan (1955-1956/1997) salientou que o erro, denominado por ele de preconceito, cometido por Freud em relação ao objeto do desejo de Dora ocorreu por ele estar muito implicado na questão do objeto, não fazendo intervir a duplicidade subjetiva na base do processo. Ele perguntara-se pelo o que Dora desejava antes de perguntar-se quem desejava em Dora.

Não era Freud quem ela identificava ao Sr. K., mas sim ela mesma. É por estar identificada a ele que o ciúme surgiu nela após uma cena em um lago onde ele, ao propor-lhe casamento, disse a frase: “minha mulher não é nada para mim” (FREUD, 1905 [1901]/1996, citado por LACAN, 1951/1998, p. 223). Foi neste momento que a relação entre o quarteto passou a declinar, pois se Dora voltava-se para a Sra. K. era através da questão: o que é ser uma mulher?

Era esta senhora, e não a mãe de Dora, quem atraía a atenção de seu pai e do Sr. K., que no lago revelou estar em outra posição; não mais como amante da esposa. Se o desejo é desejo do Outro, na medida em que o falante não possui objeto que se constitua para seu desejo sem algum intermédio (LACAN, 1946/1998), ao confessar a Dora que não se interessava mais pela mulher, ele retirou-se do lugar de mediação que ocupava na fantasia da jovem, o que servia de sustentação de seu desejo.

O não reconhecimento de Freud desta dinâmica levou-o a insistir, de forma a tentar exercer um poder sobre a paciente. Em uma sessão anterior ao rompimento da análise, ele comentou acreditar ter conseguido fazê-la aceitar o que ele dizia sem mais contradizê-lo (FREUD, 1905 [1901]/1996, citado por LACAN, 1951/1998, p. 223). Foi por supor saber o que ela queria que, sem perceber, promoveu a mobilização de defesas psíquicas, o que levou a atuação de Dora pelo abandono do tratamento.

É, neste sentido, que “a resistência do sujeito, quando se opõe à sugestão, é apenas desejo de manter seu desejo. Como tal, conviria incluí-la na categoria de transferência positiva, já que é o desejo que mantém a direção da análise, fora dos efeitos da demanda” (LACAN, 1958/1998, p. 642). Logo, considerar a transferência como negativa por ela acarretar dificuldades em uma análise não seria, para Lacan, adequado. Se o analisante defende-se da sugestão o faz em prol do movimento desejante, único objetivo sustentado pela psicanálise, evidenciando a positividade da transferência.

Se o inconsciente não resiste, mas insiste, a defesa a favor do desejo não seria, de acordo com Lacan, precisamente uma resistência. É por esta razão que ele afirmou em várias ocasiões não existir outra resistência em análise, senão a do próprio analista. Discutiremos como ele defendeu tal concepção.

3.1.2 Resistência do analista: a única resistência verdadeira em uma análise

No Seminário 2, “O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise”, Lacan (1954-1955/1995) salientou a diferença existente entre a insistência do inconsciente, a resistência no tratamento analítico e a inércia própria à função imaginária do ego. O termo “inércia” já era utilizado por Freud a partir de sua descrição por Jung. Uma inércia psíquica peculiar que se opunha à modificação e ao progresso seria condição fundamental da neurose (FREUD, 1915/1996).

A libido apresentaria, assim, a característica de fixar-se a determinadas representações, dificultando o abandono de uma posição antiga por outra nova. Quando a análise desperta novas trilhas para a pulsão é frequente observar que ela não ingressa nelas sem alguma hesitação (FREUD, 1937a/1996).

A nosso ver, Lacan (1954-1955/1995), ao retomar esta discussão, o faz a partir da descrição da noção de inércia tal como estudada pela física moderna. Neste campo, a inércia define-se como uma resistência que a matéria oferece à *aceleração*. Há, assim, para que se estabeleça a resistência, a necessidade de uma força que se contraponha ao estado inercial da matéria.

Cabe ressaltar, que a inércia não é em si ausência de forças operantes em um corpo, mas sim que a soma das forças é nula, por intervirem em sentidos contrários. Esta consideração mostra-se importante pelo fato de que se há a ação de forças, há trabalho. A inércia psíquica, neste caso, não equivale a uma ausência de trabalho psíquico por parte do analisante, mas sim configura o somatório das forças envolvidas na dinâmica que se anulam por contraporem-se. É neste sentido que é possível apreender a concepção de Freud, por exemplo, sobre as dualidades psíquicas, como um trabalho de forças atuantes e opostas.

Retornando à dimensão da física, Lacan pretendeu evidenciar a desorientação de muitos analistas quanto a julgarem seus pacientes como resistentes. A inércia,

particularmente, não carrega a propriedade de qualquer espécie de resistência. Se surge alguma resistência, na acepção de *Widerstand*, obstáculo, oposição a uma força, ela não deve ser procurada em outro ponto a não ser nos analistas. Quem aplica uma força suscita resistência (LACAN, 1954-1955/1995). Como isto ocorre em uma análise?

O analista, tomando as palavras de Freud à sua serventia, passa a dispersar-se com o que se defronta. Acredita, por compreender de modo simples, que se o desejo sexual está no âmago do humano bastaria apontar ao paciente qual é de fato o objeto de seu desejo. Desse modo, engana-se duplamente: quanto ao que vem a ser o trabalho de interpretação, e quanto ao que vem a ser o objeto do desejo.

De acordo com Dunker (2016), a interpretação configura-se como o conjunto de mudanças enunciativas que cercam a posição do sujeito, a estrutura discursiva e o conteúdo de uma significação relativo a um segmento de análise. O processo interpretativo não se restringe a um pronunciamento do analista. Se há um agente neste processo, pode-se dizer que ele é o próprio inconsciente. Para Lacan (1964/1988), os cortes, pontuações e convocação do analista a ressignificações apenas recobrem o fato de que o jogo do significante nas formações inconscientes já procedeu por interpretação pela presença do Outro na revelação subjetiva, uma vez que ele já está em qualquer abertura fugidia do inconsciente.

Dessa forma, a interpretação é o modo pelo qual o analista convida o analisante a escutar o produto de sua associação livre, envolvendo-o em seus ditos, indicando as repetições em seu discurso e também questionando o seu dizer através da indicação de semelhanças e discrepâncias em sua enunciação. Trata-se de recolher as consequências radicais do que foi dito, o que difere de uma tentativa de convencimento ou persuasão do analisante sobre um dado conteúdo. O intuito é que o analisante possa confrontar-se com o irreconhecível, estranho ou inconciliável (DUNKER, 2016).

Para tal, faz-se necessário a alusão ao objeto do desejo. Lacan (1962-1963/2005) apropriou-se da tradição filosófica moderna, através da fenomenologia husserliana, visando realizar um contraponto quanto à questão da função da intencionalidade que, segundo ele, gera mal-entendidos no que se concebe como objeto do desejo. Conforme Husserl, todo objeto seria objeto para uma consciência. Ademais, toda motivação do sujeito seria consciente, estando na esfera da intencionalidade.

Pode-se dizer que Freud despertou uma contradição implicada nesta ideia ao observar como, por exemplo, nos atos falhos o paciente, ao intencionar dizer algo, acabava por

expressar outra coisa, o que desviava o pensamento consciente para a cena do inconsciente. Se existem falas que malogram em sua intenção consciente, nem todo conteúdo intencional estaria disponível à consciência. O “querer dizer” permanece, assim, na ordem do não sabido, expressando-se por sintomas, sonhos, atos falhos, etc..

Lacan radicalizou esta ideia ao afirmar que o objeto de que se trata no desejo não deve ser localizado em o que quer que seja de análogo à intencionalidade, isto é, o objeto não está na intencionalidade do desejo. Por isso, o objeto (*objekt*) que Freud destacou como sendo o da pulsão é inteiramente diferente do que é seu alvo (*ziel*) (COSTA-MOURA, 2006). Se, como tomado pela psicanálise, este objeto não é passível de ser captado pela consciência na operação do pensamento, pode-se considerar que ele não está como que à frente do desejo, mas sim atrás, sendo-lhe causa; a causa do desejo, representado pelo objeto (a) (LACAN, 1962-1963/2005, p. 114-115).

Um analista ao confundir o objeto com o alvo da pulsão pode fixar-se na miragem que representa certa intencionalidade, crendo existir um objeto para o desejo sexual como um alvo a ser atingido. Bastaria, então, dizer ao paciente: o senhor não percebe, mas o objeto está aí. É isto que o senhor deseja (LACAN, 1954-1955/1995).

Retomando o caso Dora, é possível averiguar que esta atitude assemelha-se àquela tida por Freud quando, na certeza de que o objeto sexual dela era o Sr. K., fez-lhe pressão para que, em última instância, ela reconhecesse-se que ele estava certo em sua teoria. Segundo Lacan, apontar ao analisante um dado objeto para que se satisfaça com ele não funciona, já que isto equivale a responder a demanda pela via da sugestão.

