

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Luciana Oliveira Genial

**O que fazer com o sintoma?
Considerações iniciais sobre o tratamento analítico**

Rio de Janeiro
2006

Luciana Oliveira Genial

**O que fazer com o sintoma?
Considerações iniciais sobre o tratamento analítico**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora:
Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset

Rio de Janeiro
2006

Genial, Luciana Oliveira
O que fazer com o sintoma? Considerações iniciais sobre o
tratamento analítico / Luciana Oliveira Genial. Rio de Janeiro: UFRJ.
2006.

118f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia,
Rio de Janeiro, 2006.

Orientação: Vera Lúcia Silva Lopes Besset

1. Sintoma. 2. Interpretação. 3. Transferência – Dissertações.
I. Besset, Vera Lúcia Silva Lopes (Orient.). II. Universidade Federal do
Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Luciana Oliveira Genial

**O que fazer com o sintoma?
Considerações iniciais sobre o tratamento analítico**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em

(Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset Paris V)

(Prof. Dr. Ruth Helena Pinto Cohen, UFRJ)

(Profa. Dra. Ricardo de Sá, UFF)

(Profa. Dra Luciana Gageiro Coutinho, PUC-RJ -suplente)

(Prof. Dr. Francisco Teixeira Portugal, PUC-RJ - suplente)

AGRADECIMENTOS

À profa. Vera Lúcia Silva Lopes Besset pela oportunidade de realizar este trabalho e pela orientação.

À profa. Ruth Cohen pelo despertar inicial pelo trabalho realizado no Instituto de Psicologia e pelas preciosas sugestões.

Ao professor Ricardo de Sá pela contribuição fundamental.

À minha família por compreender as minhas ausências, pelo apoio incondicional e torcida. Em especial à minha mãe pelo carinho e ao meu pai pelo interesse, disponibilidade e apoio gramatical e ortográfico.

Ao Marcelo, meu marido, por todo amor, paciência, carinho e dedicação.

À Kátia Almeida, amiga, companheira tão essencial nos momentos mais difíceis.

À equipe de iniciação científica da profa. Vera Lopes Besset pelo carinho e pelo acolhimento, especialmente Marina e Bruna.

Aos colegas de percurso do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela parceria. Destacando a amizade e o companheirismo de Susane.

À Equipe de Psicologia do Hospital Central do Exército, pela troca valiosa e pela camaradagem.

Aos Guilherme Machado e Emanuela Anselmo pela versão do resumo para o inglês.

À Maria Isabel Aguiar pela referência que faltava.

À Anita e Bela pelo desejo de saber.

"E umas das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se deve amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de que nos empurra para frente. Foi o apesar de que me deu uma angústia que insatisfeita foi criadora de minha própria vida."

Clarice Lispector

RESUMO

GENIAL, Luciana Oliveira. *O que fazer com o sintoma? Considerações iniciais sobre o tratamento analítico*. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Este trabalho versa sobre a posição do analista diante do sintoma no tratamento analítico. Esta questão é provocada pela observação na clínica da dificuldade do neurótico em abandonar seu sintoma. A partir dessa constatação dispensa considerações sobre o sintoma e a transferência no trabalho analítico. Para tanto coloca a questão das entrevistas preliminares como ponto de partida para o estabelecimento da hipótese diagnóstica e da transferência, além de situar a interpretação como uma intervenção que viabiliza a construção de um novo saber sobre o sintoma. Percorre as noções de sintoma construídas durante trajetória freudiana até a constatação do sintoma como um representante de uma satisfação pulsional. Assim como também comenta a evolução do método a partir da constatação da resistência do paciente. Finalmente, situa o conceito de transferência e suas implicações no tratamento, enfatizando o modo de manejá-la e as ressalvas dirigidas ao analista.

ABSTRACT

GENIAL, Luciana Oliveira. *O que fazer com o sintoma? Considerações iniciais sobre o tratamento analítico*. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

This paper is about the analyst position facing the symptom in the analytical treatment. This statement is based on the clinical observation of the neurotic's difficulty on abandoning his symptom. This evidence makes it unnecessary to conjecture about the symptom and the transference on the analytical work. In order to do so, it puts the preliminary interviews as the starting point to establish both the diagnostic hypothesis and the transference, besides situating the interpretation as an intervention that enables the build new knowledge about the symptom. It covers the notions of the symptom built during the Freudian path until it shows the symptom as the representation of a instinct satisfaction. It also comments the evolution of the method as a result of the patient's resistance. Lastly, it situates the transfer concept and its implications on the treatment, emphasizing how to handle them and the reserves towards the analyst.

Sumário

Introdução.....	10
Capítulo I – O Início do tratamento.....	15
1 – Caso Anita.....	18
2 – Caso Bela.....	21
3 – As Primeiras Entrevistas.....	24
4 – Considerações Iniciais Sobre a Interpretação.....	31
Capítulo II – Sintoma: Sentido e Satisfação.....	41
1 - A Evolução do Método Psicanalítico – da Catarse à Associação Livre.....	42
2 - Sintoma e Sexualidade.....	48
3 - Realidade Psíquica.....	53
4 - O Sintoma como Efeito de um Trauma.....	56
5 - A Formação do Sintoma.....	58
6 - Considerações sobre o Sintoma de Anita.....	67
Capítulo III – A transferência.....	71

1 - Fundamentos da transferência.....	72
2 - Do Amor à Suposição de Saber.....	82
3 - Considerações sobre a Resistência.....	89
4 - O Sintoma Analítico.....	94
5 - A Experiência Clínica e a Transferência.....	98
Conclusão.....	102
Bibliografia.....	106

I-Introdução

Esta dissertação foi motivada pelo trabalho iniciado em uma instituição hospitalar, onde nos deparamos com uma grande demanda de pacientes buscando acompanhamento psicológico. Muitos deles encaminhados pelo Setor de Psiquiatria, outros por médicos de outras clínicas e alguns vindo buscar apoio psicológico espontaneamente.

Neste momento surgiu uma primeira reflexão. O que faz um sujeito demandar tratamento analítico diante de uma oferta de tratamentos medicamentosos? No rastro dessa resposta faremos ponderações entre o que diferencia o trabalho da psicanálise com o de outras disciplinas médicas sugerindo uma especificidade para tratar o sintoma que a situa como contribuição à outras formas de tratar o sofrimento psíquico.

Acreditamos que esta outra forma de tratar o sintoma já aparece na questão do diagnóstico que convoca o analista a averiguar o ‘caso-a-caso’. Para compreender esta especificidade buscaremos justificar porque Freud nos alertou que o tratamento analítico deveria começar por um “experimento preliminar” (1913/1995). Verificaremos que esta questão se fundamenta mediante o cuidado que se deve ter para estabelecer o diagnóstico e situar a transferência. Neste momento buscaremos elucidar a importância do silêncio do analista e do cuidado que deve ter para manter suas inferências pessoais longe do *setting* analítico para que algo singular da relação do sujeito com seu sintoma possa emergir.

Na prática ambulatorial, o ‘caso-a-caso’ suscitou uma questão central que estará exposta a partir do caso Anita e do caso Bela. Estas duas pacientes indicaram que haveria uma particularidade no sintoma que dificultava o trabalho de tratá-los. Esta particularidade das reações dos pacientes diante de intervenções que indicaram

que a demanda inicial do paciente talvez não fosse se livrar do seu sintoma e sim aliviar o sofrimento provocado por eles.

A partir dos casos clínicos de Anita e Bela busca-se fundamentar as intervenções feitas no trabalho clínico. As questões que foram colocadas para estas pacientes seriam interpretações? Tentando responder a esta pergunta, tecemos algumas considerações iniciais sobre o tema na medida em que buscamos bases teóricas para situar a atuação do analista na clínica.

No que o sintoma está implicado então, se no tratamento o paciente demonstra através da “reação terapêutica negativa” que não pretende abrir mão? Sabemos que Freud (1917[1916-17]) em seu estudo sobre a neurose afirmara a existência de um sentido no sintoma que estava vinculado a experiências da vida pregressa do sujeito. É nessa pista que buscaremos apreender os sentidos dos sintomas no segundo capítulo.

Para compreender que sentido está intrínseco no sintoma julgamos necessário falarmos da evolução do método psicanalítico desde o método catártico até a associação livre. Nesse percurso devemos considerar a resistência como fenômeno que obrigou Freud a desenvolver sua abordagem até chegar a associação livre.

A descoberta do método leva Freud também a evolução na teorização do sintoma, trazendo a “Interpretação dos Sonhos” e a teoria da sexualidade infantil como marco para este esclarecimento. A noção de realidade psíquica subverte a idéia do sintoma como uma atualização de uma vivência traumática e situa o sintoma como fruto da fantasia de um sujeito que encobre um desejo sexual inconsciente.

Neste momento pensaremos o sintoma enquanto produto do eu que pretende atender ao princípio do prazer e ao princípio da realidade. Desenvolveremos então, a idéia de que o sintoma é uma vivência prazerosa que por causa do recalçamento é sentida pelo eu como desprazer.

Vislumbramos também a necessidade de situar a sexualidade como traumática, marcando que o sintoma é resultado do encontro traumático do sujeito com a sexualidade. Abordaremos esta constatação a partir do caso Emma e sua fobia de entrar em lojas.

Atribuimos à formação do sintoma uma consideração elementar. Nesse momento do trabalho faremos um contra-ponto entre a formação do sintoma baseado nos dois princípios que regem o funcionamento mental e o “Além do Princípio do Prazer” (1920/1995). Neste contra-ponto avançaremos da leitura de que o sintoma é uma testemunha do retorno do recalado para ressaltar o sintoma como aquilo que situa o resto que não pôde ser apreendido pelo sujeito, que aparece como vertente de gozo.

Nesse momento buscaremos fazer esclarecimentos importantes sobre a função do Outro na formação do sintoma, conceito este introduzido por Lacan e ressaltar o papel da linguagem neste contexto.

A partir desses esclarecimentos retornaremos ao caso Anita, onde faremos indagações a respeito de seu sintoma. Poderíamos circunscrevê-lo? O que poderíamos dizer sobre o seu sintoma?

Finalmente no terceiro e último capítulo trataremos da transferência. Acreditamos que este conceito é fundamental para nossas conclusões. Tomando por base a existência de um sentido no sintoma, questionamos a relevância da presença do analista, para revelação deste, através do dispositivo analítico. Isto porque acreditamos que o endereçamento a um analista quando se quer saber sobre o sintoma não é sem conseqüências.

Neste capítulo desenvolveremos os fundamentos da transferência, buscando elucidar onde o analista se situa na relação com o paciente. Marcamos aqui que a

influência do médico se apresenta para Freud desde o início de seu trabalho, mas veremos que as motivações que servem ao estabelecimento da transferência só surgem com a teoria do recalçamento (1915/1995) e a formulação da teoria edípica (1924/1995). Não poderíamos deixar de citar aqui o caso Dora (1905/1995) como marco para fundamentação do trabalho na transferência.

Extraímos conclusões importantes acerca da transferência de Dora que nos levou para a questão do feminino e sua posição na resolução edípica. Este tema, com a contribuição da leitura de Lacan, nos permite fundamentar a questão do sujeito em relação ao Outro. Outro este que no tratamento o analista passa a encarnar.

Passamos assim a tirar conseqüências dos fundamentos da transferência para clínica. Entendendo a demanda que o sujeito faz ao Outro como uma demanda de amor, enfatizamos os aspectos essenciais que o analista deve estar advertido para não corresponder a essa demanda e desvirtuar os objetivos da clínica.

De uma demanda de amor a uma demanda de saber, abordaremos esta transição a fim de situar o trabalho da clínica. Qual é o papel do analista frente a demanda do sujeito? O que deve o analista viabilizar?

Colocaremos em discussão também alguns aspectos sobre a resistência, entendendo que esta seja baliza e não obstáculo ao tratamento. Informaremos também que esta leitura nem sempre foi assim, veremos as conseqüências de uma prática de análise das resistências.

Do sujeito “resistir à” ao sujeito “resiste”, a resistência aparece como aquilo que toca o real do sujeito. Pretendemos sinalizar que há uma faceta do sintoma que aparece na clínica não mais como efeito do simbólico e que se dissipava com a associação livre mas como repetição de algo que estava fora da cadeia dos significantes.

Esta constatação nos permite introduzir a questão do sintoma analítico. Sobre este tema, buscaremos fazer as primeiras considerações sobre o momento que o analista é engendrado na cadeia associativa do sujeito e se torna portador de um saber suposto que permite o sujeito avançar na sua trajetória. Pensamos que este momento marque que o sintoma que aparece como repetição e que o analista deve manejar oferecendo um significante a mais para que o sujeito prossiga na construção de um novo saber sobre o seu sintoma.

Por fim, buscaremos situar aspectos da transferência no caso Bela. procuraremos situar a questão que esta paciente leva ao tratamento que parte de uma queixa ao pai pela indagação “o que ele quer de mim?”. Para isso não poderíamos deixar de fazer uma articulação com o caso Dora e sua questão com o feminino.

Nesse percurso adotamos como espinha dorsal de nosso trabalho as obras de Freud em duas edições, *Imago* e *Amorrotu digital*. Sabemos que a edição brasileira muitas vezes apresenta distorções em sua tradução que prejudicam nosso entendimento. Sendo assim, apostamos na *Amorrotu* para fazer uma revisão teórica e mantivermos nossas referências de acordo com a edição da *imago* sempre que julgamos não haver prejuízos para os conceitos. Nos pautaremos também nos seminários de Lacan e Miller e nas articulações fomentadas por seus comentadores.

Capítulo I – O Início do Tratamento

O trabalho no âmbito de uma instituição hospitalar motivou essa pesquisa, a partir de uma grande demanda de pacientes em busca de tratamento, no ambulatório de psicologia. Perguntamo-nos sobre os efeitos da presença do analista frente ao sintoma do sujeito. De início, percebemos que surgem no ambulatório, sujeitos determinados a eliminar seu sintoma, a mudar de vida. É muito comum escutarmos: “Doutora, estou aqui porque eu quero mudar!”.

Porém, na medida em que as entrevistas iniciais avançam o que observamos é a dificuldade do sujeito em abandonar o seu sintoma. Este contratempo nos alerta que o tratamento analítico não deve ir em direção à sugestão ou ao incentivo em fazer o paciente acabar com um hábito ou um comportamento que vem trazendo prejuízo a sua vida.

Percebemos que quando um paciente resolve falar sobre aquilo que é causa do seu sofrimento, este ato por si só já é capaz de amenizar sua dor, de produzir um efeito terapêutico. Freud (1893-1895/1995) já nos falava sobre isso quando formulou a teoria da abreação, que consistia em colocar o afeto em palavras para aliviar o sintoma. Porém, sabemos que o objetivo da análise vai para além de minimizar o sofrimento, muito embora desconfiemos que já seria de bom grado para o paciente que seu sofrimento fosse extinto sem que este tivesse que mexer na relação com seu sintoma .

Vemos que são muitas as formas buscadas pelo sujeito para tentar amenizar ou acabar com seu sofrimento. A religião, a medicina especializada com medicamentos de última geração e tratamentos alternativos lideram a lista de soluções encontradas pelo sujeito para dar conta de sua dor psíquica. Besset (2002) nos propõe uma reflexão sobre esta demanda do sujeito que é especialmente de alívio.

“Nesse tempo atual onde reina a pulsão, sob o imperativo categórico de gozo do supereu, o que busca um sujeito, ao procurar um analista? Muitas vezes,

apenas alívio para seu padecer. No entanto, essa demanda inicial pode dar lugar a uma demanda de saber sobre aquilo que o causa. Nessa época, onde a religião prolifera e a angústia resiste, rebelde aos nomes e medicamentos com as quais se tenta amarrá-la, o desafio para o analista é, com a palavra, tratar o que do sintoma insiste” (idem, p. 207).

O inédito inaugurado pela experiência freudiana situa uma nova clínica onde o analista se coloca como mestre do amor em resposta à demanda dos neuróticos, nos diz Besset. “Para tanto, à falta de saber dos médicos, impotentes diante das conversões históricas, ele contrapõe a suposição de um saber no sujeito, saber a decifrar. É, então, a suposição de um saber não sabido que instaura a transferência e inaugura a experiência clínica”(idem, p. 209).

Na trilha da oferta contemporânea, ao ouvir as lamentações dos pacientes na clínica, seria muito fácil supor que a solução para os seus problemas seria sugerir um “tratamento-treinamento”, com metas pré-definidas a serem buscadas. Atribuímos, contudo, à psicanálise uma forma particular de lidar com o sofrimento do sujeito.

O fato é que os analistas, ao ouvirem as queixas dos pacientes, já devem estar avisados que aquilo que exprime um sofrimento não pode ser tratado como um mero desafio ao alcance intelectual do analista. Lacan (1955/1985) recomenda que a ação do analista não deva incidir sobre qualquer ponto, para não correr o risco de transformar uma análise em uma sugestão. A intervenção do analista deve partir da idéia que a função da fala - é disso que se trata em análise - é subjetiva, particular.

No seu segundo seminário, Lacan (idem) ratifica o desafio freudiano da situação analítica, contrariando as boas intenções de uma relação baseada na compreensão mútua entre analista e analisante. Ele enfatiza que a compreensão na situação analítica, via de regra, leva o analista a se enganar acerca da demanda que o sujeito lhe faz.

Segundo Lacan, “pensa-se poder fazer uma boa terapêutica analítica quando se tem o contato, quando se faz funcionar este gênio que cada qual ostenta na relação interpessoal”

(idem, p. 135). Porém, cabe ao analista renunciar ao impulso de indicar o caminho “certo” para o paciente, para remontar as origens da atividade psíquica em busca do sentido próprio para o sintoma.

Lacan (1955/1985) afirma que no sintoma há uma espécie de inércia, vista como uma espécie de estado ideal por um lado e de ignorância que acarreta em um sofrimento psíquico, por outro lado. Se é ideal, em tese deve ser mantido como está, porém o sofrimento anuncia que algo vai mal. Entretanto ao “mexer” no sintoma, o analista se depara com a resistência, visto que o sintoma sinaliza para o ponto de gozo do qual o sujeito não pode abrir mão.

Vemo-nos, diante do fenômeno da resistência que se estabelece a partir do momento em que o analista opera tentando deslocar o sujeito do ponto ideal e fazendo com que avance no processo analítico. Este impasse marca a dificuldade apresentada em uma clínica em que se deve caminhar junto com o paciente, na via particular de sua satisfação pulsional, de seu gozo.

Miller (2003) destaca que o que constitui o gesto inaugural da psicanálise é a ruptura de Freud com a hipnose. Ao utilizar o método psicanalítico Freud viu surgir inúmeros fenômenos – e não menos importantes impasses - que o fizeram evoluir sobre a noção de cura de certos tipos de sintoma. Estes fenômenos, que segundo Miller apontam para uma relação com o real podem - através sintoma – encarnar-se de maneiras distintas. Miller ressalta a importância em retomar ao primeiro método freudiano para lidar com os sintomas neuróticos, a fim de esclarecer a relação inaugural com o sintoma.

Concordamos com Miller (idem) na medida em que a evolução da teoria freudiana sobre o sintoma está intrinsecamente relacionada às dificuldades encontradas por Freud na clínica desde a ruptura com a hipnose. Chama-nos a atenção que cada reformulação freudiana sobre o tratamento dos sintomas pela psicanálise se faz necessária a partir de uma recusa por

parte dos pacientes em cooperar com o método vigente, seja ele a catarse, a sugestão, a pressão na testa ou a própria associação livre.

Situamos a resistência como fator que balizou a teoria e a clínica e que, ao final, tornou-se o grande aliado da experiência, desde que o analista saiba o que fazer com ela. Pensamos que o analista deva estar avisado sobre o valor de gozo que a resistência anuncia.

Besset (1991) nos aponta que a constatação do fenômeno da resistência “marca o início da história da psicanálise, com o abandono do hipnotismo e a formulação da teoria do recalque” (p. 9). Desse modo, compreendemos que a construção da psicanálise se deu através de um constante entrelaçamento entre a clínica e a teoria.

Os impedimentos que dificultam que o paciente se cure de sua neurose, despertaramos, no trabalho ambulatorial, o interesse em pesquisar sobre a forma de lidar com o sintoma no decorrer do tratamento analítico. Percebemos em nossa prática, o aparecimento de peculiaridades que indicam justamente a dificuldade de abandonar o sintoma. Essas peculiaridades surgiram para nós como surpresa e no decorrer das entrevistas preliminares, suscitaram uma reflexão sobre o sintoma e suas implicações na clínica.

Assim sendo, escolhemos dois casos clínicos para delinear nossas considerações teóricas nessa dissertação, pensando, desta articulação, tentar responder à pergunta que se coloca para nós, nesse momento. O que fazer com o sintoma na clínica?

Seguiremos então com os relatos dos casos clínicos para posteriormente tecer as considerações teóricas que se apresentaram para nós.

1- Caso Anita

O primeiro caso se refere a Anita, uma estudante de Direito de 22 anos que perdera a mãe vítima de um traumático acidente automobilístico. Algum tempo depois do acidente, Anita procura o Setor de Psicologia do Hospital, buscando atendimento individual.

Trabalhamos com a hipótese de uma neurose histérica da jovem que inicia o seu relato, queixando-se de solidão.

Nas primeiras entrevistas, a paciente relata sentir muita falta da mãe, que era sua grande companheira, aquela que a apoiava em tudo. Queixa-se que, após o falecimento de sua mãe, começou a se sentir cobrada por seu pai e seu irmão mais velho a ter que assumir as tarefas de casa, sozinha. Anita diz não estar dando conta do acúmulo de suas tarefas na faculdade e agora em casa.

Lamenta-se de uma imensa solidão e da falta de sensibilidade da família em dividir as tarefas de casa. Contou que sua mãe estava sempre com ela, seja para acompanhá-la a um médico, seja para levar-lhe para fazer prova de vestibular, “a minha mãe nunca me deixou sozinha”, relembra.

Por outro lado, sente-se obrigada a cuidar do pai pois este, desde a morte da mãe, também estava muito solitário e triste. Anita então se divide entre dar atenção para o pai e para o namorado, e muitas vezes se culpa por deixar o pai sozinho, no fim-de-semana, para fazer um programa com o namorado.

Em relação ao seu irmão, incomoda-lhe o fato de parecer não se sensibilizar com a situação do pai e dela própria, que acaba sobrecarregada. “Meu irmão nunca se envolve com nada, toca a vida dele como se nada tivesse acontecido, só pensa em si mesmo”, reclama Anita.

Aos poucos, Anita vai revelando aspectos importantes da dinâmica familiar. Conta que nunca teve um quarto para si, que quando era pequena dormia na cama dos pais e com o passar dos anos foi instalada uma cama ao lado da cama de seus pais onde continuou a dormir. Já seu irmão dorme em outro cômodo da casa onde haveria espaço para mais uma cama que Anita poderia ocupar. A paciente conta que até dormia lá às vezes, mas argumenta

que o irmão espalha as coisas dele por todo quarto e como ela não suportava toda aquela bagunça, desistiu de dividir o quarto com ele.

E assim, prossegue no seu dia-a-dia, arrumando a casa - inclusive a bagunça do irmão - fazendo comida e estudando. Um dia a paciente diz, “sabe que eu não tenho lugar lá em casa? O único canto que tenho é uma parte da estante do escritório que eu peguei na marra” – diz orgulhosa, se referindo ao fato de ter tirado os objetos da mãe de lá e colocado alguns livros seus e um porta-retrato com uma foto sua e de seu namorado. Afirma ainda que fez isso mesmo sem a mãe ter gostado de sua atitude. O resto de suas coisas ficavam guardadas junto com as coisas da mãe no cantinho do armário.