Neste momento, muitos analistas julgam que seus pacientes resistem acreditando ser necessário aplicar-lhes força, a fim de que possam ir mais adiante, ao encontro do objeto do desejo. Ao conduzir o paciente sucumbem ao próprio engodo, supondo ser necessário extirpar qualquer inércia que se contraponha ao trabalho analítico. Em verdade, é pela influência que tentam exercer, ou seja, pelo poder que o tratamento confere-lhes, que eles geram o fortalecimento das defesas psíquicas no analisante.

Desse modo, são eles que resistem, pois se confiassem na insistência do inconsciente saberiam esperar até que o analisante estivesse no ponto de fazer advir pela fala o desejo, como uma nova presença no mundo. Ao mesmo tempo em que se introduz esta presença, cava-se também a ausência, o que sustenta o desejo enquanto desejo de outra coisa. A ação

eficaz de uma análise seria, assim, que o analisante conseguisse reconhecer seu desejo que não está atrelado a um objeto dado, pronto para ser coaptado (LACAN, 1954-1955/1995).

Nessa medida, é por compreender que os analistas acabam resistindo. Em supervisão, Lacan (ibid, p. 115) costumava alertar:

(...) cuidem principalmente de não compreender o doente, não há nada como isso que os possa pôr a perder. O doente diz uma coisa que não tem pé nem cabeça e, ao relatá-la, dizem-me – *Pois bem, entendi que ele queria dizer isso*. Quer dizer que, em nome da inteligência, há mera e simplesmente elisão daquilo que deve deter-nos, e que não é compreensível.

Pode-se considerar que a sentença “em nome da inteligência” refere-se a uma resistência teórica, pela qual o saber é tomado pelo analista como uma forma de proteção diante do irreconhecível, estranho ou inconciliável que advém da fala de seus analisantes. Kehl (2009) frisa que muitos autores lacanianos esforçam-se por desenvolver um estilo obscuro utilizando Lacan como modelo a ser seguido. Buscam, assim, guiar-se por um ideal, lugar que Lacan sempre rejeitou ocupar. Disse ele: “sigam meu exemplo, não me imitem” (LACAN, 1975/1988, p. 81) [tradução nossa]. Pede, portanto, aos analistas que inventem um estilo próprio, colocando algo de si na psicanálise, não se identificando com ele.

Se eles agarram-se à teoria, crendo que esta os assegura de sua prática, promovem uma resistência em análise por não se responsabilizarem pela ética em que devem estar implicados. O que se espera de um analista é uma resposta, com ou sem palavras, digna de abertura do inconsciente que ele possa causar (GOLDENBERG, 2013). Para tal, não pode responder do lugar de saber, pois assim fecha a escuta para a dimensão significativa que por sua estrutura não está atrelada a qualquer significado.

Se ele opera atribuindo sentido o faz a partir de seu próprio ego, isto é, agindo através de uma especularidade. Como vimos no primeiro capítulo, através do esquema L utilizado por Lacan (1954-1955/1995), o analista pode responder do lugar de a', através de um acoplamento egóico, no qual é convocado pelo analisante, em transferência, a estar. Mantém-se, assim, em uma relação imaginária (a-a') por onde faz intervir sua própria neurose, sendo capaz de tomar o analisante como objeto para ser amado ou odiado.

No ambulatório, alvo de nossa pesquisa, em supervisão, alguns analistas procuravam soluções que pudessem aliviar seus pacientes dos sofrimentos da vida. Uma analista julgava ser necessário que sua analisante tivesse raiva da mãe, pois ela própria sentia raiva da mulher,

assumindo a descrição que a paciente fazia sobre a mãe a partir de sua fantasia como um fato que merecia repúdio. Pressionava a analisante, neste sentido, para que falasse mal da mãe, o que pode ter colaborado para a desistência da análise por parte da paciente.

Alguns outros reclamavam das faltas constantes de seus pacientes, comunicando-lhes, inclusive, que não podiam faltar sem aviso, pois ali eles não pagavam como em um consultório particular, não tendo certos direitos. Outros mais, incomodados pelo tempo que muitos analisantes permaneciam em tratamento na instituição, acreditavam que se deveria trabalhar em prol da saída deles, pois fora dali teriam mais oportunidades de socialização e trabalho.

Guiavam-se, assim, pelo o que supunham ser melhor para seus analisantes, prescindindo da escuta, já que tomavam a si próprios como meio de orientação. Estes exemplos revelam as confusões imaginárias que podem acarretar impasses nas análises. Para Lacan pelo viés imaginário cada vez que se quer o bem de alguém, com efeito, quer-se o seu mal. Ao amar-se um outro, é a si mesmo que se ama (LACAN, 1954-1955/1995). Muitas vezes, por ficar angustiado frente ao que escuta o analista cai no engano. Quer apressar uma resposta quando de fato a questão está do seu lado, e não no do paciente.

Lacan (1955-1956/1997) não refutava a dificuldade que é para o analista conservar-se fora dos efeitos imaginários, não permitindo o comparecimento de seu ego nas análises empreendidas. Pelo contrário, dizia que em certo sentido “o analista jamais é completamente analista pela simples razão de que é homem, e de que participa, ele também, dos mecanismos imaginários que dificultam a passagem da fala” (p. 186). Assim, pode-se considerar que sempre haverá resistência por parte do analista, o que não significa que ele não se esforce a cada vez para não se identificar com o sujeito.

Se não é com seu ego que deve operar, não o faz a partir de seus complexos, no dizer de Freud, ou de seu fantasma, como formulado por Lacan. No percurso de uma análise, o analista ocupará em relação a seu analisante o lugar de objeto, causa de desejo. Discutiremos como é possível a ele sustentar-se aí, através de um não saber, para que a partir do saber inconsciente expresso pelo analisante possa advir, como efeito, o sujeito.

3.2 O desejo de analista como função operante

Em 1958, no Escrito “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan pôs na berlinda os analistas de sua época, através da discussão do lugar que ocupavam na direção do tratamento. Pode-se dizer que Lacan sempre se mostrou inquieto quanto às interferências manifestadas por parte dos analistas que tinham em si próprios modelos referenciais para a realização de análises. Suas críticas não visavam apenas analistas que trabalhavam a partir das relações objetais, como os kleinianos ou balintianos, mas também, e principalmente, aqueles que o seguiam e que na ânsia de compreender, acabavam por não ouvir.

Segundo ele, ouvir não força alguém a compreender, e se compreende algo é importante a certeza de estar-se enganado. Se o analista entende é porque considera que sabe responder àquilo que o outro demanda (LACAN, 1960-1961/1992) e que o outro deveria satisfazer-se com sua resposta (LACAN, 1955-1956/1997). Na demanda não são palavras que o analisante pede. Isto ele recebe de quem quiser, o que não o alivia de seu sofrimento. É porque o consolo não basta que ele continua a demandar. A demanda, nessa medida, não implica em si nenhum objeto. Ela é intransitiva: o analisante pede... Se assim o é, não deve ser o analista a confundir-se nisto, buscando respondê-la (LACAN, 1958/1998).

Ilustrando a situação analítica, Lacan (ibid) faz alusão ao jogo de *bridge*. Nele duas duplas jogam três partidas, sendo a ganhadora aquela que fizer a maior pontuação. Após um lance inicial, um dos parceiros de uma das duplas deixa de jogar sendo denominado como “morto”. Ele coloca suas cartas na mesa e será seu parceiro quem jogará sozinho utilizando as cartas do morto para completar sua jogada. Como metáfora, o analista joga em uma análise como o morto, dispondo das cartas que poderão ser utilizadas pelo parceiro-analisante.

Lacan ressalta que o “morto” não equivale ao analista como se este deixasse de conduzir a análise. O que precisa ficar neste lugar de não comparecimento são seus sentimentos. O analista tem de pagar, desse modo, triplamente pela decisão de empreender análises. Paga com suas palavras, já que sua intervenção, interpretação e mesmo silêncio têm consequências; com sua pessoa, pois a empresta como suporte da transferência; e, com o seu ser, na medida em que renuncia ao seu juízo mais íntimo, sua moral, em defesa da escuta dos significantes (LACAN, 1958/1998).

Isso quer dizer que o analista intervém concretamente na dialética da análise se fazendo de morto, cadaverizando sua posição, como dizem os chineses, seja por seu silêncio, ali onde ele é o Outro, *Autre* com *A* maiúsculo, seja anulando sua própria resistência, ali onde é o outro, *autre* com *a* minúsculo. Em ambos os casos e sob as respectivas incidências do simbólico e do imaginário, ele presentifica a morte (LACAN, 1955/1998, p. 431).

Como, contudo, o analista suporta este lugar? Ele é capaz de dirigir uma análise a partir do que Lacan formulou como desejo de analista; desejo singular que torna patente a forma vazia da significação. É a partir de sua análise pessoal que o analisante encontra-se com este desejo. Ao fim de toda análise que se presume acabada ele pode tornar-se analista, já que se depara com este desejo, o que não significa que se tornará um praticante da psicanálise. Entretanto, se seguir o caminho da escuta do inconsciente será o desejo de analista o operador da análise com seus analisantes (LACAN, 1967-1968).