Certo dia, reclamou que não sabia o que o pai fazia com o dinheiro que ganhava pois tinha poucos gastos e mesmo assim, não dava continuidade a obra da casa que estava parada. Diz-se ansiosa para o fim das obras pois aí, sim, teria seu próprio quarto. Contou que seu pai estava construindo nos fundos da casa um anexo onde pretendia colocar dois novos quartos, que ela e seu irmão ocupariam, no fim das obras, e uma sala de estar maior. Assim, manifesta o desejo de arrumar as coisas dela lá, assim que a obra fosse concluída.

Perguntamos sobre como estavam as obras. Anita responde que havia um quarto que estava quase pronto, só faltando alguns detalhes de acabamento, mas que nos cômodos restantes ainda faltava muita coisa. Diante disso, indagamos a Anita se o quarto que estava em fase de acabamento já podia ser mobiliado e utilizado, e a paciente responde que sim. Se já havia um quarto pronto em condições de ser habitado, porque ela não se mudava para lá? – “Eu? Ir para lá? Sozinha, não!”.

A reação da paciente à nossa pergunta, foi de embaraço, causando-lhe rubor na face. Notamos que naquele momento algo da sua neurose ganhava forma. Não era só uma simples questão de não ter lugar em casa ou de não ter apoio dos familiares para dividir as funções. Ali onde ela se queixava de solidão seu sintoma se manifestava e percebemos que estávamos

diante de um enigma. Destacamos aquilo que parecia ser impossível de se realizar para Anita: “Sozinha, não!”

Freud (1913/1995) nos informa que a força motivadora primária para o tratamento é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado deste sofrimento. Isso de maneira alguma deve ser interpretado como desejo de se livrar do sintoma propriamente dito. Anita, desde o início das entrevistas, queixa-se do quanto estar sozinha a fazia sofrer, e que seu pai ou seu irmão não parecem dispostos a acompanhá-la em tudo, como sua mãe assim o fazia.

Pensamos que Anita tenha buscado o tratamento não propriamente com a intenção de conseguir fazer as coisas sozinha, e sim de se organizar perante uma rotina familiar em que as pessoas à sua volta não tem a mesma disponibilidade da mãe em acompanhá-la em tudo. Quando Anita reclama que não tem lugar em casa, isso parece se referir ao fato de não reconhecer um lugar que ela ocupe sozinha.

A nossa pergunta causou um efeito embaraço na paciente. Besset (2000) nos lembra que para é preciso que o próprio sujeito se deixe intrigar de alguma forma por sua inibição sintomática, que ele tenha uma interpretação prévia sobre ela, para que se possa falar para um analista. O enigma que se fez, a partir de então ,seria “porque sozinha não?”.

Esta era a questão a partir da qual Anita precisava avançar. O que poderíamos extrair de um saber sobre o seu sintoma que parece ter relação com não poder ficar sozinha, o enrubescimento e a vergonha de Anita nos dão a pista do caminho a ser trilhado no tratamento.

2 - Caso Bela

Passaremos ao segundo caso onde também trabalharemos sob a hipótese de histeria. Trata-se de Bela, uma jovem estudante de medicina que teve a primeira entrevista marcada por seu pai. Preocupado com uma reclamação de dores na coluna - que costumavam sumir

quando tinha algum compromisso social - o pai achava que poderiam ter um “fundo emocional”. Em nosso primeiro encontro, Bela relatou que não sabia porque estava ali, que estava fazendo tratamento na coluna e não fazia sentido o pai achar que suas dores eram psicológicas. Mesmo assim compareceu à consulta para não criar confusão com o pai, “uma pessoa intransigente e instável, este sim, precisando de tratamento”.

Nas primeiras entrevistas, Bela fala do mal-estar que a instabilidade emocional do pai lhe causa. Diz que seu pai, quando entra em “crise”, ameaça mudar para o Mato Grosso, onde tem uma fazenda de gado, à revelia da opinião dos outros membros da família. Bela revela que o pai fazia questão de deixar claro ser ele o dono dos bens materiais da família e que todos tem que aceitar, sem contestar, todas as suas decisões.

Logo de início, a queixa da paciente contrasta a onipotência de um pai que tudo pode com a impotência dos membros da família, contraste este que surge como um impasse, na medida em que a paciente não consegue mais suportar tal situação. Dedicou-se exclusivamente à faculdade, revelando que não estava pretendendo trabalhar, por hora.

Ao longo dos encontros, Bela relata a dificuldade que tem para exercer uma certa autonomia em seu dia-a-dia, ficando tudo submetido à vontade do pai autorizar e ainda custear seus compromissos. Bela conta que um de seus problemas era nunca saber como o pai iria reagir às suas solicitações.

Em uma das sessões, perguntamos a Bela se ela recebia alguma mesada, supondo que dessa forma sua rotina poderia ganhar um pouco mais de autonomia. A paciente, bastante surpresa, comenta que nunca havia pensado nessa possibilidade e desconversa, dizendo que o pai acabava lhe dando as coisas desde que suportasse calada suas crises. E ela suportava, mesmo que esse fosse o motivo de toda sua irritação e sofrimento.

A partir dessa intervenção, a paciente começa a falar de suas dificuldades de tomar decisões, de lidar com mudanças e do constrangimento de interagir com colegas de faculdade, que já possuíam uma certa independência.

Quando Bela afirma que, por hora, não pretende trabalhar e nem mesmo cogita pedir uma mesada para o seu pai, ela parece revelar que não era de se fazer independente que se tratava a sua questão. Ela diz: “meu pai me dá as coisas, só tenho que agüentar”. A questão inicial, dirigida ao analista parece ser: “como agüentar isso tudo com menos sofrimento?”. A reação de Bela elucida bem sua dificuldade em se livrar de seu sintoma.

Essa passagem demonstra que a demanda inicial de Bela possivelmente não seria se livrar do fardo de seu pai. Pensamos como Alvarenga (2003) que afirma que “não é que o sujeito que sofre queria necessariamente dar sentido ao seu sintoma. O que ele quer em primeiro lugar, é livrar-se do sofrimento acarretado pelo sintoma, sua vertente de gozo” (p.71).

Embora a demanda de tratamento não tivesse partido dela, ao longo das entrevistas, Bela tem construído uma questão sobre aquilo que lhe causava sofrimento psíquico. Essa questão tem proporcionado desdobramentos, na medida em que ela passa a se familiarizar com o seu sintoma e a se questionar sobre ele, no tratamento.

Muitas vezes, Bela fala do desejo que seu pai fosse embora, deixando-a viver em paz, com sua mãe e seus dois irmãos mais novos. Diz que o importante é que o pai continue cumprindo as obrigações de pagar as contas da casa. Algo no sintoma de Bela parecia ganhar contorno. Perguntada sobre que lugar o pai tinha em sua vida, a paciente afirmou que ele representava “aquele que dava o dinheiro”. E como ficaria o lugar do pai se este não tivesse mais essa função? Bela responde que não sobraria nada, que o pai não representava mais nada a não ser “aquele que dava o dinheiro”. Diante desta constatação, Bela chora.

Representar o pai como “aquele que dava o dinheiro”, parece justificar que “agüentar o pai” revela mais que apenas uma simples condição transitória. Bela parece ter construído um lugar no desejo do Outro, encontrando nessa forma de se relacionar com o pai uma via de satisfação pulsional. Não ter que agüentar mais seu pai poderia representar um agravo à exigência pulsional e a destituição do Outro.

Bela se surpreende com a hipótese, um tanto quanto viável de solicitar uma mesada de seu pai. O que marca esta intervenção é a surpresa com a qual a paciente recebeu. Some-se isto à referência que tem de seu pai como “aquele que dá o dinheiro” e começamos a circunscrever o ponto de referência que Bela tem para lidar com o Outro.

O sobressalto de Anita e Bela diante dessas colocações surpreendeu. Neste ponto se constituiu a causa da nossa questão. Como tratar o sintoma a partir de uma escuta psicanalítica? Que diretrizes temos para conduzir o tratamento analítico? Por onde começar?

3 - As Primeiras Entrevistas

Passemos agora a examinar a função das primeiras entrevistas do tratamento analítico. Este momento do tratamento se refere ao que em Freud se situa como “experimento preliminar” e Lacan dá o nome de “entrevistas preliminares”. “Trata-se de um tempo de trabalho prévio, á análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim (...) como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar” (2000, p. 14) define Quinet.

Freud nos ensina no texto “Sobre o Início do Tratamento” (1913/1995) que ssa fase preliminar, se justifica pois é o tempo que o analista precisa para estabelecer a função transferencial e para construir uma hipótese diagnóstica sobre o caso em questão.

Freud nos expõe a importância que o contato inicial com o paciente tem, para a análise. Entendemos que ao analista caiba uma atuação discreta, no início do tratamento,

“deixa-se o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo” (idem, p. 165).

Julgamos que este seja o momento em que o paciente despeje no analista suas lamentações, suas queixas, frustrações, sem muita elaboração. Nesse momento, o silêncio aparece como o maior aliado do analista já que este ganha tempo para reconhecer o terreno onde a transferência se instalará e para traçar uma hipótese diagnóstica. Trata-se de um silêncio estratégico, não um silêncio de quem não sabe o que faz.

No imaginário popular, incentivado por personagens da mídia, figura o estereotipo de um “analista-mudo” que escuta sem interesse o que diz seu paciente, ou usa este tempo para fazer as unhas, dormir. Essa imagem, faz com que se pense que o analista não tenha nenhuma função específica, ou não saiba o que dizer ou fazer diante das revelações do paciente.

Existe uma anedota circulando pela internet, que conta que um analista, todo dia em que um certo paciente chegava, ligava o gravador e o deixava falando, enquanto descia para tomar um café. Seguem alguns encontros com o “analista-gravador”. Certo dia, porém, o paciente surpreende o analista em seu habitual café. O analista pasmo, pergunta: “mas você não deveria estar na sua sessão de análise?” e o paciente responde: “de fato deveria, mas preferi deixar um gravador lá com as coisas que pretendia dizer hoje e vir tomar café com o senhor”.

Podemos usar esta crônica para entender um erro comum de interpretação que ultrapassou os muros dos profissionais da área e ganhou conhecimento popular sobre o silêncio do analista. Nesse universo leigo, a análise seria o encontro do paciente com um “analista-morto” que não tem função outra que não a que exerceria uma planta, um animal, um gravador.

Em contrapartida, o final da história – ou quem sabe dizer a moral da história - retoma, de forma bem-humorada, é claro, a importância do analista no lugar daquele que houve. O

paciente vai ao encontro com seu analista no café, sinalizando sua escolha de falar, não para um gravador, mas para uma pessoa que possa ocupar um lugar diferenciado na relação analítica. Não se trata de qualquer um, não se trata de falar para qualquer pessoa, ou apenas falar. Trata-se de falar para alguém que possa escutar o sofrimento do paciente.

Se Freud (idem) sinaliza para um momento onde o analista deve de fato só ouvir, sabemos que para que a análise prossiga deve haver o momento em que o analista intervenha. Destacamos aí um outro equívoco que pode levar ao insucesso da análise, que se trata do analista pensar que pode intervir na fala do paciente com noções pré-concebidas sobre a teoria. Este outro erro de interpretação sobre a técnica se dá quando o analista acredita de fato que o domínio pré-concebido sobre os conceitos psicanalíticos levará o paciente ao final de uma análise.

O analista desavisado, munido da crença de que pode, por intermédio dos seus preceitos e apoiado na transferência, dar conta do tratamento, encaminharia a análise a um tratamento, por sugestão. Freud nos informa que

“o analista que deseja que o tratamento deva seu êxito tão pouco quanto possível a seus elementos de sugestão (isto é, à transferência) fará bem em abster-se de fazer uso até de vestígio de influência seletiva sobre os resultados da terapia que talvez possa lhe ser acessível” (idem, p. 173).

Sabemos que na relação transferencial a figura do analista é exaltada. Porém, reconhecemos que esta relação transferencial está situada na fantasia do paciente, marcando o analista como o representante do Outro. Isto nos indica que o analista é incluído na transferência a partir de uma fantasia, de uma relação com um Outro que ele dá corpo. “Uma outra pessoa, pré-histórica que nunca pôde ser equiparada por nenhuma outra”, nos diz Freud (1950 [1892-99]/1995, p.287). Logo o analista não deve acreditar que seu conhecimento teórico genérico conduzirá o paciente à cura. Nos parece que é preciso que ele espere um tempo para situar a forma como se dá a relação com o paciente.

Mais uma vez vale ressaltar a importância do silêncio e de uma escuta cuidadosa em que o sintoma vai ganhando contorno a cada consideração do paciente. Não se trata portanto de uma relação preestabelecida com os conceitos psicanalíticos. De nada adianta o analista dominar a teoria do complexo de Édipo e suas saídas para neurose, psicose ou perversão, se não está aberto a ouvir o que o paciente tem a dizer sobre a sua resolução edípica.

Deduzimos que a fala do analista terá um lugar determinante se este se permitir desfrutar de certa “intimidade” com as particularidades do sintoma do paciente. Acreditamos que só no caso-a-caso apoiado em uma hipótese diagnóstica construída no tratamento que o analista estará autorizado a fazer suas primeiras intervenções.

Vemos que função diagnóstica nas entrevistas preliminares é de suma importância para a direção do tratamento. É nesse momento, a partir do que o paciente diz que algo de seu sintoma ganha contorno. Se o sintoma do paciente vai se delimitando a cada encontro nos perguntamos: “devemos esperar uma hipótese diagnóstica de um psicanalista?”.

Concordamos com Freud (1913/1995) que afirmou existirem razões diagnósticas para começar o tratamento pelo que chamou de “experimento preliminar”. Para este autor, há motivos bastante fortes para que o analista evite cometer equívocos no diagnóstico.

Freud nos alerta que um erro no diagnóstico da estrutura do paciente podem levar todo o método à incredulidade. Ou seja, o analista não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo de parafrenia e não de uma neurose, exemplifica Freud (idem), e por isso deve estar atento ao que o paciente diz nas primeiras entrevistas.

É importante ressaltar que as dificuldades encontradas para diagnóstico em um trabalho psicanalítico acontecem porque, existe uma especificidade no diagnóstico para psicanálise que se difere do diagnóstico de outras disciplinas médicas. O equívoco de um diagnóstico inicial para um médico clínico ou um psiquiatra, pode levá-lo a rever sua conduta e tentar um outro método de tratamento.

Entendemos que, para a psicanálise, um erro diagnóstico pode comprometer todo o processo analítico. Isto porque, a psicanálise não possui outro método de tratamento, outra fórmula passível de sucesso terapêutico. Assim, o tratamento pode ser interrompido por um “erro” de diagnóstico por parte do analista – a não ser que ainda reste tempo para um manejo dentro do processo analítico.

Importa-nos estabelecer a diferenciação entre o diagnóstico da psiquiatria e o da psicanálise por se tratarem de duas atividades que visam tratar o sofrimento psíquico, as dores da alma. Analisamos que ao contrário do primeiro que busca objetividade, traços comuns de uma patologia, o outro se refere a uma posição subjetiva. Miller (1997) nos ajuda a diferenciar o sintoma no campo psiquiátrico e psicanalítico. Segundo este autor, o sintoma psiquiátrico “é constituído pelo psiquiatra, que o observa, o descreve, o classifica e lhe dá nome. Trata-se de uma clínica de observação” (p. 122). Acreditamos que no campo psiquiátrico o sintoma ganhe uma classificação, um rótulo e uma prescrição objetiva.

Refletimos sobre este modo objetivo de responder ao sintoma. Besset (2000) nos ajuda a examinar as respostas aos distúrbios cognitivos que a psiquiatria e mesmo a psicologia fornecem ao “quem sou eu?” do sujeito. A autora nos convida a pensar de que forma os psicanalistas poderiam contrapor seus trabalhos na clínica diante da enxurrada de fórmulas que tentam dar suplência à inconsistência do ser na linguagem. Besset (idem) nos informa que estas respostas se proliferam como produtos de mercado da sociedade de consumo na qual vivemos.

Porém, vemos que mesmo frente a esta oferta de diagnósticos e tratamentos que prometem a eliminação dos sintomas nos parece que a psicanálise continua tendo o seu lugar. Podemos pensar na especificidade da psicanálise e no que ela vem diagnosticar, a partir da constatação de que mesmo com uma gama de tratamentos milagrosos, continuamos recebendo sujeitos que precisam falar do seu sofrimento (idem).

Mesmo diagnosticado - temos aí a síndrome de pânico e a depressão como exemplos de diagnósticos que são verificados em massa nos consultórios médicos - parece que não basta ao sujeito saber o que ele tem, isso não o livra de entraves que atingem sua existência, justifica-se aí o interesse de buscar uma resposta a mais com o analista. A viabilidade da análise se dá porque algo de seu sintoma se coloca como obstáculo à cura, e gera no sujeito uma questão que se coloca na dimensão da palavra.

Miller (1997) nos orienta que o sintoma do qual se propõe tratar a psicanálise só existe se for falado pelo paciente. Este autor descreve que “o sintoma freudiano só existe a partir do discurso do paciente, dentro do dispositivo analítico” (idem, p. 123). Miller justifica que o sintoma psicanalítico se constitui no endereçamento do discurso do paciente a um analista, ou seja, que o analista participa do sintoma.

“Isso torna a situação bastante difícil para o psicanalista” (idem), acrescenta o Miller, reconhecendo que a relação do analista quanto ao sintoma não é de exterioridade. Para Miller o analista, “não pode manter-se à distância, nem desconhecer o fato de aí se achar implicado” (idem). Acreditamos que o analista só obterá uma hipótese diagnóstica sobre o sujeito se puder fazer com que este se implique no tratamento e isso conseqüentemente liga o paciente a sua pessoa. Isto é o diagnóstico psicanalítico só é possível se balizado pela transferência.

Acreditamos que o diagnóstico na psicanálise se estabeleça através da transferência, Isto é, devemos ter em mente, na tentativa de construir uma hipótese diagnóstica de que forma o paciente se relaciona com seu sintoma. O que o paciente pode dizer sobre o seu sintoma? Como podemos verificar isso na relação com o analista?

Por outro lado Freud (1913/1995) lembra que mesmo uma análise diagnóstica cuidadosa nem sempre leva a uma decisão certa sobre o diagnóstico e a estratégia de trabalho, tratando-se apenas de mais uma sábia precaução. Freud (idem) acredita que o analista é capaz

de fazer muito, não podendo, porém, pré-determinar quais resultados produzirá em uma análise.

Deste modo, Freud (*idem*) nos indica que o tratamento psicanalítico está sujeito a limitações de um jogo de xadrez onde somente o início e o fim podem ser previstos. O decorrer do jogo está sujeito a um sem número de variedades de jogadas que impossibilitam a elaboração de uma estratégia prévia. Essa comparação revela àqueles que se interessam em utilizar o método, que é possível fazer apenas recomendações e não uma orientação precisa das condutas na clínica psicanalítica.

Ainda em “Psicoterapia da Histeria” (1893-1895/1995) Freud faz uma alusão sobre a dificuldade em diagnosticar uma neurose histérica e diferenciá-la das outras formas de patologias: “determinei-me a investigar sua etiologia e a natureza de seu mecanismo psíquico em cada caso e a deixar na dependência do resultado dessa investigação a decisão quanto a se o diagnóstico de histeria se justificava”. (p. 273). Esta observação enuncia a plasticidade do campo da clínica e suas vicissitudes.

Acreditamos que o diagnóstico em psicanálise se situe para além de um número de queixas e sensações que o paciente traz no início do tratamento. Quando estamos diante de um clínico, ele pergunta “onde dói?”, e nós apenas sinalizamos, esperando que este tenha um remédio que cure a dor. Da mesma forma, Anita e Bela procuraram o ambulatório de psicologia nos dizendo onde doía. O diferencial é que não saíram do ambulatório com uma resposta. Ou melhor, receberam uma resposta em forma de pergunta, “o que você pode me dizer sobre isso que dói?”.

Vemos então que na análise dos pacientes, a única prescrição é que ele fale sobre o seu sintoma, enquanto o diagnóstico vai ganhando forma, na medida em que o sujeito avança em suas lembranças. A fala do sujeito em análise o permite constituir um saber sobre o seu sintoma. Besset (2002) nos lembra que

“no percurso de um tratamento, é da angústia do analisante que se trata, posto que o analista deve da sua fazer economia. Sendo assim, será possível conduzir um sujeito em direção, não ao sentido pleno, o que seria, não somente impossível, pela estrutura mesmo da palavra, mas também, interminável, como o próprio Freud concluiu” (p. 206).

Para que este percurso seja possível, atribuímos um papel fundamental à interpretação. Soler (1995) formula que “não há fim da análise sem que a interpretação tenha operado” (p. 22). Este tema se refere ao instrumento que faz do analista um mantenedor da associação livre. Acreditamos que o analista possa transformar uma demanda de alívio do sofrimento do sujeito por uma demanda de saber sobre aquilo que o causa por intermédio da interpretação. Este fato marca a sua atuação na clínica.

É sobre este ponto que fixamos nossas atenções no momento. No momento em que o sujeito passa de uma posição de queixa à espera de um “remédio” a um questionamento sobre o seu sintoma, a partir de uma intervenção do analista.

4 - Considerações Iniciais sobre a Interpretação

Nos dois casos escolhidos para esse trabalho, o que nos chamou a atenção foi o fato das pacientes se surpreenderem com perguntas que não prescindiram de uma elaboração profunda nem um preparo especial para fazê-las. Havia apenas o intuito de saber mais sobre o que elas falavam. Porém, as perguntas a interpelaram de tal modo que nos fizeram refletir o efeito da interpretação, na clínica. Assim sendo, acreditamos que a interpretação seja uma intervenção específica sobre o sintoma que se difere em muito da sugestão e da intervenção explicativa.

Todas as ressalvas quanto ao uso da técnica são preponderantes do início ao fim. Todavia no início, a cautela para atuação do analista deve ser ainda mais enfatizada. Como vimos, Freud (1913/1995) nos lembra que o início do tratamento serve para situarmos a

hipótese diagnóstica do paciente. Este momento é crucial para situarmos a demanda do paciente. Para evitar dissabores na experiência a recomendação primeira é ouvir.

Mas o próprio Freud nos lança a pergunta: “quando começar a fazer nossas comunicações ao paciente? Qual é o momento para revelar-lhe o significado oculto das idéias que lhe ocorrem, e para iniciá-lo nos postulados e procedimentos técnicos da análise?” (idem, p 182). Em resposta à pergunta, só devemos fazer nossas comunicações ao paciente quando estivermos diante de uma transferência eficaz com o paciente. Para isso é preciso que se conceda ao paciente tempo.

“Se se demonstra um interesse sério nele, se cuidadosamente se dissipam as resistências que vem à tona no início e se evita cometer certos equívocos, o paciente por si próprio fará essa ligação e vinculará o médico a uma das imagos das pessoas por quem estava acostumado a ser tratado com afeição” (idem).

Se ao invés de dar tempo ao paciente o analista lhe fizer comunicações prematuras isso pode significar o aparecimento de vários problemas no processo analítico, nos diz Seldes (1996). As conseqüências da precocidade das intervenções passam por “um descrédito sobre o analista e sua causa; um aumento das resistências e talvez uma interrupção prematura do tratamento”(idem, p. 93).

Soller (1995) nos aponta que existem algumas respostas que o analista deve dar ao analisante, no decorrer do tratamento. A resposta inicial é uma promessa, um “sim” a um pedido inicial de ajuda. Julgamos que este “sim” não necessariamente deva ficar explícito mas subentendido, na medida em que o analista acolhe o sujeito em seu sofrimento. Em seguida a esta resposta, segue uma demanda para que o sujeito fale. Soller nos revela que “a regra funciona como demanda para que o analisante fale sem restrições” (p. 21).

Esta autora afirma que essa demanda feita ao analisante funciona como uma resposta do analista, posto que este entende que a resposta já está ali, do lado do analisante, sendo

necessário então que ele fale. Ressalta-se porém, que “o texto do analisando talvez não contenha a resposta completa, mas os elementos da resposta. A regra analítica supõe que a resposta está escrita no inconsciente como resposta à pergunta-questão colocada pelo sujeito no momento que ali chegou” (idem).

Temos então que a terceira resposta que o analista coloca para o paciente seja a interpretação. Isto se deve ao fato justamente do texto do analisante se apresentar com lacunas. Lacunas que cabe ao analista preencher com um significante. Pensamos que a interpretação não tenha o mesmo estatuto da informação, da intervenção racional, da ressalva explicativa. “Não se trata aqui de uma interpretação a ser acrescida” nos diz Miller (1996, p. 95), ressaltando que o lugar do analista não é o de interpretar a partir de um saber pré-concebido. Vimos a pouco que esta conduta desvirtua os objetivos da análise.

Sabemos contudo que a noção de interpretação se apresentou de várias formas durante o percurso de Freud. Nos “Estudos Sobre a Histeria” (1893-1895/1995) Freud nos sugere que “os fenômenos motores dos ataques histéricos podem ser parcialmente interpretados como formas universais de reação apropriadas ao afeto que acompanha a lembrança (...), e em parte como uma expressão direta dessas lembranças” (p. 50).

O sintoma histérico era oriundo de um certo grupo de representações que se originavam dos estados hipnóides e que eram isolados da ligação associativa com as outras representações que apareciam para o sujeito em estado “normal”. Assim, com a hipnose, advém a idéia de recuperar a representação que faltava e eliminar os sintomas.

Na época dos “Estudos sobre a histeria” (1893-1895/1995), Freud esclarece como era o método que levava à cura dos sintomas.

“Ele põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu afeto estrangulado encontre uma saída através da fala; e submete essa representação à correção associativa, ao introduzi-la na consciência normal (sob hipnose leve) ou eliminá-la por

sugestão do médico, como se faz no sonambulismo acompanhado de amnésia” (idem, p. 52).

O que entrevemos deste momento do trabalho freudiano é que havia uma idéia aprisionada, e cabia ao analista, por sugestão, fazer uma correção, inserindo o sentido que faltava à cadeia associativa do paciente, eliminando o sintoma. A interpretação dessa forma, tinha o estatuto de sugestão que conduzia os pacientes às representações ocultadas que geravam o sintoma.

Com o fim do uso da sugestão, pensamos que o desenrolar da elaboração freudiana sugira que o sintoma deva ser decifrado. Freud construiu a hipótese de que o sintoma era a manifestação de um conteúdo que fora deformado pelo recalçamento e que portanto precisava ser decodificado. Esta forma de pensar a interpretação ganha sustentação com “A Interpretação dos Sonhos” (1900/1995) e com dois livros inteiros sobre as formações inconscientes e sua relação com o sentido dado pela palavra. São eles, a “psicopatologia da vida cotidiana” (1901/1995) e “os chistes e suas relações com o inconsciente” (1905/1995).

A partir desses trabalhos a interpretação freudiana foi compreendida como uma tarefa de dar sentido as formações inconscientes que se manifestavam no sonho, no chiste, no ato falho. Julgamos que esta forma de interpretar tenha o intuito de permitir a mudança de rumo nas associações do paciente, evoque o duplo sentido da fala, evidencie a ambigüidade do discurso do sujeito. A formulação da interpretação dos sonhos dá um passo decisivo para assegurar esta idéia e ganha peso, no caso Dora (1905/1995) – que, como sabemos, seria um trabalho para confirmar a relação da teoria dos sonhos com a clínica.

Temos na interpretação dos sonhos, “a marca da exaltação da interpretação enquanto deciframento do inconsciente” (Seldes, 1996, p. 94). Freud (1916[1915-16] /1995) nos revela que o simbolismo foi o mais notável capítulo da teoria dos sonhos. Acreditamos que através

deste trabalho Freud tenha situado a especificidade da interpretação dos sonhos e conseqüentemente da interpretação como um todo na prática psicanalítica.

No trabalho dos sonhos, Freud (1900/1995) nos apresenta as formações oníricas como fenômenos psíquicos de inteira validade, produzidos por uma atividade mental altamente complexa. O autor discorre que os sonhos representam realizações de desejos inconscientes, mas que devido ao seu conteúdo aflitivo são distorcidos por registros da vida de vigília do sujeito. Porém, a motivação primária dos sonhos era mantida intacta apesar de todas as deformações.

Mesmo sabendo que o sonho é uma forma distorcida de manifestação do desejo inconsciente, devemos estar atentos à forma de interpretá-los. Freud nos faz essa ressalva, na Conferência XIV (1916[1915-16] /1995). É importante analisar o sonho de maneira contextualizada já que o conteúdo manifesto do sonho nada mais é do que um símbolo, uma forma contingente de expressão do desejo inconsciente.

A constatação de que o sonho apresenta uma expressão do inconsciente nos permite fazer uma reflexão contundente sobre a interpretação, diferenciando de uma interpretação simplista, direta e objetiva. Para isso, vale ressaltar o trabalho de Wilhelm Stekel, segundo Freud

“este autor, que talvez tenha prejudicado a psicanálise tanto quanto a beneficiou, trouxe à baila um grande número de traduções insuspeitadas dos símbolos; a princípio elas foram recebidas com ceticismo, mas depois foram confirmadas em sua maior parte e tiveram que ser aceitas” (1900/1995, p 332).

O autor referido por Freud possui um reconhecido trabalho sobre a interpretação dos símbolos, porém seus métodos são indignos de comprovação científica. Seu método de interpretação dos símbolos está baseado no seu poder intuitivo, em um dom para compreensão

direta deles, que o fizeram estabelecer associações fixas sobre um símbolo e seu real significado (idem).

A ressalva de Freud (idem) sobre esta forma de interpretar os símbolos oníricos se deve ao fato de que, qualquer um que esteja minimamente familiarizado com esta simbologia comum, pode interpretar um sonho sem fazer muitas perguntas ao sonhador. É justamente nesse aspecto imediatista dessa forma de interpretar que recai a crítica freudiana. O autor salienta que “a interpretação baseada no conhecimento dos símbolos não é uma técnica que possa substituir a técnica associativa, nem competir com esta” (1916[1915-16] /1995, p. 182).

A técnica dos símbolos é suplementar à associação livre e só deve ser utilizada se associada a esta segunda. Freud nos mostra que “‘interpretar’ um sonho implica atribuir a ele um ‘sentido’ – isto é, substituí-lo por algo que se ajuste à cadeia de nossos atos mentais como um elo dotado de validade e importância iguais ao restante” (1900, p 119).

A interpretação dos sonhos consagrou uma técnica aplicada a um material muito maior do que apenas os conteúdos oníricos. Segundo Chemama (1995), a interpretação pode ser aplicada a tudo aquilo que traga a marca do inconsciente. “Neste sentido, mesmo uma frase anódina poderá se revelar portadora de um sentido latente, se o contexto permitir que seja entendida de outra forma” (idem, p. 110).

As ressalvas feitas pelo uso indiscriminado e descontextualizado da interpretação dos sonhos nos são úteis para utilizá-la diante de toda formação inconsciente revelada no decorrer da análise. O uso indiscriminado da interpretação pode interferir nos objetivos da análise.

Refletimos com Freud (1910/1995) sobre as evidências de uma “psicanálise selvagem” onde, através de uma interpretação pré-concebida do sintoma do paciente, os médicos apresentam-lhe soluções. “E onde entra o tratamento analítico, tratamento que consideramos o remédio principal dos estados de angústia?” (idem, p. 211).

Em resposta, temos que existe uma idéia, há muito superada, de que os pacientes sofrem de uma espécie de ignorância, e que eles deveriam se recuperar de seu sofrimento se alguém der a ele uma informação sobre a conexão causal entre sua patologia e sua vida. Entretanto, Freud alega que “o fator patológico não é esse ignorar propriamente, mas esta o fundamento dessa ignorância em suas ‘resistências internas’; foram elas que primeiro produziram esse ignorar e elas ainda o conservam agora”(idem).

Surge assim, uma visão equivocada sobre a resistência, tomada como sendo uma ignorância técnica, falta de informação. Se o problema da neurose se situasse na falta de informação, bastaria que os interessados leigos ou não, mergulhassem no aparato bibliográfico sobre o tema para se curarem. Não seria esta a premissa que deflagra em progressão geométrica a produção de livros e manuais de auto-ajuda?

Freud assinala que informar ao paciente sobre algum aspecto de sua patologia, desconhecido por ele, só deve ser feita após duas condições serem satisfeitas, sob o risco do tratamento ser interrompido, subitamente. “Primeiro, o paciente deve, através de preparação, ter alcançado ele próprio a proximidade daquilo que ele recalcou e, segundo, ele deve ter formado uma ligação (transferência) suficiente com o médico para que seu relacionamento emocional com este torne uma nova fuga impossível” (idem).

Passemos então a questionar o que seria a interpretação dentro do dispositivo analítico. Se não é um conjunto de prévias associações reservadas pelo analista para informar o paciente em tempo oportuno, de que se trata, então?

Basicamente temos a interpretação como uma “intervenção do analista, que procura fazer surgir um novo sentido além do manifesto, apresentado por um sonho, um ato falho, ou até mesmo alguma parte do discurso do sujeito” (Chemama, 1995, p. 109).

Diante desta informação, acreditamos que da interpretação deva emergir momentos determinantes na análise que não devam se caracterizar por um lugar comum, onde caibam

bom-senso e intervenções explicativas. Não que, no decorrer de análise, não haja espaço para o bom-senso e a informação. Todavia, cremos que o bom senso, em se tratando do trabalho analítico, esteja ligado a uma condução ética do tratamento e a qualquer informação pré-existente deva se deter a delimitar nossa atuação no sentido de atingir os objetivos da análise.

Soler coloca que “a posição do analista é primeiramente de se deixar dirigir – por oposição à direção da cura – ele deixa-se dirigir, até poder objetar, achar o modo interpretativo de objeção à satisfação que procura realizar-se” (1991, p. 49). A interpretação marca assim o trabalho do analista como aquele que vai inferir um dado a mais que propicie o trabalho do paciente. Mas este passo não pode ser dado sem o estabelecimento de uma boa relação transferencial. Lacan nos faz reconhecer que “é na medida em que as próprias relações onde ele se acha são levadas ao grau do simbolismo que o sujeito se interroga sobre si mesmo” (1954/1985, p. 60)

Dentro do dispositivo analítico, a transferência aparece como condição *sine qua non* para a interpretação. Seldes (1996) acrescenta que, a partir de um determinado momento da teoria freudiana, “a eficácia da interpretação depende da emergência da transferência, que por sua vez tem a ver a posição infantil do analisante e certamente o que traz consigo de repetição” (p. 95). Essa noção surge a partir dos “Três Ensaio Sobre a Sexualidade” (1905) quando Freud estabelece que os primeiros objetos da criança são perdidos e esta, a partir dessa perda, busca objetos substitutos.

Amparado pela fantasia de reencontro com o objeto perdido, o sujeito, na medida em que aposta que o analista possa propiciar este reencontro, é levado a questionar aquilo que tem como verdade. Soler (1991) nos diz que “a interpretação intervém a nível desse saber escrito no lugar da verdade”(p. 75).

“E qual a relação entre o que o analisando e a verdade que ele diz?”, conjeturamos a partir da pergunta de Soler (idem) para pensar sobre a incidência da interpretação. Quando

convocamos um sujeito a associar livremente, pedimos para que ele suspenda a questão da verdade. Pedimos apenas que fale sem se preocupar se suas afirmações são verdadeiras ou falsas. A idéia é suspender as garantias.

Soller (idem) nos diz que a interpretação atinge a identificação do saber e tem o efeito de que o sujeito não se reconheça. “A interpretação divide: quer a reação seja o riso, o estupor, a indignação ou outra coisa. Ela não firma as identificações. Ela faz surgir um: que é que isto quer dizer?” (p.78). Foi assim com Anita quando interrogada sobre mudar para o novo quarto é tomada pela vergonha e pela perplexidade que só lhe permitiu responder “sozinha, não!”. Criando um enigma sobre sua posição que ainda não pode responder. Na face de Anita estava a marca do desconhecimento, da divisão do sujeito que viu sua unidade subjetiva abalada com a interpretação.

No caso de Bela, é possível marcar esse efeito de suspensão, porém vai mais além pois Bela nos responde com um “eu nunca tinha pensado nisso”. Freud (1937/1995) nos indica que esta é uma forma indireta de confirmar a intervenção do analista. Principalmente, porque após a sua resposta seguiram associações que tinham relação com o teor da intervenção. Da surpresa de nunca ter cogitado pedir uma mesada ao pai vem a constatação das dificuldades de tomar decisões, de lidar com mudanças e se relacionar com seus colegas de faculdade que eram muito mais independentes que ela.

Soller (1991) nos coloca que “a interpretação opõe-se alternativamente ao saber e à fantasia para que a impotência de um correlacione-se à segurança da outra” (p. 50). Isto é, quando não colabora para a garantia da fantasia, o analista desconstrói um saber sobre o sujeito e o convida a revê-lo. Ou seja, a interpretação não se faz em nome do saber, visto que este não garante a unidade do sujeito. Pensamos que faça justamente o contrário, a interpretação do analista deflagra a dimensão do equívoco.

“É por isso que dissemos então: todos são terapeutas, exceto o intérprete, ou se preferirmos, exceto o psicanalista. É por isso que Lacan diz ser ele o refugio da humanidade. Não tanto por ser desumano, no sentido banal da palavra, mas simplesmente por visar outra coisa, não visa restaurar significações, mas mostrar o além das mesmas significações e, portanto, obter o que Lacan chama em seu texto ‘L’Étourdit’, um efeito que não é de significação, mas que sim de subversão topológica” (Soler, 1995, p. 23).

A experiência clínica tem nos suscitado questionamentos sobre a forma de conduzir o tratamento analítico. Se a interpretação produz um efeito de suspensão de um saber no sujeito, pensamos que a relação do sujeito com seu sintoma se estabeleça com o intuito de fornecer alguma garantia. Acreditamos que, a partir dessa constatação, nossa questão se divida em duas vertentes. A primeira delas é qual o sentido do sintoma? Buscaremos fazer inferências sobre este tema, no segundo capítulo. E a segunda questão é sobre o lugar do analista no tratamento. Como situar a transferência? Abordaremos esta questão no terceiro capítulo, para podermos tirar algumas conclusões.

Capítulo II

Sintoma: Sentido e Satisfação

Neste capítulo, pretendemos abordar a questão do sintoma neurótico. De que se trata o sintoma neurótico? Como se constitui? Qual o sentido que podemos extrair do sintoma? Esta etapa do trabalho visa dar compreensão sobre a particularidade do sintoma neurótico, visando balizar o trabalho da clínica psicanalítica. Acreditamos haver uma especificidade no sintoma que, em um primeiro momento, faz com que o sujeito busque um analista a fim de tratá-lo mas que, no decorrer do processo, aponta para uma formação um tanto mais complexa, que toca o sujeito naquilo que o constitui e que portanto ele não pode, em princípio, abandonar.

Observamos a importância de discorrer sobre o sentido do sintoma devido à observação na clínica de algo na dinâmica do sujeito que não se modifica com o decorrer do tratamento e que deve, portanto, ter algum valor para o sujeito. Acreditamos que o caso Anita possa nos trazer esclarecimentos acerca do sintoma já que a paciente marca, com bastante veemência, sua posição. “Sozinha, não!”. A resposta da paciente situa o que nos parece um impedimento, uma impossibilidade para o sujeito.

A reação de Anita, após nossa intervenção, nos indica o caminho para prosseguir. Interessa-nos investigar porque estar sozinha causa, nesta paciente, uma reação quase fóbica. Que sentido pode ser extraído deste enigma que se formou? Acreditamos que algo neste sintoma tenha um sentido ligado a uma satisfação da qual Anita não pretendia declinar. O que poderíamos elaborar sobre o sentido dos sintomas a partir desta vinheta clínica?

Para entender como Freud chegou à idéia de que no sintoma estaria implicada uma satisfação pulsional, acreditamos que seja necessário traçar um panorama histórico da teorização da psicanálise. Não foi de pronto que Freud formulou uma relação entre o sintoma

e a satisfação pulsional. O sintoma ganhou algumas noções, durante o trabalho freudiano, que evoluíram na medida em que evoluía a técnica de apreendê-los.

1 - A Evolução do Método Psicanalítico – da Catarse à Associação Livre

Iniciaremos o percurso freudiano a partir do uso do método catártico que marca uma nova forma de lidar com as neuroses. Sabemos que Freud era um médico neurologista que se interessava pela anatomia cerebral, na tentativa de localizar as causas orgânicas para as doenças nervosas. Quando foi para Paris, com o intuito de se aperfeiçoar no estudo de lesões cerebrais, teve a oportunidade de conhecer Charcot que tinha uma nova visão das chamadas doenças orgânicas do sistema nervoso.

Charcot trabalhava com a hipnose, no sentido de reproduzir e eliminar os sintomas histéricos. Ele trabalhava com a hipótese de que os sintomas histéricos eram correlatos dos estados hipnóides e que, portanto, o hipnotismo era uma área fenomenológica passível de classificação. Este médico, com seu trabalho, acabou com qualquer dúvida quanto à legitimidade do hipnotismo, que era considerado charlatanismo, até então. Freud viu na hipnose a possibilidade de tratar as neuroses (Freud, 1925/1995).

Ao voltar a Viena, cidade onde iniciou seus estudos, Freud procurou Breuer, um já renomado médico de família, na época, para saber mais detalhes sobre uma experiência que teve no tratamento de uma paciente histérica, utilizando-se da hipnose. Tratava-se do caso Anna O. (1893/1995) que apresentava um quadro típico de histeria. Breuer hipnotizava Ana O. e pedia para que ela expressasse em palavras os pensamentos que estivessem ligados ao seu sintoma e que ficavam relegados ao esquecimento, no estado de vigília.

Esta paciente, que em estado de vigília não conseguia fazer nenhuma ligação entre os seus sintomas e sua origem, sob hipnose, descobria de pronto a ligação que faltava entre eles e

seus sintomas melhoravam. Breuer então levava a paciente, sob hipnose, até a lembrança conclusiva do que teria sido o evento deflagrador do sintoma.

Assim, Freud descreve “com uma expressão livre de emoção, o ato mental que ela havia originalmente suprimido, o sintoma, era eliminado e não voltava. Por esse processo, Breuer conseguiu após longos e penosos esforços aliviar a paciente de todos os seus sintomas” (idem, p. 33). O método de Breuer marcou um novo método de tratar as doenças nervosas que constituiu o embrião da psicanálise.

Freud começou a fazer uso da hipnose não só no intuito de redimir os sintomas mas como também de aprender algo sobre a origem do sintoma. Freud (1925/1995) adotou então o método catártico que julgou ser bem mais eficaz do que as meras ordens ou proibições sugestivas, utilizadas por Charcot, pois também satisfaziam sua curiosidade sobre a etiologia das neuroses.

Com o uso do método catártico pudemos reconhecer a fala, como uma forma de levar o sujeito ao alívio de sua dor. Para Freud (idem), a fala serviria para substituir uma ação, ou melhor seria uma reação a um evento traumático, que na neurose, era atualizada em forma de sintoma. Assim, para dissolução do sintoma, naquele momento importava que o neurótico, sob hipnose, colocasse em palavras lembranças que estivessem tomadas de afeto, reproduzindo uma vivência não prazerosa inconsciente. Com o uso do método catártico, constatamos que a cura dos sintomas se dava pela ab-reação.

O conceito de ab-reação nos leva a crer que o sintoma neurótico, portanto, servia como uma forma substitutiva de reagir a uma situação traumática que, por razões diversas, não puderam ser resolvidas através de uma reação imediata do sujeito. Freud (1940-41[1892]/1995) nos informa que o ataque histérico era uma tentativa de reação por meio da recordação.

Este esclarecimento nos indica que o sintoma se formava porque nem sempre o sujeito encontrava uma ação que pudesse, a tempo, neutralizar um evento traumático. O afeto envolvido parecia se manter estrangulado e atualizado no psiquismo ligado a uma representação substituta geradora do sintoma. Já a cena geradora do trauma, em função do conteúdo doloroso que portava, mantinha-se inconsciente.

A teoria sobre a ab-reação dava ênfase à palavra como instrumento de cura. Ao propor que o sujeito falasse das causas que levaram ao seu sintoma, o hipnotizador buscava um sentido, uma cena, um trauma que justificasse aquele sofrimento. Naquele momento, julgamos que o sintoma se referisse a uma situação traumática, vivenciada e esquecida pelo sujeito que, sob hipnose, poderia ser recuperada.

Freud (idem) nos diz que devemos reconhecer um ataque histérico como um evento significativo investido de afeto que atualizava uma cena traumática. A intensidade e conteúdo do trauma levavam o sujeito à supressão da cena sem, todavia, eliminar a quantidade de afeto envolvido, fazendo com que este retornasse ligado a representações patogênicas.

Freud nos conta que “cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e o afeto que o acompanhara” (1893-1895/1995, p. 42). Ao rememorar as cenas que levavam a uma manifestação do sintoma, o paciente, por uma ab-reação, recuperava a representação ligada à quantidade de afeto causadora do sofrimento psíquico.

No período em que fez uso do método catártico, Freud acreditava que as lembranças manifestadas no sintoma correspondiam a traumas que não foram suficientemente ab-reagidos. Supomos então, que a primeira idéia de sintoma, para Freud, correspondia a uma recordação e atualização direta de um evento traumático.

Freud (1893-1895/1995) resolveu abandonar o método catártico quando verificou uma dificuldade de hipnotizar todos os pacientes. Além disso, não desejava que seu método de

tratamento ficasse restrito a tratar os sintomas da histeria. Sua experiência, por sua vez, o levou a constatar que muitas lembranças dos pacientes eram passíveis de serem lembradas mesmo quando o paciente despertava do sonambulismo.

Com o abandono do método catártico, Freud (1893-1895/1995) avançou na construção de seu instrumento com algumas informações precisas. Ele percebeu que o ponto de resistência era um fator a ser considerado pois indicava a presença de um afeto suprimido, e ainda condicionou a evolução do tratamento a uma relação de confiança entre o analista e o paciente. Estas últimas revelações demonstravam que o sucesso do método dependia não só de uma técnica eficaz mas do vínculo de confiança entre o médico e a paciente – trataremos desta questão no terceiro capítulo.