Quanto à consideração de uma análise supostamente finalizada, Lacan (1964/1988) frisou a necessidade de o analista ter “atravessado em sua totalidade o ciclo da experiência analítica (...) o que quer dizer uma psicanálise que tenha fechado esse cerco até seu termo” (p. 258). Para tal, esse cerco deveria ser atravessado várias vezes. Esta seria a dificuldade de afirmar o quão longe foi uma análise para que dela surja um analista. Por isto, Freud (1937a/1996) pensar uma análise como terminável e interminável. Quando necessário, a ela deveria retornar-se.

Para aproximarmo-nos do que vem a ser o desejo de analista, faz-se importante ressaltar a acepção tida por Lacan do que é uma análise. “Uma psicanálise (...) é o tratamento que se espera de um psicanalista” (LACAN, 1953b/1998, p. 331). Este enunciado tautológico é, de fato, uma provocação para que os analistas não se esquecessem de seu lugar nesta operação. É, assim, indispensável à passagem por uma análise que haja uma aposta do analista no inconsciente. Este adere a uma renúncia ética visando propiciar que o analisante apropriasse gradualmente do saber inconsciente que penetra nas brechas, no sintoma e no sem sentido de suas palavras (Kehl, 2009).

Pelo exercício de sua fala, seguindo a regra fundamental da associação livre, o analisante pode experienciar os efeitos de sua análise. A aposta do analista é que o tratamento torne o analisante “menos alienado” aos significantes do campo do Outro que o determinam. Contudo, o processo de alienação é condição fundadora do sujeito. É nisto que consiste a

divisão subjetiva. Não se trata, portanto, de “desalienar” o falante. A linguagem “o fala” antes mesmo que ele fale através dela, sendo o sujeito do inconsciente efeito da interposição do Outro.

Uma análise não busca eliminar a divisão do sujeito, não se tratando de curar o paciente de sua fantasia fundamental, o que seria impossível, mas sim está calcada na aposta de que o analisante consiga responder ao desejo – que é sempre desejo (de se fazer objeto) do desejo do Outro – de modo menos “ofuscado” (Kehl, 2009). Isto porque ele pode no percurso confrontar-se com a castração, com a inconsistência do Outro.

Pela transferência, através do processo de separação desencadeado na análise, os apelos por demanda de amor e reconhecimento passam a declinar. O analisante experimenta, assim, a desarticulação dos significantes do Outro que o marcam, isto é, a perda das significações. Mesmo que continue a produzi-las, ele poderá posicionar-se de outra maneira frente ao que lhe acomete por ter passado pelo lugar da falta; falta esta que sustenta o movimento desejante (MOURÃO, 2011).

Desse modo, esta falta revela-se ao analisante através de dois aspectos correlacionados. Por um lado, pelo encontro com a falta de um significante que lhe defina. Os significantes identificatórios do analisante tem sua função abalada, evidenciando não serem definidores, mas sim determinantes – não lhe dizem o que ele é, mas o determinam enquanto o que ele é –, sendo neles que o analisante encontra-se assujeitado. Por mais que se trabalhe para constituir novas insígnias, elas sempre estarão remetidas ao campo do Outro (QUINET, 2009a).

Outro viés da falta diz respeito ao ser. O analisante, como vimos, é capaz de apreender-se enquanto unidade a partir do registro do imaginário. Entretanto, a impossibilidade de complementariedade impõe-se, marcando a falta-a-ser. Aquilo que se declara é sempre insuficiente. Falta-a-ser em última instância o objeto capaz de corresponder ao Outro; o objeto que, pela fantasia, o analisante acredita que o Outro gostaria que ele fosse (ibid).

É através deste encontro com a falta que o analisante poderá operar na posição de analista. Diferentemente de um parceiro no amor, que ao amar dá o que não tem, o analista tem a dar a seu analisante o seu desejo, com a diferença de que se trata de um desejo prevenido (LACAN, 1959-1960/2008), um desejo sem sujeito. O desejo de analista não é,

assim, o desejo pessoal do psicanalista, desejo de ser um bom profissional ou de ser reconhecido por seu trabalho. Nem mesmo reduz-se à pulsão de saber.

O espaço analítico (...) só se abre com uma condição: a de que o analista, como sujeito, ocupe o lugar certo. Nada indica que seu gozo possa tirar proveito desse lugar, pois tem que desaparecer como ego. Para além do narcisismo, portanto, e ao contrário de qualquer posição de mestria, o desejo do psicanalista é uma função que opera, e não uma modalidade da pulsão (COTTET, 1989, p. 183).

Ademais, ao fim de uma análise, como discutimos, não se espera que o analisante tenha atingido um ideal de purificação de modo a poder servir de modelo identificatório ao praticar a psicanálise. O que passa a ocorrer é que pela análise produz-se um “sujeito advertido (...), [através] de um inconsciente mitigado, um inconsciente mais a experiência desse inconsciente” (LACAN, 1960-1961/1992, p. 184).

A aposta é que o analisante, ao fim da análise, torne-se advertido frente às palavras e ao Outro, já que realiza não existir equivalente simbólico para a falta. Como analista, saberá, portanto, que a demanda do analisante não tem como ser suprida, e que de fato não é disto que se trata a experiência analítica (ERICSON et al., 2008/2015). É pela frustração da demanda que o desejo do analisante poderá advir, cabendo ao analista suportar o lugar de vazio, de poder e de saber, necessário a esta operação; lugar representado pelo desejo de analista, a ser ocupado pelo desejo surgido através da fala do analisante (COTTET, 1989).

A fim de salientar como esta dinâmica faz-se possível a partir da instauração da transferência e seu manejo pelo analista, visando sua dissolução no percurso da análise, será retomado as inferências propostas por Lacan (1967/2003) acerca do matema da transferência e do sujeito suposto saber. Ainda, pelo discurso do analista, abordaremos a constituição da função do objeto (a) como causa de desejo.

3.2.1 A destituição do sujeito suposto saber e o lugar de rebotalho do analista

No começo de uma análise pelas entrevistas preliminares o candidato à analisante queixa-se de seu sofrimento, pedindo alívio. Poderá com o tempo formular uma demanda de

análise através da passagem da queixa para a valorização do sintoma, como enigma a ser decifrado. Neste processo, o analista operará através de inversões dialéticas, que visam implicar o analisante naquilo de que ele reclama.

A disponibilidade do analista em ouvir e sua curiosidade sobre o que escuta podem acarretar um movimento, pelo qual um significante do analisante (S), significante da transferência, passa a remeter-se a um significante qualquer (Sq), que vem representar o analista. No caso de Jurema, atendida no ambulatório do IPUB, apresentaremos no próximo subcapítulo, mais detalhadamente, como em uma sessão destacou-me a partir do significante “cuidado”, em relação à instituição. Disse ter me visto dando informações a uma pessoa que buscava atendimento e que nunca mais ela teria isto ali, já que na instituição não tinha “esse” cuidado. O cuidado especificado não se referia à minha pessoa, pois de fato ela não conhecia nada a meu respeito, mas sim aparecia como um significante proveniente do campo do Outro, e que, como veremos, estava atrelado a demais significantes que marcavam a narrativa de sua história em análise.

A partir do enlaçamento do analista pela transferência, o analisante endereçará a ele um saber. Contudo, o analista sabe que o saber não está em si, e que deverá surgir a partir da articulação entre os significantes expressos pela fala. É o analista, portanto, quem institui o sujeito suposto saber do lado do analisante.

Todavia, para que se estabeleça o laço transferencial é necessário que o analista sustente algum tipo de semblante. Há um deslocamento entre o analista colocar-se no lugar de saber, ou suportar ser colocado neste lugar através da fantasia do analisante. Ericson et al. (2008/2015) comentou a atitude de um supervisionando que relatou a não permanência dos pacientes em sua clínica após algumas sessões. Buscando ser sincero com eles, dizia logo nas primeiras entrevistas que não sabia, que não tinha respostas ao que eles traziam como questão. Confundia, assim, o que era da ordem de um semblante com a exigência de não enganar quem o procurava.

Seria, assim, simples que se esquivar de responder a uma demanda equivalesse a não iludir o paciente. A posição do analista é, entretanto, complexa. Ao mesmo tempo em que não pode precipitar-se em corroborar a inconsistência do Outro, não deve também encarnar o saber (ERICSON et. al., 2008/2015). Para Eidelsztein (2005), a resposta do analista a uma demanda precisa ser um “dizer que sim e dizer que não” ao fato de ser alçado à função de Outro para um dado sujeito, ou seja, sua resposta deve visar o retorno do analisante à próxima sessão, e a continuidade da associação livre.

Com o percorrer do tratamento, o analista tenderá a cair do lugar em que é posto através do próprio manejo da transferência. Quando Lacan formalizou o matema da transferência, correspondendo à estrutura de entrada em uma análise, ele o fez pautado na concepção de que seu fim difere de uma identificação com o analista. Se pela transferência o analisante convoca o analista a encarnar o Ideal de Eu, funcionando como seu referencial, ao nível do amor, as intervenções do analista objetivam propiciar a queda do sujeito suposto saber como um processo de desidealização, isto é, sua queda do lugar de ideal ao qual é incitado a estar (GOLDENBERG, 2013).

À renúncia ao estatuto de Outro por parte do analista, atrela-se o lugar de semblante de objeto (a), função a ser operada por ele, via discurso, enquanto objeto causa de desejo. Resgatando o trabalho desenvolvido por Lacan, principalmente em seu Seminário 17, é possível conceber que a psicanálise, enquanto uma forma de laço social particular, propicia que o falante possa confidenciar aquilo que ele próprio não sabia que sabia (QUINET, 2009b). Como abordado, cada tipo de laço social apoia-se em um discurso específico, isto é: o do mestre, a da histérica, o do universitário e o do analista. Quando falamos a partir de cada um deles não nos expressamos da mesma maneira. Partimos de pontos diferentes, visando também diferentes fins. Na realização do trabalho analítico o discurso do analista destaca-se como fundamental.

$$\begin{array}{ccc}
 \text{Discurso do Analista} & & \\
 \text{agente} & \text{Outro} & \\
 \frac{a}{S_2} & \rightarrow & \frac{\$}{S_1} \\
 \text{verdade} & & \text{produção}
 \end{array}$$

Para que este discurso seja posto em ação o analista faz-se emprestar como objeto; objeto que falta. Pela transferência, ele sustenta a função de semblante do objeto que é causa de desejo para o analisante. No lugar de agente do discurso, o (a) funciona como a marca da falta no seio do falante enquanto causa de seu desejo. O analista vem operar a partir deste objeto (a), pólo de atração para o desejo inconsciente, endereçando-se ao outro, analisante, entendido como sujeito dividido, faltante (\$). Por este movimento, convoca-o a produzir o significante que lhe é referencial (S1) por ser através deste que se inaugurou a função desejante, ainda que o acesso ao saber (S2) sobre ele seja impossibilitado pela parcialidade do

alcance sobre a verdade. Por isto, ao falar a verdade aparece sempre como um semi-dizer (MAURANO, 2006).

A psicanálise, nessa medida, tenciona enquanto discurso revelar a condição radical da subjetividade, não como o que encontra de fato sua consistência em um dado sentido (S1), mas como aquilo que vigora na hiância entre o suposto sentido localizado na origem, e o que é possível saber sobre ele (S2), justificando-se, assim, a ideia de um saber inconsciente. Para tal, o analista não se caracteriza como o mudo que nada tem a dizer, nem mesmo como aquele que especularmente repete os ditos do analisante.

Se ele faz-se de morto, nisto constitui-se sua estratégia, deveras elaborada, para que o analisante possa receber do campo do Outro, e não da pessoa do analista, sua própria mensagem de forma invertida. O discurso do analista estrutura-se, desse modo, muito menos pelo conteúdo do que ele possa falar, e muito mais pela propulsão das alusões que geram a produção dos significantes que pelo remetimento de um ao outro ensejam o advento do sujeito (ibid).

Dizer que o analista sustenta um semblante equivale, como vimos, a que ele possa suportar o lugar em que é posto de forma específica na fantasia do analisante. Quando isto ocorre, embora este espere que o analista ocupe a posição de outro do discurso, ele não deverá corresponder a esta expectativa, pois sabe que como função opera oferecendo-se como objeto, e não como sujeito. O analista pode até eventualmente responder através de S1 ou S2, do lugar, portanto, do discurso do mestre ou do universitário. Contudo, se o faz deve ser visando o (a) como agente do discurso.

É, neste sentido, que Lacan destacou o discurso do analista dos demais, pois este surge na realização de giros entre os discursos. Como explicitado no segundo capítulo, os elementos utilizados por Lacan como recursos lógicos oriundos da matemática – as letras S1, S2, a, \$ – oscilam pelas quatro posições discursivas, marcando os quatro diferentes discursos. Se estes giram, há a possibilidade de que a cada vez o falante possa representar-se de um determinado lugar (LACAN, 1969-1970/1992).

Se o discurso analítico aparece pelos giros discursivos é porque o analista está pautado na ética do bem-dizer, ou seja, opera sem oferecer respostas, não se aliando a uma adequação a normas, e nem mesmo mostrando-se compreensivo com o analisante. Segundo Laurent (2007), esta é a particularidade da *práxis* analítica, pelo lugar que o analista sustenta no questionamento daquele que vem ao seu encontro. Pode-se dizer assim que, nesta medida, o

analista “não se identifica com nenhum dos papéis propostos por seu interlocutor, nem qualquer mestria ou ideal existente na civilização. Em certo sentido, o semblante de analista é aquele a quem só se pode atribuir o lugar da questão sobre o desejo” (LAURENT, 2007, p. 216).

Isto acarreta que o analista apareça cada vez mais ao longo da análise na dimensão de resto, pela perspectiva do analisante. A destituição subjetiva relaciona-se, assim, à destituição do sujeito suposto saber, o que promove a dissipação do amor transferencial, perdendo o analista o valor de objeto precioso, *agalma*, tal como se constituía na fantasia do analisante, adquirindo o valor de objeto, rebotalho do processo analítico (QUINET, 2009a).

A este respeito, uma analista contou em tom de brincadeira como ao final de sua última análise, enquanto analisante, deu-se conta em um dado momento como sua analista era pequena, sendo mais baixa do que ela sempre tinha suposto. Através desta percepção, pode-se inferir que algo pôde cair em análise; experiência que lhe serviu de condição para que, ao engendrar análises, tenha também podido deixar-se cair como dejetos.

Depreende-se, portanto, que é em torno do objeto (a) que o paciente é capaz de construir algo de singular. O analista pelo manejo transferencial, ao oferecer sua escuta, pode ou não entrever como consequência a criação de uma demanda. A premissa de Lacan (1958/1998) era que a oferta poderia propiciar o surgimento da demanda. Esta foi também a aposta quando da escuta ofertada às pacientes no ambulatório do IPUB. Retomaremos, através de suas narrativas, o modo como configurava-se a relação delas com a instituição, e como pela transferência em análise foi possível apreender as consequências do trabalho desenvolvido.

3.3 Do começo ao fim de análise: os efeitos recolhidos pela escuta no ambulatório do IPUB

Letícia e Jurema, mulheres em torno de seus 50 anos, ingressaram no ambulatório do IPUB em diferentes épocas. Estiveram em análise comigo por dois anos, tendo sido atendidas anteriormente por outros analistas na instituição, também alunos do curso de especialização em clínica psicanalítica. Disseram-me logo nas primeiras entrevistas já saber como funcionaria o tratamento. Ficariam comigo por um tempo e depois seriam encaminhadas para

outros profissionais. Já tinham sido convidadas a dar continuidade ao trabalho com médicos e analistas egressos que as atenderiam por um valor simbólico, ou gratuitamente, em outros locais, às vezes, considerados mais acessíveis a elas. As duas moravam distantes do IPUB, mas nunca aceitaram deixar a instituição.

Letícia foi encaminhada a mim por uma analista que interrompeu o curso alguns meses antes de seu término. Ficou, então, um tempo sem ser atendida, o que disse ter lhe causado uma piora de seus sintomas. Sofria de depressão sentindo dificuldade em respirar, como se houvesse um “nó em sua garganta”. Além disso, não tinha ânimo de sair de casa passando muito tempo sozinha. Ao buscar um clínico, este lhe recomendou tratamento em algum ambulatório público. Com as opções à disposição, escolheu pelo IPUB, uma instituição psiquiátrica, mas também universitária. “Achei ótimo poder vir para cá, pois sou professora formada na UFRJ e estou sempre me atualizando. Sei que aqui vocês também estudam o tempo todo para nos atender melhor. Foi difícil conseguir uma vaga. Mas de tanto insistir, consegui *passar*”.

Ao longo de algumas entrevistas mostrou-se empolgada pelos atendimentos. Elogiava-me copiosamente, e também a seu médico. Dizia que de cara já tinha visto como eu era uma boa profissional e que mesmo novinha parecia uma “sábia”. Foi por este significante qualquer (Sq) que a transferência pôde instaurar-se. Colocava-me no lugar de ser aquela que sabia sobre ela. Em alguns momentos perguntava o que eu achava dela, pois não sendo psicóloga ela não tinha como saber. Também pedia que eu lhe avisasse sobre cursos no IPUB que eu considerasse apropriados a ela para ajudá-la a saber mais sobre seus sintomas. Com o tempo, o significante “sábia” retornou, vinculado à mãe. Esta foi sábia por ter visto que Letícia em seu futuro ficaria sozinha, sem a família ou amigos por perto. Culpava a depressão por isto.

Dizia não querer dar trabalho. Esforçava-se, então, para fazer seu “dever de casa” pensando bastante sobre tudo o que dizíamos. Quando dos cortes das sessões, continuava a falar, mesmo já estando no corredor. Expressava sua alegria em ir e me ouvir. Eu, todavia, pouco falava. À economia de fala atrelava-se a espera por um momento de intervir.

Foram transcorrendo sessões em que comunicava seus planos para o futuro. Entretanto, sempre algo ocorria com ela que a fazia paralisar. Os sintomas pioravam, as pessoas não colaboravam, *passavam-lhe a perna*. Nada ia adiante. Ela, então, esperava *passar*. “Eu venho me tratar e faço minha parte. Só me resta esperar passar”. Falava pouco sobre o que a fazia sofrer, utilizando de personagens que lia nos livros para contar sobre si mesma.