Em “Psicoterapia da Histeria” (1893-1895/1995), Freud se depara pela primeira vez com a dificuldade do paciente em lembrar da cena deflagradora da neurose. A noção de resistência surge, então, devido à necessidade de superar as forças psíquicas que se opõem às representações patogênicas. Essas forças que causavam amnésia no sujeito, seriam as mesmas que formavam os sintomas.

Miller (2003) nos lembra do caso de Lucy R. que, quando perguntada por Freud sobre a origem do sintoma esta paciente o surpreende com a resposta: ‘não sei’. Miller nos aponta que a declaração de ignorância por parte do sujeito, considerando que seja este o detentor originário do saber sobre o seu sintoma, evidenciou em primeiro lugar a presença da resistência e o obrigou a construção de um método de trabalho que pudesse levantá-la.

Freud passa utilizar o método de pressionar a testa dos pacientes quando estes apresentavam dificuldade em falar. Esse novo método leva Freud (1925/1995) a refletir sobre o fato de que seus pacientes devem “saber” todas as coisas que até então só eram descobertas através da hipnose, mas que se tornam acessíveis através do encorajamento e influência e do

toque de suas mãos. O método da pressão traz consigo a indicação de que o médico é capaz de forçar a lembrança e permitir que sejam feitas ligações com as lembranças esquecidas.

A resistência a lembrar de certas cenas levou Freud à construção da teoria sobre o recalque. Esta construção teórica torna-se a pedra angular para a compreensão das neuroses. Não se tratava mais de ab-reagir um afeto estrangulado e, sim, de revelar os conteúdos recalcados. Com a teoria do recalque, Freud formula que o sintoma se formava a partir da irrupção de um impulso recalcado. Deste modo, Freud começa a vislumbrar que o sintoma histérico possuía um sentido ligado à história do sujeito que fora recalcado. O autor avança na sua teorização não mais com o nome de tratamento de catarse mas de psicanálise (1925/1995).

Partimos da premissa de que o sintoma histérico possui um sentido ligado à história do sujeito que foi recalcado para avançar na teorização freudiana.

No caso Emmy Von N., Freud percebe nos histéricos uma espécie de “compulsão à associação” onde estes sujeitos precisam ligar um complexo inconsciente de representações que provocam perturbações a algum outro complexo de representações que se achem conscientes. Devido a essa compulsão, Freud percebe que os neuróticos acrescentam fatos corriqueiros de sua vida e, via de regra, sonhos, aos seus relatos. O aparecimento de sonhos no desenrolar de um relato do paciente chama a atenção de Freud para este campo.

Na tentativa de compreender essa compulsão que muitas vezes apresentava um material aparentemente inócuo, Freud (idem) mergulha em uma experiência pessoal onde estabelece ligações entre os sonhos e a vida de vigília. Freud conseguiu relacionar os sonhos com dois fatores: “1- com a necessidade de elaborar quaisquer representações de que só tivesse tratado de modo superficial durante o dia (...); e 2- com a compulsão de vincular quaisquer representações que pudessem estar presentes no mesmo estado de consciência” (idem, p. 101).

Freud nos indicou que os sonhos não eram destituídos de sentido, “pelo contrário, são fenômenos psíquicos de inteira validade – realizações de desejos” (1900/1995, p. 141). Ao indicar que os sonhos seriam os parentes mais próximos dos sintomas neuróticos, o autor creditou o método psicanalítico como passível de desvendar a causa da neurose. Seria necessário, então, acompanhar o caminho das associações do paciente, vencendo as resistências que se apresentavam, neste percurso.

Após vasto trabalho de elaboração sobre as formações inconscientes, Freud (1917[1916-17]/1995) ressaltou que o caminho para a compreensão da formação dos sintomas eram vivências ocorridas na infância. O autor assinalou que o material que surgia, a partir do que o paciente associava de seu sintoma, levava a um desejo baseado em vivências infantis. Estas vivências infantis, em algum momento, se tornaram um conteúdo proibitivo e a reedição de uma experiência prazerosa se atualizava com uma carga de sofrimento para o sujeito.

A associação de pensamentos pode levar ao nexos entre o sintoma e as vivências dos sujeitos. Embora em um primeiro momento o sintoma pareça estranho ao paciente, é comum que, com o trabalho analítico, este comece a “participar da conversa”. Freud constatou este fato quando acompanhava o caso de Elisabeth Von R (1893-1895/1995). Freud notou que seu sintoma se manifestava com intensidade toda vez que era despertada uma lembrança significativa. Freud passou a usar as dores de Elisabeth como bússola para o tratamento, insistindo no tema que levava à intensificação dos sintomas a fim de avançar na investigação da causa da neurose.

Freud verificou que as dores de Elisabeth estavam relacionadas a experiências específicas e não foram provocadas por eventos contemporâneos. Suas dores estavam ligadas a algumas experiências patogênicas vivenciadas no seu âmbito familiar, seja a doença de seu pai, seja a morte de sua irmã.

Acreditando na existência de uma conexão entre os sintomas neuróticos e a vida de quem os produz, Freud (1917[1916-17]/1995) nos propõe que a tarefa do analista consista em dar uma “interpretação histórica” a uma idéia, a princípio sem sentido, ou a uma ação despropositada. Isto é, que essa idéia ou ação deva ser vinculada a uma situação passada que as justifique. Assim, esta associação eliminaria a formação sintomática.

As constatações que trouxeram à tona a importância do relato do paciente, no estado de vigília, para fins de cura da neurose, contribuíram para a formulação final da regra fundamental da análise – a associação livre. Quinet (2000) nos informa que a associação livre marca o início da psicanálise e é uma regra que está ao lado do analisante e não do analista.

A associação livre visa permitir ao sujeito que este faça ligações que construa um nexo causal entre a sua história e seu sintoma, muito embora saibamos da necessidade de superar as resistências no caminho. A associação livre surge como instrumento que possibilita uma investigação muito mais abrangente a cerca dos processos mentais, pois leva em conta todos os obstáculos e formações inconscientes que manifestam o desejo inconsciente.

2 - Sintoma e Sexualidade

Passemos agora a discorrer sobre o sintoma e sua relação com a sexualidade. Descoberto que o sintoma tem um sentido relativo à história do paciente e é um resultado do recalçamento, faz-se necessário estabelecer a relação deste com a sexualidade. Pensamos que a questão da sexualidade infantil esclarece a origem do sintoma como uma fonte de produção de prazer. Esta constatação marca o rompimento de Freud com Breuer e situa outro inédito da experiência freudiana: o fato de que vigora a atividade sexual no sujeito desde o seu nascimento (1905/1995).

Valemo-nos da indicação de Bessel que afirma que “a teoria do recalque e da resistência ao lado do reconhecimento da sexualidade infantil e da interpretação dos sonhos no conhecimento do inconsciente como os fatores que, ao longo do seu trabalho, fizeram surgir a psicanálise a partir do método catártico” (1991, p. 11). A descoberta da sexualidade infantil marca uma guinada na formulação freudiana sobre o sentido dos sintomas.

Desde seus primeiros textos, o apego do paciente ao seu sintoma chamou atenção de Freud, fazendo com que ele alertasse sobre a face de satisfação do sintoma. Esta particularidade dá um novo foco ao tratamento e à origem do sintoma, já que aparentemente os sintomas das histéricas eram observados apenas como fonte de sofrimento.

No início de seus estudos sobre a sintomatologia da histeria, Freud (1950 [1892-99]/1995), em uma carta a Fliess, propôs que o ataque histérico não seria uma descarga, mas uma ação que, segundo ele, conservava a característica original de toda ação – “ser um meio de reprodução de prazer” (p. 287). Como estabelecer então uma relação entre a reprodução de prazer e o sintoma neurótico?

Sabemos que a teoria da sexualidade surgiu a partir de uma quantidade considerável de histórias de sedução que pacientes histéricas relataram terem vivido em tenra infância. Freud (1950 [1892-99]/1995) esteve inclinado a acreditar que a histeria advinha do trauma da vivência de uma experiência sexual passiva. Porém, logo constatou que, para poder confirmar esta teoria da sedução, o pai – em todos os casos – deveria ser apontado como um perverso. Além disso, Freud percebeu que no inconsciente não havia indicações de realidade, ou seja, não havia distinção entre realidade e ficção, justificando que os pais poderiam ser o tema das fantasias sexuais e não os autores dos atos de sedução (*idem*).

O excesso de relatos de sedução levaram Freud a suspeitar que as cenas foram construídas na fantasia e que estas, na verdade, encobriam um desejo que remontavam às atividades auto-eróticas dos primeiros anos da infância, promovendo fixações que levavam à

neurose, na fase adulta. Freud (1906[1905]/1905) aprendeu a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de suprimir lembranças de experiências sexuais precoces. Essas vivências determinavam o curso da vida sexual do sujeito.

Aprofundando-se no estudo da sexualidade infantil, Freud constatou que as experiências sexuais prematuras seriam correlatas da perversão. Foi na Carta 52 (1950 [1892-99]/1995) que Freud menciona pela primeira vez a idéia de zonas erógenas e sua relação com a perversão. A perversão sinalizava para uma fase do desenvolvimento infantil onde não havia a ação do recalque sob o psiquismo. Sem o recalque não havia como impedir a liberação sexual precoce.

Foi no estudo da perversão e da sexualidade infantil que Freud abre espaço para falar da sexualidade, desvinculando-a da idéia de procriação. Freud refuta a identidade entre sexual e genital e concebe “a existência de um sexual que não é genital e que nada tem a ver com a procriação, mas com a obtenção de uma satisfação” (Chemama, 1995, p. 126).

A descoberta do auto-erotismo infantil confirma a existência de atividades sexuais livres do recalque. Freud (1905/1995) detectou a sexualidade não só em adultos mas em crianças ainda em fase lactente, reconhecendo, por exemplo, na atividade de sugar o seio materno da criança, uma satisfação sexual. Esta constatação permitiu que Freud discorresse sobre um desenvolvimento da libido em diferentes fases. Isto é, a função sexual não estaria instalada desde o início, ela passaria por etapas onde o sujeito apreenderia vivências prazerosas e outras nem tanto. Estas experiências dariam corpo às tendências sexuais do sujeito na fase adulta e determinariam a escolha de seus objetos.

Aqui nos cabe citar um esclarecimento de Lacan (1954/1985) que afirma que as fases do desenvolvimento, descritas por Freud, demonstram haver estágios de objetos criados pela libido, fazendo com que os objetos nunca sejam bem o que deveriam. O autor (idem) nos conta que a libido é uma unidade de medida quantitativa, gerada para encarnar a parte faltante

do sujeito. Ou seja, ao se ligar aos objetos, sejam eles escópico, anal, oral ou fálico, a libido evoca parte do sujeito que se perdeu na separação com a mãe. A libido instrumentaliza a pulsão e viabiliza a construção de novas relações com novos objetos.

Pensamos que a descrição das fases do desenvolvimento libidinal aponte para uma relação com os objetos que busca resgatar a primeira satisfação infantil que ocorreu ainda quando a criança estava ligada à sua mãe. O encontro com um novo objeto seria uma forma de promover uma satisfação substituta.

A partir do descobrimento da existência de uma intensa atividade sexual nas crianças, Freud pôde estabelecer um novo ponto de comparação entre o estado anímico da criança com o dos neuróticos.

Freud em seus “Três Ensaios Sobre a Sexualidade” (1905/1995), assegura que a neurose se baseia em forças pulsionais de natureza sexual e afirma que o sintoma é a atividade sexual do doente. Freud confere aos sintomas a característica de serem uma “transcrição”, um substituto de processos, desejos e aspirações investidos de afetos que foram submetidos ao recalçamento.

O fato de o sintoma ser o substituto de uma representação sexual infantil o introduz no universo das representações, dos símbolos, tornando a linguagem o veículo para seu esclarecimento. Os sintomas seriam, então, uma saída para o impasse que se manifesta, por um lado, por uma exigência pulsional e, por outro, por uma necessidade de renúncia ao sexual. Não poderíamos deixar de ressaltar que a substituição dos objetos gera uma defasagem para o sujeito. Julgamos que essa defasagem se manifesta como sofrimento, no sintoma.

Ainda nos “Três Ensaios” (1905/1995), Freud afirma que o adulto, ao vivenciar a insatisfação do encontro com o objeto substituto, vivencia a mesma angústia da criança desamparada. Este paralelo se dá porque a relação da criança com suas figuras parentais é marcada por faltas que provocam angústia na criança e evocam a necessidade do reencontro.

O movimento libidinal gerado pela presença-ausência do objeto, marca a relação do neurótico com o seu sintoma. Freud relata que o recalçamento se dá por uma exigência social, que exige que o sujeito afrouxe os laços com os elementos decisivos da infância, em geral, as figuras parentais.

Julgamos que esse afrouxamento dos laços da criança com aqueles que proporcionaram suas primeiras experiências de satisfação é determinante para a constituição do sintoma e para inserção do sujeito no âmbito social. A renúncia se faz necessária mas não é sem efeito para o sujeito.

No que era considerado por Freud (idem) um desenvolvimento normal, o sujeito precisava renunciar ao auto-erotismo e buscar objetos que possuíssem adequação no âmbito social para escoar a demanda pulsional. Freud (idem) nos conta que a escolha de um objeto deve se consumir na esfera da representação já que, a partir da puberdade, o sujeito não pode retomar as escolhas infantis.

Em “Sobre a Psicoterapia” (1905[1904]/1995), Freud articula que a necessidade e as privações sexuais são fatores que entram em jogo no mecanismo da neurose. Estes aspectos, somados à aversão à sexualidade e à incapacidade de amar, em decorrência do recalçamento, levam à neurose. O repúdio à sexualidade por parte do neurótico, impede que este reconheça no sintoma um desejo, já que grande parte da atividade sexual que tem como fim o encontro com o objeto mantém-se inconsciente.

É curioso notar que Freud (1905/1995) afirma que a escolha de objeto está situada na fantasia, lugar onde se situam as representações não destinadas a concretizar-se. Esta assertiva marca o caráter proibitivo do sintoma assim como a atuação do recalque que suprimiu as lembranças infantis. Por outro lado, tendo em vista que a demanda pulsional não cessa, é preciso que as representações proibidas sejam ligadas a outras que não “ameacem” o trabalho do recalçamento até que consigam finalmente se expressar em forma de sintoma.

A teoria da sexualidade marca a importância do papel das fantasias na formação do sintoma neurótico. Parece-nos que o sintoma não seja apenas uma reedição de uma vivência infantil, mas sim que exista um atravessamento de uma fantasia que dá forma ao desejo do sujeito. Buscando compreensão para a importância do papel das fantasias no psiquismo acreditamos ser necessário discorrer sobre a idéia de realidade psíquica.

3 - Realidade Psíquica

A noção de realidade psíquica sinaliza um ponto preponderante para o entendimento do sintoma neurótico. A descoberta da sexualidade infantil equiparou as vivências infantis com o funcionamento psíquico do neurótico, dando enfoque à importância do papel das fantasias na formação do sintoma.

Freud (1899/1995) afirmou não haver nenhuma garantia quanto aos dados produzidos pela memória do neurótico. Não hesitou, porém, em afirmar que as cenas trazidas para o *setting* analítico eram dotadas de autenticidade. Freud chamou de “lembrança encobridora” uma recordação que represente na memória impressões e pensamentos cujo conteúdo esteja ligado, por elos simbólicos ou semelhantes, a outro conteúdo que fora recalçado.

O conceito de “lembrança encobridora” esclarece a necessidade do aparelho psíquico em substituir um conteúdo que tenha sido suprimido pelo recalque por outra lembrança que tenha uma relação direta com a cena recalçada. Sendo assim, o relato de uma recordação de uma cena infantil aparentemente banal permite a atualização de uma satisfação sem que esta tenha que ser repelida pela consciência. Isto é, as lembranças encobridoras servem aos objetivos do recalque e à necessidade de afastar impressões objetáveis ou desagradáveis da consciência (idem).

Para Freud (1899/1995), as lembranças infantis revelavam nossos primeiros anos não como eles realmente foram, mas como surgiram, nos períodos posteriores em que foram

despertados. Sendo assim, é possível admitir que as lembranças infantis sinalizam para uma ‘interpretação’ particular do sujeito a respeito de sua realidade.

Na interpretação dos sonhos, Freud (1900/1995) nos informa que a realidade psíquica é uma forma especial de existência que não deveria ser confundida com a realidade material, visto que a realidade dos neuróticos está intimamente ligada aos processos psíquicos inconscientes.

Concordamos com Lacan, (1959/1997, p. 38) que atribui a originalidade do pensamento freudiano à busca da realidade que há em alguma parte dele mesmo. Para o autor, nem mesmo a excitação sexual pode ser confiável para se concluir onde se localizam as verdades últimas do sujeito. Lacan chama atenção para a precariedade do funcionamento do princípio da realidade já que este é distorcido, pela fantasia do sujeito.

Lacan trouxe uma contribuição importante para a psicanálise, avançando sobre a questão do sintoma se formar a partir da necessidade de renúncia ao auto-erotismo. Acreditamos que a proposta do autor já apresente auto-erotismo como uma solução para a relação inaugural do sujeito com uma falta. Para o autor (1954/1985), o campo da experiência freudiana se estabelece em um registro onde o desejo é a relação do ser com a falta. O autor se refere à falta não como uma falta que possa ser objetivada, “uma falta disso ou daquilo” e sim como uma falta de ser propriamente dita. Podemos pensar então que a falta está para além de tudo que possa representá-la e se apresenta como causa para tudo que existe.

Sob a ótica de Lacan (idem), o mundo freudiano é um mundo do desejo como tal, não um mundo das coisas ou do ser. E a impossibilidade de objetivar o que está em questão no desejo é que faz o sujeito existir. Lacan (idem) afirma que o desejo é anterior a qualquer objetivação. O sintoma surge como uma solução para lidar com a falta original do sujeito. Mas não podemos mais afirmar a veracidade da experiência primeira que o constituiu.

Ao postular sobre a noção de realidade freudiana, Lacan faz uma crítica aos filósofos da época que trabalhavam no sentido de domar a realidade. Segundo Lacan, “eles não a contestam seriamente” (idem, p. 43), idealizam que somos nós que damos a medida da realidade e que não se deve buscar nada para além disso. Parece-nos que o acesso precário à realidade nos indica a importância do papel das fantasias, nesse processo que indica uma explicação particular da realidade.

Lacan afirma que “não apreendemos o inconsciente senão em sua explicação, no que dele é articulado, que passa em palavras” (idem, p. 45). O pensamento, a consciência são uma forma de lidar com a falta. A linguagem cumpre assim uma função de descarga pulsional.

A relação das fantasias com o sintoma e a conexão dessas mesmas fantasias com um desejo inconsciente circunscrevem uma relação entre um desejo insatisfeito e a resposta sintomática do sujeito. A fantasia, portanto, torna-se interlocutora entre esse desejo inconsciente – que não se torna consciente – e sua relação com a linguagem.

A relação do sujeito com a realidade implica que ele se aliene em uma realidade particular. Há uma escolha subjetiva de referências por intermédio das quais o sujeito se insere na linguagem. Na situação analítica, o que se percebe é que as fantasias têm uma função, de resto, não metaforizável do princípio do prazer pelo princípio da realidade que justificam o deslocamento do sujeito de uma representação a outra (Bazs, s. 1998).

Pensamos, então, a partir da formulação de Lacan, que o auto-erotismo freudiano já se configuraria como uma solução primeira para o desamparo do sujeito, uma forma de lidar com aquilo que lhe falta. Essa construção em cima dos preceitos freudianos nos ajuda a pensar no sintoma como efeito de um trauma, não mais um trauma de um evento real mas um trauma que remete a questão da sexualidade.

4 - O Sintoma como Efeito de um Trauma

Partimos agora para um esclarecimento a respeito do evento traumático como deflagrador de um sintoma, tomando como base que o trauma não é de nenhuma outra natureza que não a sexual. Freud (1915/1995) afirma que os histéricos conduziam seus sintomas a traumas inventados, que eles fantasiavam as cenas de sedução da infância, confundindo a realidade psíquica com a realidade prática. O sintoma não era mais o rebatimento de uma cena traumática real e, sim, uma solução para o desamparo inaugural do sujeito.

Segundo Besset e col. (2004), “em sua origem grega, a palavra *trauma* remete à *ferida*. Para a psicanálise, o trauma é a marca de um encontro com o *sexual*. Nessa perspectiva, o *sintoma* é o *tratamento* que cada sujeito, em sua particularidade, confere ao *trauma*”. Pensemos então no sintoma como uma resposta do sujeito a essa ferida estrutural.

Freud (1917[1916-17]/1995) nos esclarece que a neurose é uma doença traumática, que surge diante da incapacidade do sujeito em lidar com uma experiência de intensidade afetiva muito grande. Ao longo de sua investigação clínica, Freud constata que seus pacientes ligavam os sintomas a situações de desejo sexual baseadas em vivências da infância (1917[1916-17]/1995). Este sintoma presentificava a ambivalência proibição-realização, marcando tanto o apego quanto a renúncia do paciente ao seu desejo.

Besset e col.(idem) tratam o sintoma como uma formação de compromisso onde estão presentes tanto a *repetição* do trauma quanto as *reações defensivas* ao mesmo. São nesses efeitos – de repetição e defesa – que “estão na base da *fixação* do sujeito em dada posição, em um modo singular de *satisfação*” que a clínica psicanalítica vai atuar.

Percebemos a necessidade de exemplificar a questão do trauma já que em princípio nos parece contraditório que um sintoma represente de um lado o empuxo à repetição de uma situação traumática e de outro uma defesa contra a mesma. Julgamos que o caso Emma possa

elucidar bem esta questão. Esta paciente de Freud desenvolveu uma fobia de entrar em lojas sozinha e associava isso a uma vez que entrou em uma loja e os vendedores ficaram rindo dela. A reação da moça foi ficar tomada por um “afeto de terror” (idem) e sair correndo da loja.

Enquanto estava sendo acompanhada por Freud, Emma pode associar este evento deflagrador do sintoma a uma outra vez que, aos oito anos de idade entrara em uma loja de doces e o proprietário beliscou seus genitais por cima do seu vestido. A paciente informa a Freud que mesmo depois do acontecido voltara a loja uma segunda vez.

Freud (1950[1895]/1995) nos esclarece que o riso dos vendedores evocou inconscientemente o riso do padeiro e a fobia de lojas fora uma solução para que Emma repelisse seu próprio desejo. Isto se explica pois Emma confessa a Freud ter se sentido atraída por um dos vendedores. Essa atração pelo vendedor se ligou ao fato de ter retornado àquela primeira loja uma outra vez, fazendo com que ela ficasse advertida do seu próprio desejo.

Freud (idem) nos explica que o fato da cena em que o proprietário da loja de doces a beliscou ter ocorrido ainda na infância e ter sido esquecida, comprova que o que está em jogo nos sintomas é uma vivência sexual infantil que só se tornou um sintoma quando foi encoberta por outra representação, já na idade púbere. Por trás do sintoma e das cenas, estava o desejo que a fez retornar à primeira loja e, por outro lado, gerou uma aversão de entrar em lojas sozinha.

Freud (1899/1995) afirma que as lembranças infantis são de interesse psicológico pois prestam esclarecimentos sobre a relação do funcionamento psíquico da criança e do adulto. O fato de, via de regra, não nos lembrarmos absolutamente de quase nada que ocorreu na infância e que, nestas cenas, poderíamos encontrar aquilo que influencia o resto da vida do sujeito, dão peso às vivências infantis. Freud (idem) relata que o histérico habitualmente tem amnésia em relação às experiências que levaram à instalação de sua neurose.

Em muitos casos, só após os dez anos de idade nossa vida pode ser reproduzida na memória como uma cadeia concatenada de eventos, relata-nos Freud (idem). Mesmo assim, essa memória tem uma relação direta com a importância psíquica dos fatos que aconteceram antes desta fase. Emma não pôde lembrar do ocorrido aos oito anos de idade, mas esse fato assume tal importância que determina os acontecimentos da sua vida posterior.

Um outro aspecto a ser avaliado no caso Emma diz respeito ao seu desejo. Questionamos o fato de Emma, mesmo tendo reconhecido seu desejo por um dos vendedores da loja, ter refugado a sua realização, gerando inclusive um sintoma fóbico que se estenderia para todas as lojas.

Freud (1921/1995) afirma que o que comandava a psicologia das neuroses era a vida de fantasia e ilusão, sustentada por um desejo insatisfeito. O sintoma de Emma foi construído em cima do fato de que, ao entrar em uma loja sozinha, a cena que fora rechaçada para o inconsciente poderia se repetir, realizando seu desejo. Julgamos possível pensar que, não entrando mais em lojas, Emma tenha criado uma fantasia de manter seu desejo insatisfeito, sendo este o sustentáculo para sua neurose.

Conferimos ao trauma, então, um lugar determinante, na etiologia das neuroses. O trauma se refere ao encontro com o sexual, com a sexualidade infantil que precisa ser suplantada a fim de que o sujeito estabeleça sua relação com os objetos substitutos. Isto esclarece também a importância de esquecimento que permite que o desejo se mantenha insatisfeito, favorecendo a busca desejante com novos e outros objetos.

5 - A Formação do Sintoma

A partir da “Interpretação dos Sonhos” (1900/1995), Freud situa o sintoma como uma expressão do desejo inconsciente, influenciado por dois determinantes, sendo um deles o desejo inconsciente e outro que se refere a uma cadeia de pensamentos que reage ao desejo

inconsciente. Algo que fora uma satisfação infantil reaparece na vida adulta, como resultado do recalque, sob a forma de um sintoma neurótico.

Freud (1915/1995) inicia seu artigo sobre o recalque, afirmando que existem condições particulares por intermédio das quais a satisfação pulsional se apresenta para o sujeito como desprazer. O autor salienta o que recalque seria a causa para que o sujeito vivencie uma satisfação pulsional como desprazer. Porém, o autor adverte que o recalque não é um mecanismo que está presente no psiquismo, desde o início. Freud ressalta que o recalque atua apenas quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre as atividades conscientes e inconscientes.

A necessidade de se livrar de um representante pulsional proibido faz com que o conteúdo recalado assumam formas estranhas ao neurótico. Freud, em alguns momentos de sua obra, comparou o sintoma a um corpo estranho que vinha mantendo uma sucessão constante de estímulos ao tecido no qual estava encravado. É como se o neurótico não reconhecesse aquele sintoma como seu e não imaginasse que este corpo estranho tivesse uma ligação mais estreita com os processos inconscientes.

Acreditamos que “O Projeto para uma Psicologia Científica” (1950[1895]/1995), apesar de ser um trabalho prematuro e abandonado por Freud, nos traga informações preciosas sobre a dinâmica da formação dos sintomas.

No “Projeto”, Freud sinaliza para o papel preponderante dos pais e cuidadores no processo de formação dos sintomas. O autor (*idem*) nos aponta que o sujeito ao nascer enfrentava o desamparo e que este estado se tornava fonte de todos os motivos morais. Ou seja, a partir de uma relação de sujeição ao Outro o sujeito passa a apreender os objetos que lhe garantiriam uma satisfação. Partem dessa relação as noções de princípio de prazer e princípio da realidade.

O esclarecimento freudiano a esta relação basal do sujeito com as figuras parentais se dá porque o bebê não seria, a princípio, capaz de encontrar um objeto ou promover uma ação que desse conta da demanda pulsional. Porém, o grito do bebê chama a atenção dos seus cuidadores, deixando de ser um mero reflexo e começando a dar significado às suas necessidades. Os pais costumam diferenciar o choro de fome, de dor, de manha de seus filhos e interpretam isso de maneiras distintas.

Os pais dão a resposta a uma demanda que só se constrói, posteriormente. A associação de um grito a uma experiência prazerosa inaugura a noção de desejo do sujeito que, ao vivenciar o acúmulo de excitação, passa a se manifestar com a intenção de obter nova satisfação. Essa nova via de descarga assume a função secundária da comunicação.

A “Interpretação dos Sonhos” (1900/1995) e a construção da “1ª Tópica” formalizaram o estudo sobre o inconsciente, pensado a partir dos processos simbólicos. Haveria uma particularidade relativa à resposta de cada pessoa a um determinado estímulo que dependia justamente do processo de simbolização, ou seja, o que um estímulo qualquer poderia representar especificamente para cada um. Não podemos desprezar aqui a influência das figuras parentais nesse processo.

Acreditamos que este processo de subjetivação não seria possível não fosse o princípio do prazer ser submetido ao princípio da realidade. Para Freud (1911/1995), o princípio de realidade regularia essa busca pela satisfação, entendida como diminuição de tensão. Sem desprezar o princípio de prazer, o princípio da realidade seria o mediador entre as necessidades do aparelho psíquico e as atividades da consciência e as expectativas de auto-preservação.

Miller (1998) nos apresenta a necessidade que o campo do Outro, visto como o campo da cultura, seja vinculado ao campo das pulsões. O autor justifica que o campo genital não existe, devendo, então, ser criado a partir dos significantes extraídos do Outro. É no Outro que

o sujeito se identifica com um lugar na cadeia dos significantes e se insere na cultura. Assim, o Outro se torna determinante para a construção do sintoma do sujeito, já que é no significante que este sintoma encontra uma representação. Para Lacan, “esta relação da satisfação do sujeito com a satisfação do Outro sempre está em causa quando se trata do homem.” (1955/1985, p. 297).

Entendemos que o princípio da realidade tenha a função de inserir o sujeito no universo simbólico - campo do Outro, por assim dizer - que estava para além da relação imediata da mãe com seu bebê e que, portanto, media a relação do sujeito com os objetos do mundo. Desta forma, na tentativa de obter prazer e ainda corresponder às expectativas de auto-preservação, o princípio de realidade adia a satisfação para obtê-la de maneira mais adequada, posteriormente. Desse modo, o princípio de realidade propõe a tolerância do desprazer, por um tempo maior, diante da promessa do prazer seguro, adiante.

Quando Freud afirma que “parte essencial da disposição psíquica à neurose reside na demora em ensinar os instintos sexuais a considerar a realidade”(Freud, 1911/1995, p. 282), ele traz com isso uma outra questão que merece ser considerada. A passagem do princípio de prazer para o princípio de realidade não é rápida e nem acontece, totalmente. Em princípio, a satisfação pulsional, se dá de maneira auto-erótica, ou seja, de início, o aparelho psíquico não reconhece a frustração.

Podemos pensar que o princípio de prazer dá a possibilidade, pela relação imediata com o objeto, de proporcionar satisfação por vias mais rápidas, dificultando assim seu desinvestimento. O longo tempo de “gestão” do princípio do prazer dificulta o trabalho de regulação da satisfação pelo princípio da realidade (Freud, idem).

Freud (idem) ressalta que o princípio de realidade traz consigo questões relevantes. Uma delas é a instituição do eu como o encarregado de assegurar seu funcionamento. Freud

se refere ao eu (1923/1995) como sendo uma parte que se diferenciou do isso, por influência do meio externo, buscando suplantar o princípio do prazer pelo princípio da realidade.

Para atender às exigências do princípio da realidade, o eu faz uso do recalçamento. Diante da incompatibilidade entre as exigências de satisfação pulsional com a unidade do ego, a moção pulsional é recalçada. O que ocorre é que esta moção, via de regra, consegue emergir a partir de vias secundárias.

A relação entre o princípio do prazer e o princípio da realidade nos leva a crer em uma promessa de satisfação futura. Porém, o que o sintoma revela é que o compromisso entre o ego e a exigência pulsional trazem um ônus para o sujeito. Este ônus se refere a manifestação de um desejo inconsciente que é sentido pelo eu como desprazer.

Pensamos no sintoma, então, como derivado do recalçado, conforme Freud elucidou. A partir do tratamento analítico, Freud (1911/1995) pensou que pudesse reconstruir uma tradução do representante recalçado que são seus derivados remotos e distorcidos. Essas representações substitutas tem livre acesso à consciência, demonstrando a força da moção pulsional.

As dificuldades encontradas nesse processo de reconhecimento do sintoma apontam para a própria estrutura do sintoma que se forma a partir do esquecimento e deslocamento de representações. Estes mecanismos que formam o sintoma operam a partir de uma exigência pulsional que faz do sujeito um representante de uma falta original deflagradora da neurose.

O primeiro ensino de Lacan nos dá subsídios para pensar o sintoma como sentido não liberado, situando os processos psíquicos na dimensão da linguagem. É no significante que Lacan (1954/1955), em seu segundo seminário, situa o possível de se apreender do desejo do sujeito e constrói o conceito de grande Outro, tido como o lugar evocado pelo recurso da palavra. Estes conceitos dão balizas determinantes para a prática clínica pois através da

relação do sujeito com seus significantes podemos ter indicações importantes sobre a relação deste com a falta e, conseqüentemente, com seu desejo.

Observamos que através do trabalho analítico podemos aprender no sintoma aquilo que é passível de significação. Dessa forma, acreditamos como Vicens que “o sintoma é uma forma de circulação de gozo sexual pelos desfilamentos do significante” (1998, p. 35) isto é, o sintoma está orientado, visando à satisfação da pulsão e, para tanto, se serve dos significantes do Outro. Há no sintoma um sentido privilegiado, sentido este que informa o meio de satisfação pulsional adotado pelo sujeito.

Para Freud (1917[1916-17]/1995) não havia dúvidas que tornar consciente o inconsciente seria o alicerce para a prática psicanalítica. Afirmou, todavia, que se defrontava a todo o momento com as mais estranhas e inesperadas complicações para colocar a teoria em prática. Ele assegurou que seria possível transformar aquilo que é inconsciente em consciente apenas no grau e na medida em que tivesse condições de efetuar essa transformação. Caso contrário, era preciso lançar mão de uma outra estratégia .

Por algum tempo, a idéia de levantar as resistências para chegar ao conteúdo recalado a fim de eliminar os sintomas sustentou a prática analítica. Entretanto, essa linha do pensamento freudiano não esgotou a problemática da clínica psicanalítica, já que Freud se deu conta que algo se mantinha intacto na relação do sujeito com seu sintoma e que estaria relacionado ao conceito de pulsão de morte e compulsão à repetição. Novos impasses surgiram, obrigando Freud a nova revisão teórica. Avancemos nessa discussão.

Na clínica, as dificuldades surgiam porque, mesmo com todo o processo de rememoração, havia algum impedimento que não permitia que o neurótico abandonasse seu sintoma.

Freud começa a perceber que inúmeros casos de histeria, mesmo após longo tempo de rememoração, não alcançavam êxito, porque os sintomas dos pacientes permaneciam e junto

com eles o adiamento da satisfação. Além disso, a teoria da “Interpretação dos Sonhos” (1900/1995) também é questionada, já que afirmava que o sonho, devido ao ‘afrouxamento’ das funções do eu, possibilitava a realização de um desejo inconsciente e, em tese, a consequência disto seria a satisfação.

Freud contudo percebeu que certos sonhos, levavam o paciente a reviver uma cena traumática, principalmente no caso dos sonhos traumáticos de guerra, e estes se repetiam, constantemente. A teorização sobre a relação entre o princípio de prazer e do princípio de realidade apontava que um evento que seja desprazeroso para o eu era, na verdade, um prazer que não podia ser sentido como tal (1911/1995). Contudo, não havia como imaginar que uma experiência de guerra ou de outro evento de ordem traumática pudesse em algum momento ter proporcionado prazer. Diante disso, surge uma nova pergunta: a que princípio atende a repetição de um evento doloroso?

O impasse na clínica mostra que, em um dado momento, o paciente se encontrava na impossibilidade de recordar. Essa dificuldade apontava para uma resistência que poderia ser vista de duas formas. A primeira forma estaria ligada ao mecanismo de repressão operado pelo eu diante de um desejo inconsciente que estaria em vias de ser pensado. Existiria um outro nível de resistência que não obedeceria nem ao princípio de prazer, muito menos ao princípio de realidade e essa resistência faria o paciente atualizar, com o analista, uma cena traumática (Freud, 1920/1995).

A observação dos sonhos traumáticos e das neuroses de guerra permitiu que Freud formulasse o “Além do princípio do prazer” (1920/1995) e a noção de pulsão de morte. A nova formulação freudiana propõe um funcionamento que não serviria mais apenas à dualidade princípio do prazer – princípio da realidade. Freud esclarece que, no caso das neuroses traumáticas, existiria um funcionamento do aparelho psíquico que serviria à compulsão à repetição.

Freud se engaja na tentativa de compreender o porquê da repetição de cenas desprazerosas nas ‘neuroses traumáticas’ e observa que o fator “surpresa” poderia ser um caminho para a resposta destas últimas questões. O susto do evento traumático provocaria uma inundação de excitação no aparelho psíquico. Para Freud, diante da cena inesperada “não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las, no sentido psíquico, a fim de que delas possa desvincular”(idem, p.45).

Freud presumiu que a repetição aconteceria na tentativa de dominar o estímulo que provocava a dor e dar um sentido para ele, dentro da dinâmica do aparelho psíquico. Os sonhos traumáticos permitiram que Freud pensasse na existência de uma função do aparelho mental que serviria à compulsão à repetição. Tal função seria, no entanto, mais primitiva do que a função de obter prazer e evitar desprazer.

A noção de compulsão a repetição e pulsão de morte deram o mote que esclareceram parte da dificuldade do neurótico em abandonar seu sintoma. Segundo Freud (1923/1905), as experiências traumáticas da vida sexual devem encontrar-se na raiz de todo sintoma. Freud julgou que a repetição surgia na tentativa de dominar o estímulo doloroso, dando-lhe um sentido dentro do funcionamento do aparelho psíquico.

A observação da brincadeira de uma criança, conhecida na obra freudiana como *fort-da*, nos traz esclarecimentos relevantes sobre a necessidade de elaboração de uma situação traumática. Essa formulação nos dá balizas para compreender a compulsão à repetição.

Considerando que a ausência da mãe é sentida pela criança como uma vivência traumática já que, nos primeiros momentos da vida, vem da provedora todos os recursos de sobrevivência, o *fort-da* foi interpretado como a simbolização da separação e do reencontro da criança com sua mãe. O movimento pendular do brinquedo fazia com que se repetisse

inúmeras vezes a cena desprazerosa - o distanciamento da mãe – e, em um segundo ato, a criança era contemplada com o retorno da mãe, proporcionando satisfação.

O ato de repetir uma experiência mostra o domínio da criança sobre a cena. Isto configura uma atitude psíquica ativa do sujeito. Para Freud (1920/1995) o jogo representava uma grande realização cultural da criança, a renúncia à satisfação que efetuara ao deixar a mãe ir. A compensação dessa renúncia era que ele próprio poderia encenar o desaparecimento e o retorno dos objetos que estavam ao seu alcance, eis uma satisfação substituta.

Cottet nos esclarece que “a segunda tópica leva em conta essa estratégia onde há um novo compromisso entre o recalante e recalado. Há um para além do princípio do prazer onde as alianças obscuras se elaboram e novas formas de gozo tiram proveito” (1998, p.48). Para o autor, o “Mais além” se refere a uma falta de satisfação, onde a compulsão à repetição tomaria lugar do conflito prazer-realidade, demonstrando que os sintomas são criados para retirar o eu de uma situação de perigo.

Nessa nova formulação, segundo Cottet, o “perigo é relacionado à instância do real” (idem, p.50), isto é, a ênfase está na falta ou no impossível da satisfação. O que Freud determinou como castração, aponta para uma satisfação impossível e o sintoma surge na tentativa de substituí-lo. “O sintoma é a marca desta falta suspensa à espera do outro, esperando sempre a coisa que não vinha” (idem).

A partir da indicação de Cottet, podemos definir a noção de sintoma, na obra freudiana, em duas épocas distintas: “o sintoma como mensagem, testemunha de um retorno do recalado; o sintoma como suplência no eu à insatisfação pulsional” (idem). Enquanto, na primeira fase, vemos o sintoma como uma solução resultante dos interesses do princípio do prazer e do princípio da realidade, na segunda fase, damos créditos ao que situamos como ‘falta a simbolizar’ do “Mais além do princípio do prazer”.

Pensamos que o conceito de pulsão de morte e o de compulsão à repetição assinalam o nascimento de um sujeito marcado pelo desamparo e que, por intermédio dos significantes que lhe são dados pelo grande Outro, constituem a neurose como uma saída para o desamparo. O fato é que a neurose, se de um lado, apresenta uma saída para o sujeito, por outro, o fixa em um modo particular de satisfação.

6 - Considerações sobre o Sintoma de Anita

Discorremos sobre as modificações da concepção de sintoma na clínica psicanalítica, pensando que estes esclarecimentos nos ajudem a delimitar o campo do sintoma, na clínica. Buscaremos traçar algumas considerações sobre o caso Anita e seu sintoma, pois este caso foi o provocador de nosso interesse pelo sintoma e o sentido que deve ser extraído, na clínica.

Quando Anita coloca de forma categórica sua resposta à nossa pergunta, afirmando que sozinha não vai mudar de quarto, a primeira pergunta que fazemos é: poderíamos afirmar que o sintoma de Anita se circunscreve em um impedimento de ficar sozinha? Será que não poderíamos considerar que esta moça tenha apenas feito uma escolha pessoal de não querer fazer suas coisas sozinha? Quando podemos pensar que estamos diante de um sintoma neurótico?

Miller (1998) define o sintoma neurótico como algo que facilita a vida dos neuróticos e, por outro lado, impede o bom andamento. No caso de Anita, a expectativa de não ficar sozinha não nos sugere uma escolha consciente de um estilo de vida e sim algo que funciona como um impedimento ao bom andamento de suas funções. Pensamos que a resposta “sozinha, não!” tenha nos chamado atenção para o que viria posteriormente de suas associações. Acreditamos que somente pensando no sintoma como uma fixação em um modo de satisfação, que atrapalha a sua vida, podemos circunscrever sua aversão a ficar sozinha como um sintoma.

Concordamos com a afirmação de Besset (2000) que elucida o fato de que a repetição do sintoma renova a interdição que permite a ascensão de um desejo no sujeito. O sintoma adquire então um estatuto de substituição de uma satisfação impossível, que aparece não como um fato isolado, mas como uma constante no modo do sujeito funcionar.

Na seqüência dos fatos relatados por Anita, ela revela que em um certo domingo planejava colocar em dia seus trabalhos de faculdade que estavam muito atrasados, mas como percebeu que seu irmão e seu pai iriam sair, acabou se convidando para ir junto, deixando seus compromissos de lado. Queixou-se de que o programa foi uma perda de tempo já que acabou ficando deslocada e não se identificara com a atividade. Só quando já tinha saído de casa é que se deu conta do que tinha feito e se perguntou “o que eu vim fazer aqui?”.

Seus trabalhos, permaneceram atrasados e se acumularam ainda mais. Anita ficou surpresa quando se deu conta de que não tinha sequer pesado a possibilidade de ficar em casa para colocar em dia seus afazeres acadêmicos. “Apenas levantei e fui quando vi que ia ficar sozinha!” disse indignada por ter perdido todo domingo em um programa que não a interessava e prejudicado seu planejamento de estudos, por isso.

De uma queixa de que estava se sentindo muito sozinha, Anita passa agora a identificar este sintoma como algo que a constitui, que diz respeito a ela muito antes de sua mãe falecer. A formação desse enigma evoca também a responsabilidade sobre seu sintoma. Anita diz: “eu nunca tinha me dado conta que nunca fiquei sozinha, eu sempre dou um jeito de arrumar alguém para ficar comigo” e isso a deixa intrigada, permitindo com que o processo analítico avance.

Perguntamo-nos se seria possível fazer uma aproximação do caso Anita com o caso Emma, tendo em vista que ambas desenvolvem um sintoma similar. Emma com sua fobia parece ter encontrado uma solução para manter seu desejo inconsciente insatisfeito. E Anita? Poderíamos pensar que seu sintoma encobre um desejo inconsciente de ficar sozinha? Na

medida em que ela se encabula com o questionamento “ porque não sozinha?”, será que este não seria um índice que revela que desejo seu sintoma encobre?

Anita possui influências religiosas muito fortes. De família evangélica, mantém sua castidade como uma questão de honra. Chama-lhe atenção o fato de que, logo após o falecimento de sua mãe, seu pai tenha-lhe advertido sobre o que sua mãe esperava dela, apontando justamente para a questão de sua sexualidade.

A paciente não nega que, se não fosse por sua mãe, já teria tido relações sexuais com seu namorado. Diz que tem algum tipo de intimidade com seu namorado, mas tem medo que se chegar às vias de fato. Por conta desse temor, revela que não fica muito tempo sozinha com o namorado, receando não resistir às suas investidas.

Podemos afirmar que o horror a ficar sozinha aparece como uma dificuldade em abandonar uma satisfação primeira: estar ligada a sua mãe, assim como um sinal da proibição da realização de um desejo sexual? Sem sua mãe para encobrir este desejo, como seria possível mantê-lo insatisfeito?

Especulamos sobre estas questões enquanto o tratamento avança. Acreditamos que as reações e respostas de Anita têm nos dado as indicações de que precisamos por enquanto para percorrer este caminho. Sabemos porém que não responderemos a estas questões sem situarmos o lugar da transferência na clínica e principalmente sem nos confrontarmos com o fenômeno da repetição, no *setting* analítico. Trata-se ainda de um trabalho preliminar.

Mas, caminhamos com a informação de Besset (2001) que afirma que o afeto na experiência analítica ganha estatuto de um sinal que orienta a demanda direcionada ao Outro da transferência. A autora afirma que é um sinal de gozo que o sujeito desconhece mas que viabiliza que a demanda inicial de alívio possa dar lugar a uma demanda de saber sobre aquilo que o causa.

Julgamos que, se faz necessário elucidar de que forma o analista atua com o intuito de levar o paciente a nomear seu desejo inconsciente. Acreditamos que a relação transferencial é o outro ponto, não menos importante, que se deve estabelecer nas entrevistas preliminares, porque sem ela julga-se impossível avançar no tratamento. A transferência é o tema que nos deteremos no terceiro capítulo.

Capítulo III – A Transferência

No capítulo anterior, buscamos discorrer sobre algumas nuances do sentido dos sintomas que, durante o percurso freudiano, se apresentaram de diversas formas. Julgamos fundamental, nesta trajetória, apreender o sintoma como representante de uma satisfação pulsional que, com Lacan, ganhou *status* de gozo. Pensamos que na clínica o analista, avisado desta particularidade do sintoma, deve estar advertido sobre o seu lugar e sobre como abordar a questão do sintoma do sujeito.