“Me identifico com tal pessoa, porque...”. Acusava o irmão de uma extrema intelectualização, dizendo: “ele precisa falar por si. Não ficar repetindo o que dizem os autores, os outros”.

Um dia ao mencionar sobre sua infância com o pai, professor como ela, narrou em detalhes como este gostava de discursar, fazendo dos filhos sua plateia. A vida naquela época era muito difícil, mas agora era melhor. Não podia queixar-se. Tudo estava caminhando. Só que ainda *passava* dias inteiros na cama. Apenas levantava para ir ao IPUB. Apontei a aparente contradição entre o “caminhando” e o “passava os dias inteiros na cama”. Começou a tentar se explicar. Acrescentei: “você vem, discursa, volta para a casa e espera passar. Não sei até onde isto está te ajudando”. Desconcertada, buscou o que dizer, mas pela primeira vez ficou em silêncio. Cortei a sessão com um “até semana que vem”.

Na semana seguinte, chegou mais cedo. Deixou-me uma carta na recepção, e foi embora. Pôde escrever sobre coisas nunca ditas antes. Revelou o quanto falar de si lhe trazia uma sensação de impotência. Sentia uma mágoa do passado, como um “nó” que parecia não se desfazer. Pediu que eu não ficasse chateada, que ela iria melhorar. Despediu-se na carta com um “até mês que vem”. Liguei para ela na semana seguinte confirmando sua sessão no dia posterior. Veio, conseguindo falar sobre o que tinha escrito e sobre a última sessão. “Quando você apontou que eu discursava como meu pai, percebi que tentando ser o oposto eu estava sendo igual a ele”. Lembrou-se de quando ia falar e os pais a impediam. “Só existia o lugar para uma verdade: a deles”.

Depreende-se como pela fala de Letícia o Outro aparecia, em sua fantasia, enquanto consistente. Não havia espaço para o surgimento de outra verdade que não a dos pais. No IPUB, buscava pela via do saber algo que a levasse a encontrar uma possibilidade de complementação, o que se manifestava por seu posicionamento ativo em tornar-se objeto de ensino dos outros. Gostaria de poder, como professora/aluna/paciente, ensinar através de seus sintomas. Um dia revelou ter pedido ao seu médico para internar-se na enfermaria, pois olhando 24 horas para ela os profissionais poderiam aprender mais.

Em análise, todavia, não se tratava de oferecer-lhe um saber pronto. Nem mesmo de apontar-lhe como conseguiria de dois fazer Um, isto é, responder a sua demanda pela via do amor. Se me alçava ao lugar de Outro, era fundamental manejar a transferência para que disto algo pudesse fazer-se cair. Era preciso que o nó, que descreveu na carta como algo que não se desfazia, sendo também um dos sintomas que a dificultava respirar, desatasse. Pelo significativo “discursava” Letícia pôde receber sua mensagem de forma invertida, destacando disto que estava identificada com seu pai. Ademais, ao dizer a ela que “não sabia como aquilo

estava lhe ajudando”, pude colocar em jogo a castração como algo que me atravessava. Desse modo, reconhecendo a incompletude de saber, renunciei a impregná-la de sentido.

Diante disto, algo mudou. *Passou* a escrever um livro sobre um tema que muito lhe interessava. Era um plano antigo, mas nunca se sentiu segura com suas próprias palavras para escrever. Repetir os autores era o que até então achava que sabia fazer. O “nó na garganta” que lhe dificultava respirar, mas também falar foi cedendo. Começou a questionar algumas de suas ações, conseguindo aproximar-se e confiar em pessoas de fora da família.

Depois de quase dois anos em atendimento relembrou como estava sua vida antes de chegar ao IPUB. Com a morte da mãe há alguns anos decidiu abrir um processo de venda da casa dos pais, onde morava. Queria mudar-se, *passar* para outro lugar. Não concordando com isto, os irmãos começaram a ameaçá-la. “Espalharam pela vizinhança que eu estava ficando maluca. Foi bem na época que piorei da depressão. Disseram que iam me interditar, me levar para a psiquiatria”. Foi nesse momento que Letícia procurou o IPUB. Ameaçada por um interdito, ela própria buscou a psiquiatria.

Entretanto, pelo jogo significativo, pode-se apreender como o interdito que a instituição oferecia-lhe não se limitava propriamente a uma internação na enfermaria, mas dizia respeito a um *entre* ditos, lugar comum a ela. “Só existia a verdade deles”: dos pais, dos irmãos, dos médicos. Era sob o dito dos outros – inter-ditos – que Letícia colocava-se. Na análise, contudo, a aposta era de que a verdade pudesse advir do campo do Outro como semi-dita; uma impossibilidade de tudo dizer. A interdição, neste caso, não se referia a uma proibição, mas sim a uma impossibilidade de completude. Não havia saber que assegurasse sua existência para o Outro.

Ao aproximar-se o momento do fim de análise pela minha saída da instituição, disse querer me acompanhar, mas que naquele momento seria inviável. “Não tenho como te pagar e acho injusto você me atender fora daqui de graça. Aqui sei que você ganha algo por fazer parte de um curso”. Pagava-me, assim, não com dinheiro, mas como objeto de saber.

Queria continuar seu tratamento no IPUB, concentrando os atendimentos médico e analítico. O laço de Letícia com a instituição permanecia forte mantendo-se aferrada a ela, como um nó. Acreditava que ali existia uma equipe que discutia seu caso. “Devem conversar *entre* si sobre mim”. Desse modo, prosseguiu no ambulatório sendo atendida por outro analista. Embora, a análise tenha ocorrido com um prazo determinado a priori,

burocraticamente estabelecido na instituição, um trabalho pôde desenvolver-se e dele foi possível, como exposto, abordar algumas articulações.

Jurema foi outra paciente atendida no tempo em que estive no Instituto. Nas primeiras entrevistas não sabia o que dizer, querendo que eu fizesse perguntas para que ela fosse respondendo. Não lembrava bem há quantos anos estava em tratamento no ambulatório, fazendo uso desde o início de algumas medicações para depressão e para controlar a raiva que dizia sentir do mundo. Procurou o IPUB após o conselho de um médico de um hospital geral. Considerava que a depressão era “coisa da vida inteira”, já tendo nascida assim. Achava que podia ser uma reação à doença da mãe que sofria de “coisas de psiquiatria”, sendo internada por diversas vezes pelo marido em diferentes manicômios.

Há anos em tratamento no IPUB, era vista por seus conhecidos como maluca. Nunca tinha sido internada em um hospital psiquiátrico. Entretanto, ao se separar do marido há mais de 20 anos, tentou suicídio. “Tomei veneno e meu filho me encontrou *caída* no chão e chamaram a emergência. Minha família pareceu importar-se mais comigo quando fiquei internada no hospital geral. Mas, nunca mais faço isso. Foi muito ruim”. Disse que com o marido sua vida era uma repetição do passado, quando vivia presa dentro de casa, sendo mandada pelo pai. Só podia sair para trabalhar na roça e o que ganhava ficava com ele, assim como seu salário ficava com o marido. Considerou ser melhor a separação, mas não sabia o que fazer sozinha com um filho para criar. Por isso, tentou matar-se.

Além de ser paciente do ambulatório, contava ter manias estranhas como a mãe, o que levava até mesmo a família a considerá-la maluca. Cantava alto, inclusive na frente de seu médico. “O doutor daqui desconfia que eu sou doida”. Questionada do por que fazer isso, dizia ser divertido. Assustava as pessoas que se mantinham distantes dela. No IPUB, todavia, ninguém se incomodava com isso. “Aqui as pessoas falam sozinhas, cantam alto. Aqui não é um problema ser como eu”.

Um dia ao esperar-me na recepção, observou que eu estava falando com uma pessoa. Ao entrar na sala, comentou: “vi como você tratou a moça lá fora, dando informações que vão ajudá-la. Ela nunca mais vai encontrar isso aqui. Aqui não tem esse cuidado”. Neste momento, pude ouvir certa separação em seu discurso entre o laço com a instituição e a transferência em análise. Pelo significante “cuidado”, significante qualquer (Sq) que surgiu representando a analista, fui colocada na posição de ser aquela que cuida. Questionei por que permanecia ali, se não tinha “esse cuidado”. Disse estar acostumada com a falta de cuidado, e

que no IPUB pelo menos se sentia normal, porque todos eram considerados malucos como ela.

Começou a trazer para as sessões como era “descuidada”. Vivia tropeçando, sendo avisada pelas pessoas na rua para tomar cuidado, pois assim iria *cair*. Passou também a queixar-se da falta de cuidado que tinham com ela. O filho não parava em casa, não lhe dava atenção. No trabalho estava sempre fazendo mais do que era pedido, esperando ser reconhecida por isto. Mas ninguém parecia importar-se com ela. Dizia: “vou pedir para a assistente social daqui conseguir uma licença para mim. Seria mais fácil se eu sofresse um acidente. Assim nem precisaria pedir nada a ninguém”.