Neste capítulo, teceremos considerações sobre a transferência a fim de buscar esclarecimentos para o “fazer” do analista com o sintoma, na clínica. A transferência tem lugar de destaque na particularidade da clínica psicanalítica, já que a partir do seu estabelecimento o sujeito se envereda pela experiência de fala que culmina em um saber sobre o seu sintoma. É no estudo da transferência, na sua interpretação e na sua resolução que se dá a problemática do tratamento analítico.

Buscando demonstrar uma articulação do conceito de transferência com a prática clínica, ao final do capítulo, traremos o caso de Bela, onde procuraremos tecer algumas considerações práticas sobre o tema. O caso desta jovem nos permitirá pensar sobre a questão que circunscreve sua neurose e que a leva a interrogar-se sobre o seu sintoma, no tratamento.

Acreditamos que Bela nos dê indicativos de uma posição na relação amorosa com o Outro, na medida em que a paciente se interroga sobre as dificuldades na relação dela com o pai e extrai, a partir disso, outras constatações sobre o seu funcionamento. Este questionamento nos informa Lacan, “não pode ser concebido sem que se situe corretamente a posição que o próprio analista ocupa com relação ao desejo constitutivo da análise, que é aquilo que engaja o sujeito, a saber: o que ele quer?” (1961/1992, p. 181).

Iniciamos essa discussão, definindo o conceito de transferência como o.

“processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui, de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada” (Laplanche e Pontalis, 1998, p. 514).

Enfatizamos que a relação transferencial perpassa por um modelo infantil que serve como fundamento para futuras escolhas amorosas. Esse modelo de felicidade perdida mantém-se na escolha dos objetos amorosos como referência, afirma Besset (2002). Desse modo, a criança ama aqueles que satisfazem suas necessidades (idem,). Como situaríamos o analista nesse lugar? E o que fazer com a transferência no tratamento? Que tipo de contribuição Bela pode nos trazer sobre a transferência?

O analista em sua posição deve estar avisado quanto ao que respalda a relação transferencial, assim como aos impasses que esta relação acarreta, no decorrer do tratamento, isto porque já marcamos a dificuldade que tem o neurótico de se livrar do seu sintoma. Acreditamos que a maior dificuldade do analista esteja em manejar a transferência em prol da continuidade do tratamento.

1 - Fundamentos da transferência

Buscaremos elucidar como se constituiu o conceito de transferência na teoria psicanalítica. Pensamos que o lugar do analista diante do neurótico não pode ser confundido com o lugar de outros especialistas que, de certa forma, possuem um instrumento para lidar com o sofrimento do sujeito. Miller (1999) afirma que o analista está “instrumentado pelo ‘direito ao sentido’, que os doentes não são os únicos a reconhecer, uma vez que os terapeutas admitem de bom grado que tal tratamento medicamentoso pede um complemento semântico, um complemento de sentido” (p. 52).

Temos, então, que ao analista caiba viabilizar a associação livre. Este trabalho de manejo, contudo, só é possível se o analista estiver investido de um “poder” especial atribuído pelo analisante. Miller complementa que “Freud inventou um tipo inédito de sujeito, formado, sem dúvidas, para interpretar o inconsciente e sustentar a transferência, mas, igualmente, por esta via mesmo, feito para suportar o automatismo de repetição e encarnar o objeto da pulsão” (idem, p. 54).

O lugar de destaque que ocupa o analista, no tratamento, é observado desde os primórdios do trabalho freudiano, ainda com o método catártico, quando Freud dá os primeiros sinais da relevância da boa relação entre médico e paciente para o sucesso do trabalho analítico. Nos “Estudos sobre a histeria” (1895/1995) já fica marcada que a influência do médico sobre o paciente é imprescindível para o tratamento.

Freud coloca a influência do médico como *sine qua non* para o tratamento, ressaltando que era quase inevitável o insucesso do tratamento se a relação entre médico e paciente fosse abalada. O autor ressalta (1893-1895/1995) que o papel do médico era fundamental para derrotar a resistência do paciente. Para Freud, o sacrifício pessoal do paciente em revelar lembranças dolorosas devia ser compensado com a cordialidade do médico, devendo este funcionar como “substituto do amor”.

Quando Freud (idem) enumera as razões que levam à resistência do paciente e ao insucesso do tratamento constata que aparece, diretamente, por causa da relação com o médico. Os obstáculos surgem, primeiro, quando há uma desavença pessoal, no caso do paciente se sentir negligenciado pelo médico, ou quando ouve algum comentário desfavorável ao médico. Segundo, quando o paciente teme estar dependente demais do médico, inclusive sexualmente. E em terceiro lugar, quando o paciente verifica que está transferindo para a figura do médico representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise.

Freud (idem) indica que estas formas de aparecimento da resistência devem ser resolvidas e entendidas como um novo sintoma que foi produzido com base no modelo antigo. Esta afirmação é preciosa para o que virá a ser chamado futuramente de “neurose de transferência”. Era a pista de que o sujeito repetia, na situação analítica, sua relação com seu sintoma. Mas, por hora, o papel do analista era o de utilizar a confiança do paciente para enfrentar e derrotar a resistência.

As constatações que levaram Freud a perceber que a confiança do médico era muito mais importante que qualquer método que fosse aplicado para tratar a neurose ganharam força a partir de duas experiências distintas. Uma, com o próprio Freud e outra, com Breuer.

Freud nos conta (1925[1924] /1995) que ao despertar uma de suas pacientes mais dóceis, do hipnotismo, esta lançou os braços em volta do seu pescoço. Freud alerta que foi bastante modesto em não atribuir este fato aos seus atributos pessoais, mas que estava diante de um elemento misterioso que figurava por trás do hipnotismo e que se referia a uma relação especial do paciente com o médico.

O outro fato ocorrido com Breuer diz respeito a sua paciente Anna O. Sabemos que Breuer se recusava a aceitar um elemento de sexualidade, no caso de Anna O. Freud nos revela (1914/1995) que, neste caso, Breuer usara um *rapport* sugestivo muito intenso, que serviria perfeitamente como protótipo do que chamamos atualmente de transferência. Freud se sentiu inclinado a pensar que, durante o tratamento, Breuer possa ter descoberto, por outros indícios, a motivação sexual desta transferência, “resultando daí que, como se tivesse sido surpreendido por um ‘fato inconveniente’, ele tenha interrompido qualquer investigação subsequente” (idem, p. 22).

Houve uma interrupção repentina do caso que mobilizava Breuer, de maneira até a interferir em sua vida pessoal, inclusive no seu casamento como nos relata Jones (1979). Da interrupção do caso, na paciente, que até então parecia assexual, surge uma gravidez

fantasmagórica que vinha se desenvolvendo invisivelmente em reação às atenções médicas de Breuer. Esta “gestação” culminaria em uma crise de parto histérica (pseudociese), após o fim do tratamento, que obrigou Breuer a uma derradeira intervenção sobre a paciente.

Em “um estudo autobiográfico” (1925[1924] /1995) Freud conclui que Breuer deixou um véu de obscuridade, jamais levantado, sobre a fase final desse tratamento e questionava porque Breuer mantivera em segredo o fenômeno da transferência e o seu caráter sexual. Sabemos que Breuer nunca aceitou a teoria da sexualidade como pano de fundo de toda neurose. Porém, suas experiências foram bastante importantes para o desenvolvimento desta e do conceito de transferência.

Vejamos como Freud fundamenta o conceito de transferência, lembrando que ele já possuía indicativos que faziam do médico um elemento de suma importância ao tratamento.

O uso da associação livre leva Freud a estudar as causas da neurose cada vez mais profundamente. Seus pacientes não faziam uso da associação livre de forma linear nem muito menos lógica, o que acabou por levar Freud à investigação da puberdade e aos primeiros anos da vida infantil. Estas associações culminaram com a teoria da sexualidade infantil. Freud relata:

“Em minha busca das situações patogênicas (...) fui levado cada vez mais de volta à vida do paciente e terminei chegando aos primeiros anos de sua infância. (...) encontrei-me diante do fato da sexualidade infantil – mais uma vez uma novidade e uma contradição de um dos mais acentuados preconceitos humanos. A infância era encarada como ‘inocente’ e isenta de desejos do sexo, e não se pensava que a luta contra o demônio da ‘sensualidade’ começasse antes da agitada idade da puberdade (idem, p. 46).

A teoria da sedução esclarece que os sintomas neuróticos não estavam relacionados com fatos verídicos, mas sim com fantasias que surgiram em substituição de um desejo sexual infantil que, via de regra, era direcionado aos pais. A sexualidade infantil foi reconhecida por

Freud como uma “constituição herdada” (1914/1995, p. 28) do sujeito. Freud explica que a disposição e a experiência do sujeito estão ligadas em uma “unidade etiológica indissolúvel”.

O autor nos esclarece que a disposição sexual exagera impressões vivenciadas pelo sujeito que acabam por transformá-las em traumas que dão margem a estímulos e fixações. Por outro lado, “as experiências despertam fatores na disposição que, sem elas, poderiam ter ficado adormecidos por muito tempo e talvez nunca se desenvolvessem” (idem, p. 28).

A relação entre disposição e experiência salienta a importância dos pais e cuidadores, na constituição da neurose. Como se a neurose fosse algo que precisasse ser deflagrado por uma experiência proporcionada por outra pessoa. Tais descobertas deram margem à formulação do “Complexo de Édipo”, que assumiria lugar central na compreensão das neuroses.

Freud avaliou a importância do complexo de Édipo, tanto na vida das crianças como nos adultos. Temos que o complexo de Édipo pode ser entendido como: “1- conjunto de investimentos amorosos e hostis que a criança faz sobre seus pais (...). 2-Processo que deve conduzir ao desaparecimento desses investimentos e sua substituição por identificações” (Chemama, 1995, p. 55).

Acreditamos que na relação precoce com os pais esteja o contorno das futuras escolhas dos objetos de amor no adulto. Para tanto, o recalçamento precisa cumprir sua função elementar, separar o bebê da mãe. Besset nos explica que se trata de “uma separação na qual algo se perde: o seio materno, uma satisfação primordial” (1998, p. 72).

Essa separação é, fundamentalmente, “onde se perde para o sujeito o seu significado de falo do Outro” (idem) explica Besset, ressaltando que o Grande Outro, deva ser escrito com letra maiúscula, para designar sua onipotência. “Onipotência que lhe vem de ocupar o lugar, de ter tudo o que falta ao bebê, pois que é a função de dar, prover, necessária ao ser

prematureo” (idem, p. 71). Na falta do Outro imediato, que tudo provê, o sujeito inicia uma busca por objetos substitutos, aproximações.

Em termos da linguagem, concordamos com Besset (idem) que afirma que a sexualidade é traumática, porque não há registros do significante do sujeito enquanto objeto – sexual – do Outro. Isto não é passível de representação. “Sem explicação, sem representação que dê conta disso que se apresenta como enigma, a criança constrói fantasias e teorias” (idem, p. 72). Trata-se de uma perda que permite ao sujeito se inserir na linguagem. A perda da mãe a coloca como objeto de escolha amorosa infantil.

Miller (1997) nos ajuda a compreender o sintoma como um dizer do Outro inconsciente, que julgamos estruturar o desejo, no universo da linguagem. O recalque cumpre sua função de separar, mas, por outro lado, alienar o sujeito a um representante dessa perda que se coloca no psiquismo como causa, para o sujeito.

A formulação edípica e a teoria do recalçamento colocaram diretrizes fundamentais para compreensão da relação entre o analista e o analisante. Freud já estava convencido que nenhum processo analítico seria possível sem a instauração da transferência que, primeiramente, foi compreendida como uma confiança depositada no analista que levava o sucesso do tratamento.

É com o caso Dora que a transferência ganha nova fundamentação. O caso Dora marca o insucesso do investimento de Freud, devido a uma interpretação errada sobre a transferência. Mesmo com o fim prematuro do caso, Freud foi capaz de admitir esse erro de interpretação e extrair conseqüências sobre a transferência.

Durante o tratamento psicanalítico, pode-se dizer com segurança que uma nova formação de sintomas fica regularmente sustada. A produtividade da neurose, porém, de modo algum se extingue, mas exerce na criação de um gênero especial de formações de pensamento em sua maioria inconscientes, as quais se pode dar nome de “transferências”. O que são transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasia que, durante o avanço da análise, some despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica

(...) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico ” (Freud, 1905/1995, p. 110)

Freud nos esclarece que a transferência deve ser entendida como uma série de experiências psíquicas prévias que são atualizadas com a pessoa do analista. Miller afirma que a definição do conceito de transferência que surge a partir do caso Dora é “a significação precisa da transferência freudiana” (1987, p. 59).

Vejamos então como o caso Dora contribuiu para a contemplação do conceito de transferência e que considerações podemos inferir, a partir do erro de interpretação de Freud.

Sabemos que eram repugnância, sensação de pressão na parte superior do corpo e afastamento de homens que tentassem manter conversas afetivas com ela, os sintomas que levaram Dora ao tratamento. Gozava de uma forte ligação afetiva com seu pai, um homem inteligente que havia sido acometido por várias doenças desde que ela era uma menina de 6 anos de idade.

Estamos cientes de que Dora havia sido assediada pelo Sr. K., um amigo de seu pai, aos 14 anos de idade mas, mesmo após o acontecido, não deixou de se relacionar com ele e nem com sua mulher a Sra. K., com quem havia estreitado os laços de amizade. Freud apoiou seu trabalho na análise de dois sonhos relatados por Dora. Este caso teve originalmente o título de “Sonhos e histeria” onde Freud gostaria de demonstrar como a interpretação dos sonhos se entrelaçava e era útil, na história de um tratamento. Freud (1905/1995), contudo, reconhece posteriormente que o maior legado deste trabalho havia sido a sua interrupção prematura.

Freud (idem) julgou que seu erro foi ter achado que Dora tinha substituído, na transferência que estabeleceu com ele, a figura de seu pai pela de sua pessoa e que resistia a fazer tal associação entre os dois. O autor assume não ter podido dominar a transferência a tempo, devido à quantidade de material patogênico que Dora colocara a sua disposição.

Dora era “alguém em um estado sintomático bem claro” (1956/2002, p. 200), nos coloca Lacan, afirmando que Freud cometera um erro sobre o objeto de desejo de Dora e isto se deu possivelmente por estava centrado demais na questão do objeto. Besset (1992) nos ajuda a entender que Freud não pode intervir a tempo, em função do seu enamoramento pelo seu objeto de estudo, retirando-o do lugar de onde deveria escutar seus pacientes, o lugar de analista. “Ocupava sim, um lugar como o de Dora frente à Madona, fascinada por seu enigma. Encontrava-se, então, de certa forma, apaixonado. Não tanto por Dora, mas pela psicanálise nascente, por sua própria obra” (idem, p. 176).

O encantamento de Freud por sua própria obra e seu desejo de ver sua teorização sobre os sonhos validada impediram-no de escutar que “é a Sra. K. o objeto que verdadeiramente interessa a Dora, na medida em que ela própria está identificada com o Sr. k.”(1956/2002, p. 200).

Lacan comenta que “a transferência tem o sentido de indicar os momentos de errância e também de orientação do analista, o mesmo valor de nos convocar à ordem de nosso papel: não agir positivo com vistas a ortodramatização da subjetividade do paciente” (1951/1998, p. 225). Pensamos que Freud não esteve advertido sobre a função da transferência, visto que sua ambição o levou a uma cegueira temporária sobre os processos mentais de Dora.

Tomando como base a interpretação lacaniana sobre este interesse de Dora pela Sra. K., Besset nos informa que, neste caso,

“importa o que é dito sobre a relação do Sr. K. com sua esposa e que joga por terra a possibilidade de Dora, em sua posição de histeria, saber algo sobre a mulher. A frase teria sido: ‘minha mulher não é nada para mim’, tradução proposta por Lacan (...) o que pode tomar na mesma direção a de uma falta de sentido da mulher, Sra. K” (1992, p. 179).

Era pela via de identificação com o Sr. K. que Dora pretendia desvendar o enigma sobre a mulher. Enigma este que aparece, seja pelo amor pela Sra. K., seja pela fascinação

pela Madona que lhe consomem duas horas de puro fascínio. O próprio Freud garantiu, no pós-escrito, uma interpretação que lançava mão do amor sexual de Dora pela Sra. K., o que nos leva a pensar sobre o interesse de Dora pela questão do feminino.

“Quanto mais me vou afastando no tempo de término dessa análise, mais provável me parece que meu erro técnico tenha consistido na seguinte omissão: deixei de descobrir a tempo e de comunicar à doente que a moção amorosa homossexual (ginecofilica) pela Sra. K. era a mais forte das correntes inconscientes de sua vida anímica.” (Freud, 1905/1995, p. 113).

A questão de Dora dirigida ao feminino abre espaço para a discussão sobre a neurose histérica, pensada a partir de uma dissimetria da resolução edípica entre o menino e a menina. Lacan pergunta: “que diz Dora através de sua neurose? Que diz a histérica-mulher? Sua questão é a seguinte: O que é ser uma mulher?” (1956/2002, p.200).

Freud (1931) deixou claro, desde a teorização da organização sexual infantil, que esta se dava em referência a um único símbolo, o falo. Sendo o falo um representante masculino da sexualidade, à menina restava enfrentar um percurso de frustrações e renúncia para atingir a feminilidade. As contribuições de Lacan facilitaram a compreensão deste processo já que ele lança mão do fenômeno do simbólico, para elucidar a questão do falo.

Lacan (1958/1998) atribui ao falo um lugar determinante na ordem simbólica. O falo, a partir de Lacan, torna-se um significante que comprova a imersão do sujeito no universo simbólico. “É um significante que designa, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que os condiciona por sua presença de significante” (idem, p.697). Sendo assim, o falo funda a lógica discursiva, faz o sujeito falar diante da impossibilidade de servir como objeto de gozo para mãe.

Pensamos o falo como um prolongamento imaginário da mãe em que a criança lhe serve de suporte e que, futuramente, será atribuído ao pai. “É em torno dele que se instaura o temor da perda do falo na criança, a reivindicação, a privação, ou o tédio, a nostalgia do falo

na mãe” (Lacan, 1956/2002, p. 358). Para Lacan, a clínica psicanalítica demonstra a relação do sujeito com o falo, relação esta que desconsidera a diferença anatômica e conclui que a interpretação é, de fato, espinhosa para mulher (1958/1998, p. 693).

Apesar do artigo de 1924, “A Dissolução do Complexo de Édipo” ser um dos marcos de consagração da psicanálise, algumas questões, em torno das diferentes saídas do menino e da menina diante da ameaça de castração, permaneceram. Freud deixa claro que há diferença entre o desenvolvimento sexual da menina e do menino, mas advertiu que só poderia garantir as conclusões que se referem ao desenvolvimento sexual do menino. Em alguns momentos da obra freudiana, há sinais da tentativa de concluir que o desenvolvimento sexual nos dois sexos eram análogos, mas o que o autor pôde de fato afirmar sobre a sexualidade feminina é que esta se tratava de um “continente negro” (Freud, 1926, p. 242).

Pensamos que a psicanálise aborde a desilusão do sujeito em meio à constatação de estarem incompletos. Segundo Miller, “de maneira geral, as pessoas que demandam a análise se sentem malfeitas” (1997, p. 233), na medida em que lhes falta algo. Assim, o sujeito busca na análise, mais precisamente no analista, recuperar a sua unidade.

Na busca da felicidade, o analista torna-se o representante de um saber sobre o sujeito, tornando-se também alvo de seu amor. Este amor, visto por Besset como aquilo que desfaz, mesmo de forma passageira, a divisão do sujeito (2001, p. 3), viabiliza o processo analítico. Temos que a transferência representa, então, a relação que se estabelece com o analista a fim de recuperar aquilo que se perdeu na separação com a mãe.

Em texto de 1912 Freud afirma que na clínica os pacientes dirigem para a pessoa do analista uma catexia libidinal pronta por antecipação. Enredam-no no contexto de sua história, capturam-no em uma de suas séries psíquicas, enlaçam-no na sua fantasia inconsciente (1912/1995). Isto nos faz pensar que Freud associa a transferência com a repetição. A transferência faz com que o paciente faça um investimento libidinal com o analista,

recorrendo a um dos clichês estereotípicos do paciente. A relação do paciente com o analista passa a ser determinada pela imago predominante na vida psíquica do neurótico.

No contexto denominado por Freud de “neurose de transferência” (1914/1995, p. 201), o sujeito endereça seu sofrimento em forma de sintoma, ao saber que se supõe ao analista. A crença no encontro amoroso transforma a demanda inicial de alívio em uma demanda de *saber* de um sujeito sobre aquilo que lhe causa (Besset, 2001, p. 6).

Freud (1914/1995) descreve como “neurose de transferência” o momento em que os sintomas do paciente ganham um novo significado transferencial. A partir da transferência, cria-se uma “doença artificial” que é passível da intervenção analítica. Para Lacan (1953-54/1986), a neurose de transferência designa aquilo de que o sujeito está afetado e esta neurose liga o paciente à pessoa imaginária do analista, atualizando uma cena arcaica. Não se trata mais da transferência a serviço da rememoração. É sim, a transferência que surge com sua faceta de resistência que obriga o analista a manejá-la.

O conceito de neurose de transferência apresenta desdobramentos com a contribuição de Lacan e a conceituação de Suposição de Saber e sintoma analítico. Abordaremos estes temas mais à frente.

2 - Do Amor à Suposição de Saber

Partimos, assim, para a próxima etapa do trabalho em que buscamos entender como se produz o enlace entre paciente e analista. Na prática clínica, se observam os efeitos do endereçamento de uma fala a um analista e os efeitos de embaraço e produção de sentido, como consequência do estabelecimento da relação transferencial.

Os artigos sobre a técnica de Freud nos ajudam a dimensionar que o que está em jogo, na relação com o analista, é uma relação de amor. Além disso, nos traz orientações elementares para como proceder, nesta relação. Deste modo vemos a importância de

apreender as ressalvas de Freud sobre a transferência, no sentido de não se deixar levar pela força da demanda de amor que o paciente constrói no processo analítico.

No artigo “Observações Sobre o Amor Transferencial”, de 1914, Freud nos coloca que a promessa da cura da neurose faz com que o amor transferencial seja evocado. Freud demonstra que, em um determinado momento do tratamento, o paciente se enamora do analista, colocando em risco o desenvolvimento do processo analítico. Essa ressalva nos coloca diante da questão de como proceder diante desse vínculo amoroso.

Nessa situação amorosa criada pelo paciente, devemos reconhecer que o amor “é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa” (idem, p. 210). Freud ressalta que este fenômeno indica um esclarecimento importante e também uma advertência quanto à forma de manejar tal situação.

Freud afirma ainda que a evocação do amor é indispensável para a consecução dos objetivos da análise, pois é a partir desse amor, construído no *setting* analítico, que se pode extrair um entendimento sobre a forma de amar do paciente. O autor aconselha que o analista, durante o processo, deve manter essa crença no amor a fim de permitir que o paciente possa ter acesso a sua escolha objetal infantil e às fantasias que giram em torno dessa escolha.

Para que o paciente possa então avançar na busca de suas reminiscências Freud (idem) adverte que o analista não deve responder ao amor evocado pelo paciente. Esta atitude do analista frente à demanda permitirá que a transferência se intensifique, instigando a fantasia que reportará o paciente aos seus processos primários. Não podemos perder de vista, porém, que a demanda de amor feita pelo paciente deve ser analisada com cautela, pois o analista despreparado a recebê-la pode se sentir impelido a respondê-la. Acreditamos que a demanda de amor deve ser respondida com acolhimento, mas sua correspondência deve sustentada como uma promessa.

Freud (1919[1918] /1995) salienta que, pautada na transferência, a tarefa terapêutica do analista consista em tornar consciente o material reprimido e descobrir as resistências. O autor (idem) ressalta também que o tratamento deva se desenvolver, na medida do possível, sob um estado de abstinência, se referindo àquela recomendação de 1914 de que o médico não deve retribuir ao amor do paciente, colocando em risco interromper o processo analítico.

Entretanto, sobrevém que esta abstinência não significa agir sem qualquer satisfação, o que seria uma meta inexecutável, nos diz Freud (idem). Entendendo os sintomas como substitutos de uma satisfação, pensamos que aqueles devam ser administrados de maneira que esta não acabe prematuramente. Freud nos coloca que

“se, devido ao fato de que os sintomas foram afastados e perderam o seu valor, seu sofrimento se atenua, devemos restabelecê-lo alhures, sob a forma de alguma privação apreciável; de outro modo, corremos o perigo de jamais conseguir senão melhoras insignificantes e transitórias” (idem, p. 176).

Sabemos que contar só com a força do amor de transferência leva a supressão do sofrimento do paciente, porém apenas de forma efêmera. Freud nos previne que “é tarefa do analista detectar esses caminhos divergentes e exigir-lhe, toda vez que os abandone, por mais inofensiva que possa ser, em si, a atividade que conduz à satisfação” (idem, p.177).

Esta questão entre os limites dessa posição, tomada por Freud como abstinência, nos leva a pensar como fazer a manutenção do percurso de análise do paciente, sem suturá-lo, nem levá-lo a um estágio de angústia insustentável. Besset (2002) comenta que os fundamentos freudianos sobre a questão da sexualidade infantil fazem uma ligação entre o desamparo, o amor e a angústia. A autora acrescenta que a sexualidade aponta “para a relação do amor com a satisfação da libido ou da pulsão, entendida por Freud como sexual. Nessa perspectiva, o que está em questão, no desamparo, é uma impossibilidade de acesso do objeto que garante a satisfação” (idem, p. 208).

Ou seja, julgamos que os limites da atuação do analista devem permitir que o sujeito fale do seu sintoma e mantenha contato com ele até o final da análise. Para isso deve sustentar o amor de transferência em um nível que viabilize o tratamento. Pensamos que este sintoma, tido como porta-voz do desamparo do sujeito, possa, na experiência, ser passível de novos sentidos, aliviando assim a angústia revelada pela impossibilidade do encontro com o objeto.

Miller (1998) nos coloca que na análise “não cabe ao analista aliviar a culpa, pois ela indica o caminho do desejo. Se alguém sente culpa é porque há desejo nessa via. A angústia, ao contrário, deve se possível, ser aliviada. Não cabe ao analista absolver, cabe ao sujeito conquistar sua absolvição”. Estes talvez sejam os limites: angústia e sintoma devem permanecer na experiência somente no grau e na medida em que viabilizem a lei fundamental. Cabe ao analista dosar estas medidas.

Freud (1913/1995) alerta que o analista deva estar advertido sobre o seu lugar e sobre a importância de não dar ao paciente uma solução definitiva e abrupta sobre o sintoma. Ele orienta que os analistas devem oferecer ao paciente uma “compreensão simpática”. Acreditamos que esteja indicando que a postura do analista diante da neurose seja a de oferecer ao paciente um lugar no qual possa transferir seus conteúdos mais íntimos. Falamos aí de uma escuta acolhedora, desprovida de preconceitos, que ajude o paciente a desenrolar sua análise.

Julgamos que estes cuidados na relação com o paciente se justificam para manter com ele uma boa relação transferencial, capaz de mantê-lo na trilha da associação livre.

Em “recordar, repetir e elaborar” (1912/1995), Freud define o conceito de transferência como a “transferência”, para a pessoa do analista, dos sentimentos afetuosos e hostis provenientes de suas vivências infantis. O autor distingue a transferência “positiva” da transferência “negativa”, dependendo do tipo de afeto que é transferido para o analista no tratamento.

Freud (idem) relaciona o tipo de transferência à forma como o tratamento a partir dela se dará. Ou seja, se positiva, é possível que o paciente possa, sem grandes dificuldades, colocar suas lembranças infantis para o analista. Por outro lado, caso a transferência seja hostil, segundo Freud, o recordar abre caminho para a atuação.

Na clínica, o que foi sendo verificado é que havia pensamentos que não eram passíveis de serem lembrados e isto obrigava ao analista a provocar novas associações, assegurado pela transferência.

Em 1914, Freud coloca que existem dois níveis de pensamentos inconscientes, o primeiro se refere àqueles que foram reprimidos e podem ser recordados através da sujeição à associação livre e, é claro, facilitados por uma boa relação transferencial. O outro nível de pensamento diz respeito àqueles pensamentos dos quais o paciente nada pode se lembrar e apenas repetem as situações com os analistas, sem se dar conta. “Podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação (...). Ele reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (idem, p. 196).

Freud trata pela primeira vez da compulsão à repetição ainda não vinculada ao mais além do princípio do prazer, mas trazendo um indicativo deste. Freud vincula a compulsão a uma motivação transferencial que obriga o analista a manejá-la. Ao analista caberia reprimir a compulsão do paciente e transformá-la em um motivo para recordar.

Acreditamos que Freud (1914/1995) coloca que o grande desafio da análise não estaria em interpretar as associações trazidas pelo sujeito. O grande desafio para o analista estaria em manejar a transferência, permitindo que o paciente avance em suas lembranças. A transferência ganha destaque na prática clínica porque funciona como um esclarecimento importante para o analista sobre a dinâmica do paciente. Em nome do amor, o paciente elege o analista como depositário de seus afetos. (1919[1918]).

No seminário sobre a transferência, Lacan (1961/1992) esclarece que “tudo o que sabemos sobre o inconsciente, desde o início a partir do sonho, nos indica que existem fenômenos psíquicos que se produzem, se desenvolvem, se constroem para serem ouvidos, portanto, justamente para este Outro que está ali, mesmo que não se o saiba” (p. 177). Lacan marca que o analista se coloca como aquele Outro que poderá ouvir o que o paciente tem a dizer.

Ao situar o analista no lugar do grande Outro, verificamos uma disparidade da relação analista-analisante. É onde se verifica, conforme Brodsky elucidou (2003) que “a experiência analítica é profundamente dissimétrica, o que pode ser rastreado desde o começo de seu ensino até o final”(p.36). O sofrimento provocado pelo enigma do sintoma, faz com que o sujeito se coloque para o analista como se o segundo tivesse a resposta para sua questão. Quando isso ocorre, julga-se que o paciente colocou o analista no lugar de um suposto saber. O conceito de suposição de saber aparece pela primeira vez no Seminário XI (1964/1998) e marca uma posição diferenciada do analista na clínica.

Brodsky (idem) nos convida à reflexão: “o analista como objeto é intercambiável e incidental ou – ele ou ela – são um objeto externo cuja realidade material e subjetiva deve ser levada em consideração?” (p. 35). Parece-nos que o importante na relação com o analista é o lugar que ele vai ocupar na cadeia de significantes do sujeito, fazendo dele um representante a mais, que faltava para o sujeito. Não se trata do analista operar a partir de um lugar preconcebido. Para Brodsky “o que é decisivo nessa dissimetria simbólica é que Lacan apóia sobre ela a disparidade na experiência analítica, entre o analista e o analisando” (p.37).

O fenômeno da transferência se manifesta na relação com alguém a quem se fala. É, portanto, constitutivo da relação com o analista. Nesses termos, nos parece que o analista está, sim, munido de um saber, diferente daquele que o paciente supõe, seu saber aponta para um lugar onde o saber do paciente encontrará ressonância.

Pensamos que o analista deva assumir, conforme elucidou Miller, “um lugar de puro semblante(...) onde o sujeito é incessantemente reconduzido ao nascimento do sentido, a seus primeiros balbucios. É um lugar que recolhe a contingência, onde a necessidade se desfaz, e é por excelência o lugar do possível” (1999, p. 54), entendendo aqui possível como o lugar onde existam representações passíveis de serem evocadas.

Miller nos escreve que “o psicanalista oferece deste modo, como objeto-psicanalista, um lugar vacuolar um espaço entre parênteses, onde o paciente tem o lazer por um tempo restrito, de ser sujeito, quer dizer de faltar a ser aquilo que por sinal, o identifica” (idem). Pensamos que o analista dá ao neurótico um lugar para que ele fale do seu desejo, de algo que lhe falta.

A falta do sujeito não é representada senão por um reflexo em um véu. Lacan nos coloca que a falta é “o nome daquilo que anima o conflito fundamental que se acha no âmago da ação humana” Lacan (1955/1985, p. 281). Conflito este que se coloca em análise como um enigma. Contudo, se por um lado o paciente demanda que o analista preencha esta falta com um saber, o analista por sua vez mantém esta demanda na promessa e isso permite que o paciente circule pelas vicissitudes de seus significantes.

O analista ao ser colocado nessa posição de suposição de saber, se torna símbolo de algo que falta na cadeia dos significantes do sujeito. Como afirma Miller (1999) “ele se presta a encarnar um objeto em torno do qual parecem se enrolar (...) os ditos de uma paciente a qual ele não saberá nada mais que isto” (p. 54).

Alvarenga (2003) nos informa que “a suposição de saber é feita de produção de sentido, a ” (p. 72). Isto nos leva a pensar que o fato do analista proporcionar ao paciente a oportunidade de falar sobre o seu sintoma gera, por parte do paciente, uma fantasia de que o analista sabe sobre o seu sintoma, na medida em que este paciente, por intermédio da associação livre, tem a chance de construir um novo saber sobre seu sintoma.

“O desejo do analista abriu-lhe o desejo de saber”(idem), informa Alvarenga. A autora adverte, porém, que para que esta fórmula operasse, “foi necessário que a transferência enquanto suposição de saber, se encarnasse em um analista vivo, perturbador, que retirou o sujeito de uma relação mortificada com o saber” (idem). A demanda de saber recobre o analista como objeto de interesse libidinal, intensificando a transferência.

Observamos que esta relação do sujeito com o saber como motor da transferência e é exatamente esta relação epistemológica que instituiu o Sujeito Suposto Saber (1964/1998). Segundo Miller, “a transferência vista em seu fundamento não é outra coisa senão a própria constituição da relação analítica”.

No processo analítico, “trata-se de o sujeito descobrir progressivamente a que outro ele verdadeiramente se endereça, apesar de não sabê-lo e de ele assumir progressivamente as relações de transferência no lugar onde está e onde, de início, não sabia que estava” (Lacan, 1955/1985, p. 311). Para que este percurso seja possível, é necessário que se faça uma demanda de saber direcionada ao analista, a fim de que este possa levar o sujeito a instituir uma nova relação com seu sintoma.

3 - Considerações sobre a Resistência

Julgamos que seja importante traçar um panorama sobre a resistência, visto que esta surge como impedimento ao bom andamento da análise. O analista não deve achar que está livre de se deparar com a resistência. Pelo contrário, acreditamos que a resistência assim como o amor transferencial sejam elementares para o desenrolar da análise.

Sabendo que a resistência representa modificações determinantes no curso da psicanálise. Freud se deparou com ela ao longo de sua trajetória. “A importância da resistência enquanto fenômeno é tal para a psicanálise, que Freud chega a definir sua teoria

como uma tentativa de compreensão da mesma” (1991, p. 11), afirma Besset, sinalizando para este conceito como uma fonte de inspiração para Freud.

A resistência está presente desde o início da pesquisa freudiana e evidencia a falta de êxito das técnicas adotadas por Freud. Esses sucessivos insucessos técnicos suscitaram a modificação do método de tratar a neurose até se chegar à associação livre.

Freud se depara com a resistência pela primeira vez no método catártico, se entendermos este conceito como resistência ao método de tratamento. Não era possível validar um método se nem todos os pacientes eram suscetíveis a ele.

Posteriormente, Freud desenvolve a idéia de que existiria no sintoma haveria uma mensagem a ser decifrada e que a atuação do analista consistiria em desvelar aquilo que o paciente não cedia em dizer. A resistência foi tomada “como uma atitude básica de oposição do sujeito, dentro de uma conotação que pertence ao uso vulgar do termo”(1991).

Essa leitura do texto freudiano dá margem a interpretações errôneas sobre o método, levando a uma prática de interpretação das resistências que acaba por gerar o fortalecimento do ego, impedindo o avanço da análise.

Conforme é observado por Miller (1991), houve dificuldades de situar a especificidade psicanalítica, no decorrer do seu processo de fundamentação. Segundo este autor, “houve um tempo em que os psicanalistas tentaram definir critérios e detalhar aquilo que se chamava, por sinal principalmente em inglês, as condições de analisabilidade, as condições que fazem com que um sujeito seja analisável” (p. 52).

Miller nos coloca que, na utilização dessa prática, “era preciso a transferência, sem dúvida, mas igualmente a capacidade de analisar a transferência” (idem). Para nós, essa abordagem indica uma advertência ao que não deve ser usado na prática psicanalítica. Ao definir antecipadamente as formas de atuar, os analistas conduziam a experiência ao que Miller nomeou de “o reinado da regra”, método este que “sem o qual nada de associação livre,

nada de consultas periódicas, nada de pagamentos pontuais, nada de aceitação de interrupção das sessões, de fins de semana, de férias” (idem).

Todas estas condições de analisabilidade dão enfoque ao fenômeno da resistência que, de um lado, trouxe dificuldades para a clínica psicanalítica mas que, de outro lado, permitiu que esta ganhasse terreno. Partilhamos da opinião de Besset (1991) que acredita que “Freud não só descreve com minúcias as formas como a resistência se dá, mas, igualmente, explora as possíveis abordagens do fenômeno” (p.16).

Percebemos que esse “reinado da regra” preparava os profissionais a enfrentarem as resistências como se elas fossem um impedimento ao sucesso do tratamento. Eles não trabalhavam com a resistência e sim contra a resistência. Perguntamo-nos se aqueles sujeitos que iniciam o tratamento com suas resistências deflagradas seriam elegíveis ao tratamento? Ou se só são passíveis de análise os sujeitos dóceis que se engajam na associação livre com facilidade?

O insucesso de uma prática regida por regras rígidas coloca para nós um problema ético. Segundo Besset (idem) na prática psicanalítica, “o respeito à pessoa humana é, nela, princípio e condição de eficácia” (p. 10). A esta ética deve-se uma outra leitura da forma de lidar com a resistência. Passamos de “o sujeito resiste à” para “o sujeito resiste”, indicando que a resistência pertence a estrutura do sujeito.

Concordamos com Miller que localiza essa mudança de referencial perante a dificuldade do neurótico em avançar no tratamento.

“Do tratamento que pode ser “indicado”, “contra-indicado” através da avaliação feita por um outro – um sábio, um conhecedor, um expert -, passou-se à “experiência” vital, ou mesmo “existencial” que pode ser “desejada” ou não pelo próprio sujeito, até mesmo arriscada para ele como uma verdadeira “aventura subjetiva””. (1999, p. 53).

Esta modificação situa bem que “o que aparece em primeiro plano não é mais a indicação e sim a demanda que um sujeito (...) apresenta a um psicanalista, e a autenticidade, a verificar, do desejo que habita esta demanda”. Esta era a via que nos dava a indicação para o tratamento.

A idéia de que os sintomas representavam distorções do conteúdo recalcado, que deveriam ser submetidos à associação livre a fim de se descobrir a ligação que faltava, surte efeito, na clínica, por algum tempo. Miller (1997) nos aponta que o sintoma “surpreendentemente, na histeria, sendo interpretado vinha a desaparecer. Durou algum tempo o otimismo freudiano: bem lhe falando, bem o lendo e comunicando-lhe a leitura esvaecia-se” (p. 8).

Lacan também, de início, “tomou uma perspectiva unilateral para o sintoma, onde este seria puramente simbólico, e esvaece quando o sujeito admite uma verdade interpretativa” (idem), informa-nos Miller. Esta perspectiva coloca o sintoma no nível da interpretação, que o leva a desaparecer.

“Na perspectiva da histórica, os sonhos, os lapsos, o ato falho, o chiste e o sintoma pertencem ao mesmo registro, porque se decifram, são passíveis de leitura, têm sentido. Lacan nomeou-as formações inconscientes, e elas contribuem com a exaltação da descoberta analítica, que percebemos ao ler os primeiros textos de Freud” (idem, p. 9).

Com este instrumento, porém, o que se verificou, após algum tempo, foi o retorno sistemático dos sintomas. Miller nos conta que Freud percebeu um novo estatuto do sintoma – o modelo obsessivo do sintoma – que resistia ao dizer. A isso se dava o nome de “reação terapêutica negativa”. Este autor evidenciou que a repetição marca o próprio fundamento do sintoma. Não se tratava mais de um sintoma que se esvaecia quando bem falado, mas sim de um sintoma que se repetia, que retornava em ciclos cada vez menores, como um cometa (idem).

Aqui cabe fazermos uma consideração importante sobre a idéia de repetição. Freud situa a repetição como uma atuação do paciente sobre as condições de resistência (1914/1995, p. 198). Segundo o autor, aquilo que o paciente repete diz respeito a tudo que já tenha avançado, a partir das fontes do recalçado. Entendemos então que Freud designa a transferência como um fragmento da repetição e que, por sua vez, a repetição é uma transferência de um passado esquecido.

Miller nos ajuda a entender a repetição em Freud com uma “regra implacável, ‘mais daquilo que já apareceu’, presença em cada um de algo velho, antigo, obsoleto, que segue vivo, vigente, operativo, com mais poder que o novo, dominando-o com sua instância imemorial” (1997, p.7). Isto nos faz pensar na repetição como uma atualização de um evento passado.

Entendemos que Miller coloca a repetição freudiana como algo que marca o antigo que se faz presente, sempre de forma inoportuna. Miller acrescenta que “o novo de Freud desordena as coordenadas temporais, a ponto de fazer confluir novo e antigo. Ele foi ao fundo do desconhecido para aí encontrar, não o novo, nem o falso novo da novidade mercantil, mas o antigo” (idem).

Acreditamos que o ônus dessa repetição se presentifica no sintoma como algo da ordem do “não sentido”, como algo que o sujeito não reconhece e que se apresenta para ele como um enigma.

Sabemos que Lacan acrescenta contribuições importantes sobre a repetição na medida em que circunscreve a satisfação pulsional como gozo e lança mão do conceito de Real. Entendemos o Real como aquilo que está fora do sentido. Conforme Miller (1997) nos alertou, “a suspeita lacaniana sobre o real, nada tem a ver com o sentido. Não importam os nomes que lhe são dados, nem os anseios que suscita” (p. 8).

A idéia de real nos aponta para uma vertente do sintoma que está fora do sentido e que se apresenta como repetição na clínica, ou seja desfaz-se a idéia que a repetição é uma transferência de um passado esquecido. A repetição aparece na clínica como ausência de representação.

Fux nos ajuda a entender a associação livre como “o conjunto das interpretações sucessivas do sujeito sobre aquilo que lhe causa” (2000, p.122) . Esta autora ressalta, porém, que “há um ponto morto”, que o analista nomeia resistência e uma força motriz que faz com que esse ponto se mova. Acreditamos que este ‘ponto morto’ se refira ao fato do paciente não poder falar mais nada sobre isso.

Creemos que a resistência deva ser entendida como aquilo que marca a impossibilidade do sujeito de falar. Isto é, a resistência atua como uma orientação para o analista daquilo que toca o real do paciente. Dessa forma, marcamos a diferença da idéia de resistência como impossível, da idéia de uma resistência que poderia ser liquidada com a rememoração.

Pensamos como Miller (2003) que afirma que o termo resistência é um índice que aponta para o real da experiência, isso que se repete na clínica. Ou seja, aquilo que não está simbolizado, mas que engaja o sujeito na linguagem e deflagra um modo de gozo, de satisfação pulsional.

4 - O Sintoma Analítico

Faremos algumas considerações sobre a formação do sintoma analítico e sua relação com a passagem das entrevistas preliminares com entrada em análise propriamente dita. Sabemos que a questão da entrada em análise envolve conceitos importantes e que portanto não pode ser situada de forma simplista. Nossa intenção é apenas sinalizar para este momento do tratamento, na medida em que reconhecemos, neste ponto do tratamento analítico, o cerne para questionamentos futuros.

Temos observado neste percurso que o valor da relação transferencial no tratamento é central e que deve ser situado ainda nas entrevistas preliminares. O paciente procura um analista porque algo no seu modo de ser vai mal, claudica. E o analista, respaldado pela transferência, viabiliza o tratamento.

Concordamos com Besset, na medida em que esta autora afirma que a psicanálise seja “um percurso que parte do amor, valendo-se da alienação do sujeito, suposição, para conduzi-lo à separação, dos significantes-mestres que o submetem e de uma posição de fixação na satisfação pulsional.. Nesse sentido, é de um novo amor que se trata, um amor que separa” (2002, p 209). Fica enfatizado mais uma vez que o processo analítico se estrutura a partir de uma relação de amor, amor construído no *setting* por uma ficção, a qual vai se procurar dar significação.

Ressaltamos o que Besset afirmou sobre o estabelecimento da relação transferencial e os objetivos da clínica. A autora diz que, no tratamento do sujeito:

“ao contrário da solução terapêutica, que tenta curá-lo ortopedicamente, daquilo que em si, é incurável, compete-nos trabalhar para obter uma mudança de sua posição subjetiva. Mudança de posição que no início, se impõe com relação ao seu dito, retificação necessária à instalação do dispositivo: associação livre, onde um sintoma pode se articular como questão. Mudança, no final de posição com relação a um gozo, satisfação pulsional” (idem, p. 206).

Um sujeito busca um analista, porque um significante ao qual se identifica adquire um aspecto insuportável, falha e por isso torna-se enigmático. “Não é que o sujeito que sofre queira necessariamente dar sentido ao seu sintoma” (2003, p. 71), diz-nos Alvarenga. Vimos que o que está em questão, primeiramente ao procurar uma análise, é que o sujeito deseja se libertar do sofrimento causado pelo sintoma.

Besset (2000) nos informa que procurar um analista por causa do sofrimento de um sintoma não necessariamente implica que o sujeito está em análise. Para que isto seja

possível, a autora adverte que um passo a mais seja necessário, a construção de um sintoma analítico. A construção de um sintoma analítico requer a instauração daquilo que vimos em Freud (1914) como “neurose de transferência” e que em Lacan é reconhecido como suposição de saber.

Há toda uma teorização, nos descreve Besset (idem) que permite ao analista atuar na clínica no sentido de precipitar a entrada em análise. Os instrumentos utilizados na clínica para que tal fato aconteça implicam ao analista uma posição. Berenguer reforça que “a constituição do sintoma analítico e sua manutenção como tal ao longo da análise, exige que o analista evite estimular com sua posição e com sua interpretação, a garantia da fantasia” (1998, p. 54).

Pensamos que o sintoma analítico se forma quando o analista, ao interpretar, toca o real do sintoma do paciente, o ponto de gozo que interpela o sujeito e o convoca a uma nova rede de significações.

Lacan (1954/1985) comenta que

“uma fala é matriz da parte não reconhecida do sujeito, e eis aí o nível próprio do sintoma analítico – nível descentrado com relação à experiência individual, visto ser aquele do texto histórico que o integra. Fica, a partir de então, patente que o sintoma só cederá com uma intervenção que incida neste nível descentrado” (p. 61).