Pedir era o que não fazia. Não solicitava seus direitos no emprego, não reclamava com o filho sobre nada. Era no IPUB que esperava encontrar o cuidado e a atenção que queria através de seus sintomas; atenção que inclusive afirmava faltar-lhe ao atravessar as ruas ou tropeçar. “Vou acabar sendo atropelada assim”. Levava para a análise sua vontade de ser internada, como a mãe. “Se eu sou maluca e ainda trabalho, poderia ficar aqui nessa enfermaria tirando umas férias. Quem sabe alguém não vem me visitar?”. Acreditava que pela internação e pelos acidentes chamaria a atenção das pessoas para si. “Imagino eu *caída* no chão e todo mundo indo me socorrer”.

Ao longo do trabalho em análise a instituição que protegia mostrou-se vinculada ao confinamento que dizia ter sido sua vida. “As janelas daqui me lembram da casa onde cresci. Se pegasse fogo não tinha como fugir. Era como uma prisão”. Começou ao final de algumas sessões a entregar-me seu cartão de remarcação de consulta, *pedindo*: “então doutora, qual é o meu veredito?”. Eu questionava o veredito que se articulava em sua fala a ser punida. A solicitação ocorria junto à entrega do papel que registrava seu retorno à “prisão”. Passei a não mais utilizá-lo, embora este fosse “um controle” burocraticamente demandado da instituição. Jurema, contudo, continuava a cobrar-me o veredito, junto ao cartão. Em uma sessão cortei sua fala quando ela em dado momento, ao reclamar da vida, enunciou ser condenada a pagar. Pediu-me o veredito e, então, perguntei: “condenada a pagar?”. Assumi que sim: “pelo o que fiz e o que não fiz”.

Nos atendimentos subsequentes trouxe o tema da morte. Comentou sobre a morte da mãe. “Ela estava doente, na cama. *Pedi* a Deus que a levasse. Vi que ela estava morta depois que voltei da roça, de cortar o ‘mato’”. Assinalei o “mato”, o que foi seguido de suas palavras: “eu não tive culpa, não”. Disse que mesmo suplicando que a mãe fosse embora pelo seu bem, foi Deus quem decidiu levá-la. Contou também sobre um filho desaparecido. Ele

pedira dinheiro a ela sem avisar para o que. Ela negou. Neste dia, ele sumiu. “Me falaram que foi o tráfico que matou ele, mas nunca achei o corpo. Se eu soubesse para o que era o dinheiro, eu teria dado”.

A culpa, enquanto significante, associada à morte da mãe e do filho aparecia articulada a demais significantes que iam encadeando-se ao longo do trabalho analítico, revelando a estrutura de sua fantasia. Como discutimos anteriormente, o sintoma pode ser entendido como uma forma de autopunição imposta ao Eu agindo de acordo com a moralidade do Supereu. Um fator “moral” associado por Freud, a partir de 1924, a um masoquismo moral sustentaria um sentimento inconsciente de culpa através de um trabalho silencioso, pelo qual o paciente não se sentiria culpado, mas doente. Haveria, assim, uma exigência de sofrimento ligada ao Supereu. Quanto mais satisfeito pelos sacrifícios executados pelo Eu, mais exigente ele vem a ser.

Nessa medida, pode-se perceber como Jurema mantinha certa imposição de sofrimento buscando no IPUB punição para “o que fez e o que não fez”. Era à analista que dirigia a solicitação de um veredito, sendo ela mesma que se condenava. Contudo, relembro Lacan (1959-1960/2008), concebe-se que se há alguma culpa em questão, pelo viés da psicanálise, esta se atrela à renúncia do próprio desejo. É por ceder de seu desejo que Jurema era culpada.

Considera-se, nessa medida, que o veredito poderia desmembrar-se em *ver o dito*. Ela retornava ao IPUB toda semana buscando o dito do Outro capaz de dar-lhe alguma consistência, algum sentido em existir. Mas, desse lugar que ela esperava ver uma resposta através do “cuidado” o que encontrava era uma possibilidade de se fazer existir pela via de seu desejo. Após um ano e meio de análise, Jurema passou a dizer-se mais cansada. Se antes procurava afastar as pessoas de si, pela raiva que demonstrava em suas cantorias, começou a *pedir* ajuda para dividir suas tarefas. “Não quero mais fazer tudo sozinha. Quero as pessoas próximas de mim”.

Um dia ao comentar sobre a rotatividade dos profissionais no IPUB, indagou-me: “você também irá embora, né?”. Expliquei que sim, mas que era possível que déssemos continuidade ao trabalho em outro lugar. Já tinha mencionado sobre ter sido convidada por outra analista a ir para um ambulatório social com ela, mas que preferiu continuar no IPUB. Mostrou-se desta vez, todavia, entusiasmada. Continuará com o médico da instituição e no consultório particular, comigo.

Entretanto, próximo ao momento de deixar o IPUB, comentou: “queria férias do trabalho. Eu poderia *cair* de uma escada...”. Apontei o “cair”, interrompendo a sessão. Na semana seguinte faltou, deixando um recado no telefone. Estava internada em um hospital geral. *Caíra* de uma escada no emprego e precisaria de cirurgia. Ligou-me avisando estar bem, mas que não poderia ir aos atendimentos pelos próximos dois meses. Relembrei-lhe do tempo de encerramento das sessões no ambulatório. Chorou, dizendo que assim que operasse retornaria. Foi uma última vez à sessão, contando como por “descuido” caiu da escada. “Pelo menos pude pagar para que ‘cuidassem’ de mim lá. Foi maravilhoso”.

Desistiu de sair do IPUB. Estava decidida a continuar todo o seu tratamento ali. Comentou dos perigos da vida, quando não se tinha um lugar onde se *refugiar*. Falou que se o filho desaparecido fosse cadeirante ela teria ficado de olho nele toda a vida, e ele nunca teria entrado para o tráfico. “Ele não sairia de casa. Tudo teria sido mais fácil”. Questionei que ela vinha descrevendo como mesmo *refugiada* no IPUB sua vida não vinha sendo mais fácil. Sorriu e disse: “depois que conquistei minha liberdade na vida, não soube o que fazer com ela”.

Mesmo sem saber, a aposta da análise foi de que o trabalho pudesse acarretar algum deslocamento de suas certezas. Ao aproximar-se do fim, o que se atrelava à separação ou do IPUB, ou da analista, mais especificamente, da analista que se era no IPUB, Jurema *cai*. Utilizou o mesmo significante que percorria sua narrativa ao longo dos atendimentos, e que de início vinculava-se à queda que sofreu em sua tentativa de suicídio após a separação do marido.

Algumas questões permaneceram sem resposta, o que não impede de serem retomadas e reelaboradas. Sem o marido, homem que representava a prisão, mas também sua proteção, principalmente emocional, ela caiu. Como seria para ela prosseguir um trabalho fora do IPUB, fora das janelas que lhe eram familiares? Como seria sustentar o tropeço de sua fala sem a contenção que a instituição, em sua fantasia, assegurava? O cair, após o aviso à analista de que poderia fazê-lo, teria sido um *acting out*? O que eu teria deixado escapar como intervenção possível no manejo transferencial? Mais que isso, de que modo eu posso ter resistido àquilo que advinha de sua fala?

Algo de sua negativa em seguir o tratamento fora do IPUB restou como indagação. Não é à toa que esta experiência, como as demais vividas no ambulatório acarretaram esta pesquisa. Uma curiosidade é que sempre procuro anotar após cada atendimento fragmentos do que foi dito. Talvez uma dificuldade em deixar cair aquilo que foi ouvido, e que se perde ao

fazer parte do campo do Outro. Retomando os registros do caso de Jurema, dei-me conta de não ter anotado absolutamente nada sobre a última sessão.

Assim, o que aqui foi descrito sobre o final de sua análise partiu de um trabalho de rememoração, que não deixa de caracterizar-se como uma forma de elaboração; elaborar um luto pela experiência como analista em uma instituição de saúde mental. Embora a transferência em análise seja manejada visando sua dissolução restos sempre persistem, podendo ser recolhidos para que tenham algum destino. Nesta circunstância, um deles foi a possibilidade de escrita desta dissertação.

Passaremos a algumas reflexões gerais que mais do que conclusivas buscarão articular as principais ideias discutidas, a fim de expandir o interesse nas investigações sobre a prática analítica com a neurose no campo da saúde mental. Ademais, discutiremos como o analista pautado na ética da psicanálise pode, a partir de seu desejo, sustentar este trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, ao longo deste percurso, uma das principais ponderações possível de ser realizada diz respeito ao que vem a ser uma análise. Lacan (1953b/1998), ao salientar que ela é o que se espera de um psicanalista, o fez por conceber ser este quem dirige o tratamento sendo ele também quem pode obstaculizá-lo. Decorrendo da presença de um analista, enquanto função, a operação analítica não se exerce fixada a certas conjunturas que servem como contexto ao encontro entre analisante e quem o escuta.

Nessa medida, pode-se afirmar que Freud fundamenta o pensamento de Lacan ao propor a possibilidade de haver situações em que a psicanálise prosperasse fora dos consultórios particulares, dispensando, assim, alguns artifícios, tais como o uso do divã e o pagamento realizado diretamente ao analista, descritos por ele enquanto recomendações (FREUD, 1913/1996). Denominou, assim, uma dessas vicissitudes de “psicoterapia para o povo” (FREUD, 1919 [1918]/1996, p. 210), ressaltando a viabilidade dela desenvolver-se calcada na ética da psicanálise estrita e não tendenciosa.

Seguindo sua orientação, buscou-se argumentar neste trabalho a importância de o analista não recuar frente aos impasses que possa encontrar. Alguns deles referem-se à própria estrutura de uma análise. Se pelo analisante ele é convocado a ocupar um lugar de outro da relação respondendo às demandas de forma a supri-las, é necessário que ele esteja atento a esta dinâmica, podendo operar de um outro lugar; de onde se localiza o campo do Outro.

Entretanto, não cabe a ele apropriar-se deste campo para incutir saber e certezas no paciente. Como ressaltado por Lacan (1955/1998), o analista conduz a análise através da posição de morto, seja por seu silêncio onde ele é o Outro, seja renunciando a agir como outro ao invalidar sua própria resistência. Não será, portanto, enquanto pessoa que o analista deverá proceder à escuta de seus pacientes.

Em nosso cotidiano por participarmos de uma dimensão fálica, acreditamos que ao que nos é dito atrela-se sempre uma significação, isto é, compartilhamos da miragem de estarmos sob um mesmo referente, de modo que ao falar temos a segurança de nos fazemos entender. Se alguém comenta estar deprimido tendemos a perguntar o porquê, mas não o que vem a ser “deprimido”.

Perpetuamos, assim, a ilusão, efeito de estruturação da linguagem, de que sabemos o que algo significa sem que precise ser desdobrado pela fala. É desta concepção, contudo, que o analista ao engendrar uma análise precisa deslocar-se. Se uma história ao ser narrada produz significações, a escansão que o analista promove no discurso do paciente visa à desarticulação entre significante e significado.

Pode-se dizer, assim, que a psicanálise respalda-se na emergência local que é o significante, elemento que pode inaugurar uma possibilidade outra não encerrada em dado contexto ou sentido. Suportar esta subversão, de que a vida do sujeito não está no conteúdo, mas nessa pequena abertura, entre um significante e outro, não é um trabalho trivial. Por isso, a dificuldade dos analistas em não se deixarem ser capturados pelos efeitos imaginários que surgem pela fala, servindo ao enlaçamento dele ao discurso do analisante.

Se nos primórdios da formulação do tema desta pesquisa a principal interrogação era sobre os motivos que levavam alguns pacientes a permanecerem fortemente vinculados ao IPUB, esta se baseava na consideração de que eles estariam “melhor” fora daquela instituição. Entretanto, chegado este momento de conclusão, após diversas elaborações, cabe questionar: quem somos nós, enquanto analistas, para garantir tal aceção?

De acordo com as palavras de Ricardo Goldenberg na epígrafe deste estudo, se passamos a escolher o destino de quem realiza uma “doação de si” a nós, fazemos algo imperdoável, decepcionando o paciente em sua entrega amorosa. Agimos, assim, não como analistas, mas como pessoas que impregnadas pela moralidade colaboram para o fechamento da dimensão do inconsciente.

Através desta perspectiva foi possível dar a este trabalho um outro rumo. Ao investigar como o neurótico ancora-se em seu sintoma, bem como encontra nos grupamentos certo refúgio psíquico pelos efeitos imaginários que surgem do tipo de laço social pelo qual se sustenta, não partimos do julgamento de que tais efeitos são ruins ou não deveriam existir. O registro do imaginário é constituinte pela própria incompletude do simbólico e, por isso, não é dispensável. Ele representa uma consistência ao falante, o que o permite organizar sua realidade enquanto discursiva.

Entretanto, tal consistência é falha. Por estrutura um significante não significa nada. Logo, pela ausência de referente o falante está sempre às voltas com o que deixa de fazer sentido. Buscando retomá-lo, pode acabar encaminhando-se para uma análise. Ela, contudo, não deve conduzir-se a uma recuperação do que foi perdido. A aposta da psicanálise é que ao

mesmo tempo em que se padece pela falta de um referente consiga-se fazer um trabalho a partir disso. Assim, mesmo que o analisante continue a produzir novas significações com base no que é dito, ele poderá posicionar-se de outra maneira frente ao que lhe acomete.

O ensejo do analista, todavia, não deve balizar-se pelo esforço em direcionar o paciente a tal fim. Se ele dirige o tratamento, o faz de modo a assegurar que o paciente retorne e continue a associar livremente. O desejo de analista, nessa medida, desejo enquanto função operante de uma análise, não se refere a uma vontade do analista em fazer o Bem, ou ainda em militar a favor da psicanálise nos espaços onde considera que ela esteja sendo rechaçada como prática. O desejo de analista, ou de análise, é um desejo vazio de sujeito, sustentando a fala do analisante que poderá fazer advir, mediante este vazio, seu próprio desejo enquanto uma nova presença no mundo.

A ética da psicanálise não se pauta, portanto, pelo bem-estar, tais como as práticas desenvolvidas na área de atenção psicossocial em saúde mental. Estas partem do pressuposto que haveria a possibilidade de um encontro do paciente com algo que lhe possa trazer felicidade. A psicanálise, calcada em um viés diferente, nem melhor, nem pior, vem apontar que de partida todos os objetos fracassam nesta tarefa, pois não há saber que assegure as satisfações pulsionais.

Assim sendo, orienta-se pela ética do bem-dizer que oferece como alternativa a arte de cercar a falta estrutural; falta que assinala a impossibilidade da relação entre sujeito e objeto. É da fala recolhida em uma escuta que sublinha sua importância que o desejo pode, então, emergir. Para Miller (1997, p. 449), o desejo é “o que não conseguimos dizer dentro do que falamos”. Esta ética não é, no entanto, pessimista. Pelo contrário, ela autentica não recuar diante da falta de palavras; faz-se como um esforço contínuo de dizer o que se tem para dizer mesmo que não existam palavras para tal.

Considera-se, a partir dessas observações, que um trabalho analítico foi capaz de ser realizado no ambulatório do IPUB. Pela retomada de alguns fragmentos das análises de duas pacientes atendidas por mim no período de dois anos, constatou-se como para cada uma o sintoma articulado ao termo “depressão” evidenciou-se de forma singular. Para Letícia, a depressão era o que a mantinha distante das pessoas, familiares e amigos, mas também correspondia ao “nó na garganta” que a impedia de respirar. O trabalho com os significantes levou a um deslocamento do “respirar” para o “falar”. O nó articulava-se, assim, a dificuldade de falar por si.

Pela análise foi possível acompanhar algumas mudanças. À escrita da carta e do livro encadeou-se a apropriação feita por ela de suas próprias palavras. Por outro lado, com o significante “interditar”, o forte laço com a instituição revelou-se através do que acreditava que os profissionais discutiam *entre si* sobre ela; um *entre ditos* que se vinculava a sua história de vida conforme relatada.

No caso de Jurema pode-se inferir que a depressão era o que a mantinha ligada à mãe. Acreditava que a doença era uma “*coisa da vida inteira*”, sendo uma reação ao fato da mãe sofrer de “*coisas de psiquiatria*”. Pelo significante “maluca” identificava-se com a mãe, mas também com os demais pacientes do IPUB, sentindo-se protegida pelo o que em sua fantasia representava aquele lugar: um lugar familiar que ao mesmo tempo em que servia de refúgio, aprisionava. Buscava, assim, aproximar-se dos “malucos” semelhantes a ela, afastando outras pessoas de si através do que dizia e cantava. Era pelo olhar, ao cair e tropeçar, que tentava atrair a atenção das pessoas para ser cuidada.

Com o caminhar da análise, o significante “veredito” foi sendo trabalhado, revelando diferentes significações possíveis através do encadeamento deste a demais significantes. Ao que buscava *ver o dito*, retornando toda semana ao ambulatório, sua fala foi produzindo um *verdadeiro dizer*, outra possibilidade etimologicamente encontrada para o termo “veredito”. Passando a pedir não mais um veredito, mas auxílio para as pessoas “não malucas”, ela foi reconciliando-se com alguns familiares e amigos. Próximo ao encerramento da análise na instituição tornou a cair, declarando que, ao não saber o que fazer com a liberdade que ganhara na vida, optava por continuar refugiando-se no IPUB.

Pode-se considerar, assim, que estas pacientes mantinham suas relações circulando em torno do contexto sintomático. A forma como se mostravam, leva-nos a supor que a falta de saber sobre a origem de seus sofrimentos era um verdadeiro estilo de socialização. Configurava-se, nessa medida, um *ethos* discursivo, pelo qual o contexto sintomático era utilizado como um argumento fundamental para dialogar, criando, assim, uma rede de interpretações para diversas questões, como emprego, relações familiares, vida e morte (DUNKER, 2016). O ir e vir ao IPUB cumpria, desse modo, uma função.

Conforme a continuidade da fala sustentada pela escuta analítica o contexto sintomático sofreu desarticulações e novas rearticulações. Através dele, foi possível a produção de significantes que pelo remetimento de um a outro revelava o sujeito. Para tal, a análise não pôde proceder visando à eliminação deste contexto. É a partir dele que o sujeito é capaz de surgir, enquanto efeito.

Dessa forma, tem-se como observação final que não concerne ao analista um julgamento moral quanto à decisão destas pacientes e de outros mais pela permanência na instituição. Se cada vez mais assistimos a uma militância na área de saúde mental a favor da desinstitucionalização, pode-se considerar que se pela ética da psicanálise temos algo a dizer é sobre a possibilidade do paciente falar por si, renunciando não ao estar na instituição, mas sim à reprodução do que decidem como sendo o “melhor” para ele.

Se a escolha das pacientes mencionadas foi naquele momento prosseguir o tratamento no IPUB, coube a nós recolher as consequências das análises que ali puderam desenvolver-se. Trabalhamos, assim, com apostas cujos efeitos só poderemos constatar em longo prazo. De acordo com Pierre-Gilles Guéguen (2007, p.17), “mantemos de Lacan que o que define o analista é seu ato, não seu título, nem o fato de receber pacientes. Não nos tornamos psicanalistas; verificamos se o fomos”. É neste “só depois” que podemos nos localizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BIRMAN, J. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, J.; FORTES, I; PERELSON, S. *Um novo lance de dados*. Psicanálise e medicina na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2010, p. 13-46.

CASTRO, J. E. de. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 245-258, dez. 2009.

CESAROTTO, O. A. O discurso lacaniano. In: PINTO, G. C. (org.) *Coleção memória da psicanálise: Lacan*, volume 7. São Paulo: Duetto Editorial, 2009, p. 28-35.

COSTA, A. M. D. Reação terapêutica negativa – incidências clínicas. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 30, n. 55, p. 59-64, jun. 2008.

COSTA-MOURA, F. A incidência real da causa na psicanálise. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, Niterói, v. 18, n. 1, p. 117-130, jan./jun. 2006.

COTTET, S. *Freud e o Desejo do Psicanalista*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1989.

DIAS, M. das G. L. V. O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 399-405, mai./ago. 2006.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 116-125, mar. 2004.

DUNKER, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

_____. *Por que Lacan?* São Paulo: Zagodoni, 2016.

EIDELSZTEIN, A. (2003). *Seminario sobre cuestiones clínicas*. “Demanda de análisis”. Disponível em: < <http://www.eidelszteinalfredo.com.ar/seminario-sobre-cuestiones-clinicas-demanda-de-analisis/>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

_____. *El grafo del deseo*. 2 ed. Buenos Aires: Letra Viva, 2005.

EIDELSZTEIN, A. *Otro Lacan: Estudio crítico sobre los fundamentos del psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.

ERICSON, N. et al. (2008) A resistência do lado do analista. In: *Economia de gozo e final de análise*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2015, p. 360-374.

FERNANDÉZ, M. R. A estrutura da transferência na psicanálise com crianças. In: *Direção da cura*. Psicanálise com criança e adolescente. Rio de Janeiro: Dumará Ltda., 1994, p. 17-29.

FERREIRA, N. P. *A teoria do amor na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos*. A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FREUD, S. (1888-9). Prefácio à tradução de *de la suggestion*, de Bernheim. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

_____. (1889). Resenha de hipnotismo, de August Forel. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

_____. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II.

_____. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III.

_____. (1897a). Carta 69. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

_____. (1897b). Carta 71. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. V.

_____. (1904 [1903]). O método psicanalítico de Freud. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

_____. (1905). Tratamento psíquico (ou anímico). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

FREUD, S. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

_____. (1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

_____. (1910 [1909]). Cinco lições de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

_____. (1910a). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI.

_____. (1912a). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

_____. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

_____. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 1.

_____. (1914a). A história do movimento psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____. (1914b). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

_____. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

_____. (1915). Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

FREUD, S. (1916-1917a). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXV: A ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____. (1916-1917b). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____. (1916-1917c). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVIII: Terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

_____. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII.

_____. (1919[1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII.

_____. (1920). Além do Princípio de Prazer. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 2.

_____. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: *Coleção L&PM POCKET*. Porto Alegre: L&PM, 2013.

_____. (1923). O Eu e o Id. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v. 3.

_____. (1925 [1924]). Um estudo autobiográfico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX.

_____. (1926a). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX.

_____. (1926b). A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX.

_____. (1933 [1932]). Novas Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXI. A dissecação da personalidade psíquica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.

FREUD, S. (1933). Novas Conferências Introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXII. Ansiedade e vida instintual. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXII.

_____. (1937a). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII.

_____. (1937b). Construções em análise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII.

_____. (1950 [1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.

GOIDANICH, M. Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica? *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 26-33, dez. 2001.

GOLDENBERG, R. *Do amor louco e outros amores*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

_____. *Psicologia das massas e análise do eu*. Solidão e multidão. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GUÉGUEN, P-G. Quatro pontuações sobre a psicanálise. In: GUÉGUEN, P-G et al. *Pertinências da psicanálise aplicada - Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p. 17-26.

JAQUES, E. Os sistemas sociais como defesa contra a ansiedade persecutória e depressiva. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; MONEY-KYRLE, R. E. (orgs.). *Temas de psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1969.

JORGE, M. A. C. Discurso e liame social: apontamento sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: JORGE, M. A. C.; RINALDI, D. (orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p. 17-32.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. P. *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

LACAN, J. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 197-213.

_____. (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 152-194.

_____. (1951). Intervenção sobre a transferência. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 214-225.

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

_____. (1953b). Variantes do tratamento-padrão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 325-364.

_____. (1953-1954). *O Seminário livro 1*. Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. (1954). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 370-382.

_____. (1954-1955). *O Seminário livro 2*. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

_____. (1955). A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 402-437.

_____. (1955-1956). *O Seminário livro 3*. As psicoses. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1997.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 496-533.

_____. (1957-1958). *O Seminário livro 5*. As Formações do Inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1999.

_____. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 591-652.

_____. (1959-1960). *O Seminário livro 7*. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. (1960-1961). *O Seminário livro 8*. A transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. (1962-1963). *O Seminário livro 10*. A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. (1964). *O Seminário livro 11*. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. (1964-1965). *O Seminário livro 12*. Problemas cruciais para a psicanálise. Seminário inédito, Recife, 2006.

LACAN, J. (1966a). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 855-892.

_____. (1966b). O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32. São Paulo: Edições Eolia, dezembro/ 2001.

_____. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 248-264.

_____. (1967-1968). *O Seminário livro 15*. O ato psicanalítico. Seminário inédito.

_____. (1969-1970). *O Seminário livro 17*. O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. (1972-1973). *O Seminário livro 20*. Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1985.

_____. (1974). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

_____. (1974-1975). *O Seminário livro 22*. RSI. Seminário inédito. Disponível em: <<http://staferla.free.fr/S22/S22.htm>>. Acesso em: 18 de nov. de 2016.

_____. (1975). La Tercera. In: *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1988, p. 73-108.

LANDI, E. C. Gozo fálico, gozo feminino e a solidão. In: *O Corpo e a Carne*. VI Encontro Nacional e VI Colóquio Internacional – Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, 25 de nov. 2016, Armação dos Búzios, Rio de Janeiro, Brasil (comunicação oral).

LAURENT. É. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

LEITE, S. O psicanalista *amador* e os três desejos. Sobre o desejo do analista. In: JORGE, M. A. C. (org.). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006, p. 153-164.

_____. As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 8, n.1, p. 83-93, 2008.

_____. Emergência psiquiátrica e psicanálise: o que se aprende e o que se trata? In: de BARROS, R. M. M.; DARRIBA, V. A. (orgs.) *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015, p. 135-149.

LEITE, S. As instituições, a transitoriedade e o sujeito. In: DARRIBA, V. (org.). *Coletânea “Cinquenta anos de Psicologia na UERJ: psicologia clínica e psicanálise”*, 2016 (artigo no prelo).

LIMA, F. N. de. *A questão da identidade em psicanálise: divisão e identificação*. 2014. 141 f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014.

MANNONI, M. *O psiquiatria, seu “louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1971.

MAURANO, D. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MILLER, J-A. *Percurso de Lacan: uma introdução*. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. *Lacan Elucidado: Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1997.

MILNER, J.-C. *A obra clara - Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

MOURÃO, A. *Uma aventura no território da falta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.

PLATÃO. (380 a.c.) *Συμπόσιον = O Banquete*. Carlos Alberto Nunes (trad.), 3 ed., Belém: ed. Ufpa, 2011.

PONTALIS, J. B. *Ce temps qui ne passe pas*. Paris: Gallimard, 1997.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. 12.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009a.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009b.

RAMOS, L. N. O ato de Lacan. In: *Jornadas Clínicas da APPOA. Dizer e fazer em Análise*, Porto Alegre, nov. de 2010.

RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

RINALDI, D. L. *A ética da diferença*. Um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed., 1996.

RINALDI, D. L. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C. (orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário*, livro 17 de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p.53-69.

_____. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. C. (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006, p. 141-147.

SANTOS, Y. F. dos. *O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN*. 2007. 167 f. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte. 2007.

SANTOS, J. L. G. dos; COSTA-MOURA, F. Angústia de castração e objeto: limites do processo analítico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 922-938, 2013.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VENANCIO, A. T. A. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 117-136, 1993.

VICTOR, R. M.; AGUIAR, F. A clínica psicanalítica na saúde pública: Desafios e possibilidades. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 40-49, 2011.