Miller (1997) acrescenta que “A psicanálise introduz algo novo no amor: a transferência revelou uma verdade do amor, embora não introduza nada novo no gozo” (p. 10), entendendo gozo como aquilo que não cede e que aparece, na clínica, como uma repetição – esse nível descentrado - que atesta uma outra verdade sobre a causa do sujeito desejante, a verdade do real.

Besset (2002) observa que na clínica psicanalítica importa, “para nós, ao contrário, na dimensão do significante, por intermédio da palavra na interpretação, como instrumento,

ferramenta de base, conduzir o sujeito ao limite, lá onde tudo cessa e nada se pode dizer. Conduzi-lo ao real, então, que o trouxe, em sua busca de auxílio”. Pensamos o real, então, como este fator não-variável que inaugura a viagem do sujeito ao universo das representações. O real da angústia, da falta de sentido e que se situa como início e fim do processo analítico.

Nesse sentido, é essencial situarmos do que se trata o sintoma analítico. Miller (1997) aponta que só é possível vislumbrar um sintoma como analítico se este quer dizer algo. “Fica claro que está distante do ato falho, do lapso, do chiste, que respondem à temporalidade do instante e não se repetem. O essencial para o sintoma é a permanência, o tempo que dura. Não há sintoma sem repetição” (p. 9).

A compulsão a repetição que anunciava Freud, ganha um status de algo que se mantém estável na neurose do sujeito e que, em análise, evoca a significação. A repetição, em análise, aponta para a dimensão do *nonsense*, do real. Quando o analista toca este ponto, reconhecemos o sintoma analítico.

“Freudianamente dizemos que o sintoma tem um sentido e é buscando esse sentido que o analisante se endereça a um analista” (2003, p. 71), informa Alvarenga, afirmando que um sujeito busca a análise por que um significante com o qual se identifica se torna insuportável, sendo portador de um gozo enigmático. Esta é a pista que o analista deve seguir, não do sentido, mas no gozo.

Miller (1999) contribui com esse pensamento, sugerindo que “vejamos qual sentido este sujeito poderia extrair de seu sintoma, e se, ao extrair um sentido, surgirá algo de gozo, quer dizer, da satisfação pulsional inconsciente que podemos supor que ele encontra em seu sintoma” (p. 55). O ponto de gozo, aquilo que se repete silenciosamente no sintoma, que não faz sentido, esse é o caminho para o sucesso da análise que se faz, a partir do encontro com o analista investido da suposição de saber.

5 – O Caso Bela e a Transferência

Passemos agora ao caso Bela. Como podemos situar a transferência, neste caso? A partir de nossa intervenção, Bela que só se queixava do quanto era difícil suportar o seu pai, começa a fazer novas inferências sobre o seu modo de funcionar. O que nos chama a atenção é que vemos, nos seus relatos, uma repetição do que destacou como: “eu só tenho que agüentar”.

Destacamos o fato de Bela se sentir constrangida diante dos colegas de faculdade que julga encararem a vida de forma muito mais independente que ela. E que, no decorrer desse processo, Bela tenha se apaixonado pelo homem mais popular de sua faculdade.

A paciente relata estar gostando de um rapaz que seduzia todas as garotas da faculdade e que este estaria investindo em um relacionamento com ela, também. Reconhece, porém, que embora deseje uma relação séria com ele acha que não seria a eleita. Apesar de todas essas desvantagens, Bela não consegue esquecê-lo. Considera que a paixão por esse rapaz fosse como uma doença da qual ela não conseguia se livrar.

Bela conta que, por causa dele, passou a se arrumar mais para ir à aula e a freqüentar o barzinho da faculdade para encontrá-lo. Lamenta, porém, que nem todas as suas investidas tenham sido bem-sucedidas pois ora o rapaz a enaltecia, ora o rapaz a ignorava. Ela diz: “eu não suporto esse jeito que ele tem para lidar comigo. Eu nunca sei o que ele quer”.

Mas o que esse jovem tinha que chamava a atenção de Bela? Segundo a paciente, esse rapaz era especial porque poderia lhe proporcionar aventura, *status*, era uma pessoa ambiciosa, tinha carro, gostava de freqüentar lugares da moda e se fosse namorada dele poderia usufruir tudo isso.

Surge em cena, então, um outro homem que patrocinaria sua liberdade. Parece que Bela não erra quando compara o que sente pelo jovem universitário com uma doença. Foi deslocando do pai para o jovem universitário que Bela manteve seu sintoma nas raias da

repetição. Repetição do significante, por assim dizer. Ao mesmo tempo, sua angústia se apresenta diante de não saber nunca o que ele quer dela.

Assim como o pai que “do nada” a proibia de fazer coisas que já autorizara, em um outro momento, o rapaz “do nada” não lhe dava a mesma atenção que a dispensada, no dia anterior. Bela se angustia com o fato de não reconhecer o seu lugar diante do desejo do Outro. Por essa repetição, verificamos que está em jogo um saber inconsciente sobre o desejo de Bela, desejo este que, na presença do analista, pretende-se dar forma.

Um terceiro homem surge então na vida de Bela, nas férias, segundo a paciente com os atributos que ela considerava essenciais para seu pretendente. O rapaz era jovem, formado, tinha emprego, carro e uma vida bastante ocupada. Iniciam um namoro. Bela garante que estava diante do homem perfeito mas isto não garantia que sua angústia fosse aliviada.

O fato do namorado ter muitas ocupações chamou a atenção de Bela. Dizia que o namorado se desdobrava em mil ocupações enquanto ela parecia ficar o tempo todo esperando pelo próximo encontro entre os dois, tempo este que parecia uma eternidade, “difícil de agüentar”. Dizia, “eu fico mal porque parece que não tenho importância para ele. Ele tem muito a me oferecer e parece que eu não tenho nada lhe oferecer”.

A posição de quem não tem nada a oferecer ao Outro, sela sua posição de objeto de amor no desejo do Outro. É na posição de castrada que se oferece ao amor de um Outro que precisa sustentar, ou como ela mesma disse em relação ao seu pai: “eu só tenho que agüentar”.

Bela, no decorrer do tratamento marca a demanda que faz ao analista, em termos de valor. Ela diz: “parece que eu não tenho nenhum valor”. Ao dizer isto, no tratamento, situamos sua pergunta original: que valor eu tenho para o Outro? A falta de garantia verificada na ausência do Outro faz com que Bela possa questionar junto ao analista,

atribuindo-lhe um saber sobre o seu “quem sou eu para o Outro”. Julgamos que, neste ponto, esteja estabelecida a relação transferencial.

As pontuações no tratamento têm levado Bela à reflexão sobre seu sintoma. Sobre isto que não lhe garante e gera o seu sofrimento. Acreditamos que uma demanda de alívio transformada em demanda de amor dá os contornos da questão dirigida ao analista no tratamento. “Que valor eu tenho para o Outro?”.

Notamos que há algo, no sintoma de Bela, que se registra como difícil de agüentar, que sinaliza para um não saber a respeito do seu lugar no desejo do Outro. Será que poderíamos voltar às dores nas costas de Bela e pensar se este não seria um sintoma que deflagraria aquilo que está difícil de agüentar?

Cohen e Besset nos indicam que “o que fica a deriva afeta o sujeito, implicando seu corpo, seja na dimensão do gozo ou na angústia” (2002, p. 157). Refletimos se estas dores antes um motivo da preocupação paterna, não estariam de fato implicadas naquilo que Bela não tem simbolizado, que diz respeito ao seu valor para o Outro.

Formulamos a hipótese de que Bela, no tratamento, esteja construindo uma questão sobre o feminino. Para justificar esta hipótese, não poderíamos deixar de sugerir aqui uma aproximação com o caso Dora. Com Dora,

“o caráter problemático de sua identificação simbólica sustenta toda compreensão possível da observação. Tudo que é dito, tudo o que é expresso, tudo o que é gestualizado, tudo o que é manifestado, só ganha sentido em função da resposta a ser formulada sobre esta relação fundamental simbólica – sou eu um homem ou sou uma mulher?”(Lacan, 1956/2002, p. 197).

Contudo, Lacan nos alerta que Dora foi levada a questão sobre seu sexo, não sobre o sexo que ela tem, mas sobre “o que é uma mulher?”.

Refletimos que, para Bela, a questão do feminino também se coloca como central. Conforme Lacan (idem) elucida, não há propriamente simbolização do sexo, na mulher. Bela,

a sua maneira, parece ter se localizado, nessa questão. A oportunidade que o tratamento lhe oferece parece partir da pergunta “Como agüentar?” e evoluir para “o que eu sou no desejo do Outro? O que é uma mulher?”. Devido ao seu engajamento, no tratamento, temos uma indicação que esta paciente depositou no tratamento a crença de que pode encontrar suas respostas. Para que nosso desfecho não seja o mesmo que Freud encontrou com Dora, devemos nos manter atentos e reticentes aos sinais da transferência.

Conclusão

Passemos ao momento de concluir. Partimos daquilo que constituiu nossa questão principal: o início de nosso trabalho clínico em uma instituição hospitalar. A grande demanda ambulatorio nos permitiu verificar os efeitos da orientação psicanalítica na prática clínica.

A instituição hospitalar nos coloca dificuldades de adequar o trabalho analítico visto que sua demanda é viabilizar a cura todos os males. Sabemos que não podemos deixar de considerar os objetivos assistenciais da instituição que primam por uma prática de bem estar. A psicanálise não visa o bem estar. Como vimos seus objetivos estão muito mais para o ‘bem dizer’ do sintoma.

Questionamos então, como adequar a psicanálise a uma oferta que abrange assistencialismo, o direito ao uso do sistema de saúde e o fim do sofrimento? Como ficaria a prática da psicanálise indiscriminada nesse ‘para todos’? Sobreviveria a psicanálise ao formato institucional?

Freud (1919) considera que o trabalho psicanalítico nas instituições deva buscar formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar a nossa teoria. Contudo, qualquer que seja a forma que essa prática possa assumir “quaisquer elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados pela psicanálise estrita e não tendenciosa”(idem, p. 181).

Acreditamos que esta prática institucionalizada não parece limitar os efeitos de uma escuta que interroga o sujeito sobre isso que causa sofrimento e que insiste em se inscrever no sintoma.

Estamos atentos em rever nossa prática a cada momento. Procuramos nos perguntar como situar o desejo do sujeito quando muitos chegam ao ambulatorio por

uma indicação médica. Recebemos toda semana uma dezena de encaminhamentos prescrevendo “psicoterapia” de paciente que só vieram porque o médico prescreveu, mas que não traz nenhum reconhecimento sobre um sofrimento psíquico. Por outro lado, somos convocados a acompanhar pacientes internados que não cooperam com o tratamento médico apontando para uma defasagem entre o estado físico e o psíquico.

Acreditamos que esta demanda - que situamos como uma demanda da instituição - de dar conta do sofrimento do sujeito, coloca para os profissionais do campo ‘psi’ uma indicação de que há algo mais a prescrever. Prescrevemos então a fala. Perguntamos ‘de que você sofre?’ E nos surpreendemos com o particular de cada relação do sujeito com seu sintoma. Foi assim com Anita, foi assim com Bela.

Partimos de uma demanda deliberada – ou diria desesperada - de Anita diante da perda da mãe e de uma imposição do pai que Bela tinha que suportar. As formas distintas que a levaram ao ambulatório não as impediram exhibir seu sintoma de uma forma similar, a queixa.

Nosso interesse em suas falas permitiram que passassem de uma demanda de alívio, ou de um mero equívoco da prescrição paterna, para estabelecimento de uma relação onde a transferência ganha *status* de motor para o tratamento. Da transferência do amor ao desejo de saber marcamos a relação dissimétrica entre o paciente e o analista, dissimetria esta que coloca o analista na posição de Sujeito Suposto Saber.

Para responder nossa questão: ‘o que fazer com o sintoma na clínica?’ precisamos pensar como circunscrevê-lo, onde detectá-lo nas entrevistas iniciais. Acreditamos que a interpretação tenha nos indicado o caminho que nos levou ao ‘fazer’. Naquele ponto onde o sujeito nada mais tinha a dizer o sintoma ganhava contornos, revelado pela vergonha, pelo choro, pelo riso, pelo silêncio, pela surpresa. Revelação de um gozo portador de um enigma a resolver.

Com suas garantias abaladas Anita e Bela tentam se reestruturar, se re-significar, dar sentido àquilo que nos aparece como uma questão dirigida ao analista. A perplexidade com a qual ouviram nossas intervenções nos faz a revelação de algo novo que não reconheciam.

Acreditamos que devamos mesmo esperar pela surpresa. Isto porque, como pudemos verificar, quando se trata do sintoma neurótico não podemos mensurar, prever, antecipar nenhum sentido senão àquele que leva ao desejo inconsciente e ao encontro com o real.

Nossa conduta parte da idéia que o saber já está inscrito, do lado do analisante e não do analista, que está ali apenas para se fazer encarnar pela parte faltante do sujeito e permitir que este forneça sentido ao seu sofrimento. Este processo não é sem entraves visto que em se deslocando o sintoma mexe-se na via escolhida pelo sujeito para obter a satisfação pulsional.

As questões que nos mobilizaram durante este trabalho procuraram responder as questões que ainda nos mobilizam numa atuação que está em seu início. O que fazer? Porque fazer? Quando fazer? São as perguntas que nos causam diante da demanda do sujeito se livrar do sofrimento do seu sintoma. Acreditamos que tais questões nos dirigem para indagações futuras que acreditamos que foram ganhando forma ao longo dessa dissertação.

Optamos por fazer considerações sobre o início do tratamento, sobre a estrutura do sintoma e sobre o lugar da transferência a fim de criar bases para verificar o decurso da análise. Alinhavamos a questão da formação do sintoma analítico como uma provocação pessoal as nossas próximas questões. Quando reconhecer que passamos do trabalho preliminar para a análise propriamente dita? O que significa

dizer que o sujeito entrou em análise? Deixamos aqui o nosso mote para elaborações futuras.

Bibliografia

ALVARENGA, E. O Sintoma Contra o Sentido. **In: Opção Lacaniana**, n. 36.maio/2003, p. 71 – 73.

BATAILLE, L. Sobre uma prática. **In: O umbigo do sonho: por uma prática da psicanálise**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1988, p. 85 – 126.

BATAILLE, L. Laurence Bataille ou Desejo do Analista e Desejo de Ser Analista. **In: Clínica da primeira entrevista**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1988, p. 132-139.

BASZ, S. O Sintoma entre o Princípio do Prazer e o Princípio da Realidade, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 41 - 46.

Berenguer, E. O Sintoma Analítico, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 54 – 61..

BESSET, V. L. **O Tratamento Analítico: da suposição a Responsabilidade**. Projeto de pesquisa vinculado à linha de pesquisa “Subjetividade, Cultura e Questões do Contemporâneo” da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ.

_____. Amor e dor: rima de gozo? **In: Opção Lacaniana**, n. 32.maio/2001, p. 65 – 68.

_____. Adolescência, sexualidade e subjetividade **In: Psychê**, ano2, n. 2 São Paulo, 1998, p. 71 – 78.

_____. Angústia e Desamparo **In: Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. II, n. 2. set/2002, p. 203 - 215.

_____. Algumas Reflexões sobre o conceito de Resistência em Psicanálise **In: Revista de Psicologia e Psicanálise**, v. 3, 1991, p. 9-34.

_____. Notas Sobre o lugar e a Função dos Sonhos no Tratamento **In: Correio- revista da Escola Brasileira de psicanálise**, n. 31. nov/2000, p. 18-23.

_____. Freud e Dora e a Resistência do analista. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 44, n. 1/2: 1992, p. 175-180.

_____. A clínica da angústia: Faces do Real, **In: Besset, V. (org.). Angústia**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 15 - 29.

_____. **Inibição e Sintoma: a angústia na clínica hoje**. São Paulo: Psychê, 2000, pp.29-37.

_____. **A clínica da angústia : um lugar para o sujeito**. Trabalho apresentado no âmbito do Simpósio "Psicopatologia: questões atuais da clínica psicanalítica". XX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. UNB, Brasília, 2000. Inédito

_____ & ALMEIDA, Leonardo Pinto. Sobre a Repetição e o Novo Como Acontecimento Imprevisto. **Caderno da XI Jornada Clínica da Escola Brasileira de Psicanálise**. Rio de Janeiro: 2000, P. 69 – 72.

_____ & Colaboradores. **Efeitos do Trauma na Formação do Sintoma**. Pôster apresentado no Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro: 2004.

BRODSKY, G. A Solução do Sintoma, **In: Opção Lacaniana**, n. 34.out/2002, p. 17 – 25.

_____. O Princípio da Dissimetria, **In: Opção Lacaniana**, n. 37.set/2003, p. 35-37.

BATAILLE, L. Sobre uma Prática, **In: O Umbigo do Sonho, por uma prática da psicanálise**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 85-125.

CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

COHEN, R. H. P. & BESSET, V.L. Ação Educativa e Laço Social **In: Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro: v. 34, n. 13, 2002, p. 146-157.

COHEN, R. H. P. & BESSET, V.L. O Fracasso Escolar na Clínica com Crianças e Adolescentes. Educação: entre o impossível e o necessário **In: Estilos da Clínica**, São Paulo: vol: VII, p. 155-164.

Cottet, S. Os benefícios do Sintoma e a Segunda Tópica, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 47 - 53.

FREUD, S. Obras completas. Buenos Aires: Amorroutu, 1985. CD-ROM.

_____. Projeto Para uma Psicologia Científica (1950[1895]). **In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p. 347-443.

_____. Esboço para a Comunicação Preliminar (1940-41 [1892]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p. 189-196.

_____. Carta 52 (1950 [1892-99]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p. 281- 287.

_____. Carta 69 (1950 [1892-99]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p.309-311.

_____. Carta 75 (1950 [1892-99]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p. 318-322.

_____. Carta 105 (1950 [1892-99]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. I, p. 329-331.

_____. Sobre o Mecanismos psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893-1895). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. II, p. 39-53.

_____. Casos Clínicos (1893-1895). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. II, p. 57-202.

_____. Psicoterapia da Histeria (1893-1895). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. II, p. 271-316.

_____. A Etiologia da Histeria (1896). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. III, p. 187-215.

_____. Lembranças Encobridoras (1899). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. III, p. 285-304.

_____. A Interpretação dos Sonhos. (1900). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. IV.

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. (1905). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. VII, p. 12-115.

_____. A Interpretação dos Sonhos. (1900). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. V.

_____. A Psicopatologia da Vida Cotidiana (1901). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. VI.

_____. Três Ensaio Sobre a Sexualidade. (1905). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. VII, p. 118-230.

_____. Sobre Psicoterapia. (1905). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. VII, p. 241-251.

_____. Minhas Teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. (1906 [1905]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.VII, p. 254-263.

_____. Os Chistes e Sua Relação Com o Inconsciente (1905). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. VIII.

_____. Fantasias Históricas e sua Relação com a Bissexualidade. (1908). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.IX, p. 147-154.

_____. Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna. (1908). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.IX, p. 167-186.

_____. Psicanálise 'Silvestre'. (1910). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XI, p.207-213.

_____. Formulações Sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental (1911). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.273-286.

_____. O Manejo da Interpretação dos Sonhos (1911). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.121-127.

_____. A Dinâmica da Transferência (1912). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.131-143.

_____. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.149-159.

_____. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.163-187.

_____. Recordar, Repetir e Elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)(1914). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.191-203.

_____. Observações sobre o amor Transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915[1914]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v.XII, p.207-221.

_____. A História o Movimento Psicanalítico (1914) **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XIV, p. 13-82.

_____. Recalque (1915) **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XIV, p. 165-182.

_____. O Inconsciente (1915) **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XIV, p. 185-245.

_____. Simbolismo nos Sonhos (Conferência X). (1916[1915-16]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XV, p. 179-201.

_____. Realização de desejo (Conferência XIV). (1916[1915-16]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XV, p. 255-271.

_____. O sentido dos Sintomas (Conferência XVII). (1917[1916-17]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XVI, p. 305-322.

_____. Fixação em Traumas – o Inconsciente (Conferência XVIII). (1917[1916-17]).

In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XVI, p. 323-336.

_____. Resistência e Recalque (Conferência XIX). (1917[1916-17]). **In: ESB.** Rio

de Janeiro: Imago, 1995, v. XVI, p. 337-373.

_____. O Desenvolvimento da Libido e as organizações Sexuais (Conferência XXI).

(1917[1916-17]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XVI, p. 375-395.

_____. Os Caminhos da formação dos Sintomas (Conferência XXIII). (1917[1916-

17]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XVI, p. 419-439.

_____. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. (1919[1918]). **In: ESB.** Rio de

Janeiro: Imago, 1995, v. XVII, p. 171-181.

_____. Além do Princípio do Prazer (1920). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995,

v. XVIII, p.13-85.

_____. Psicologia de Grupo e Análise de Ego (1921). **In: ESB.** Rio de Janeiro.

Imago: 1995, v. XVIII, p.89-179.

_____. A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher (1920). **In:**

ESB. Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XVIII, p.185-212.

_____. O Ego e o id (1923). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XIX, p. 15-

71.

_____. A Dissolução do Complexo de Édipo (1924). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XIX, p. 191-199.

_____. Um Estudo Autobiográfico , (1925[1924]). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XX, p.13-92.

_____. Inibições, Sintoma e Angústia, (1926[1925]). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XX, p.95-198.

_____. A Questão da Análise Leiga, (1926). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XX, p.205-283.

_____. Sexualidade Feminina, (1931). **In: ESB.** Rio de Janeiro. Imago: 1995, v. XXI, p. 257-279.

_____. Feminilidade (Conferência XXXIII). (1933[1932]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XXII, p. 113-134.

_____. Esboço de Psicanálise. (1940[1938]). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XXIII, p. 165-237.

_____. Construções em Análise. (1937). **In: ESB.** Rio de Janeiro: Imago, 1995, v. XXIII, p. 290-304.

FUX, S. P. O Sintoma no Caso Elizabeth. In: **In: Maia, M.A. & Almeida, V.A. (org.) O Seminário: “as formações do inconsciente”de Jacques Lacan – Autores, Obras e Conceitos.** Rio de Janeiro: Papel Virtual Ed., 2000. p. 119-122.

LACAN, J. Intervenção Sobre a Transferência (1951). **In: Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 214-225.

_____, J. A Significação do Falo (1958). **In: Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 692-703.

_____, A Direção do Tratamento e os Princípios do seu Poder (1958). **In: Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 591-652.

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

_____, Sobre o Narcisismo (1953-54). **In: O Seminário. Livro I. Os Escritos Técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986, p.128-139.

_____, O Universo Simbólico (1954). **In: O Seminário. Livro II. O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985, p. 42-56.

_____, Uma definição materialista do fenômeno de consciência (1954). **In: O Seminário. Livro II. O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985, p 57-72.

_____, Jogo de Escrituração (1955). **In: O Seminário. Livro II. O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985, p.134-147.

_____. O desejo, a Vida e a Morte (1955). **In: O Seminário. Livro II. O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985, p.278-295.

_____. Introdução ao Grande Outro (1955). **O Seminário. Livro II. O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985, p. 296-311.

_____. A Questão Histórica (1956). **In: O Seminário, livro III: as psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, p. 185-197.

_____. A Questão Histórica (II): O Que é Uma Mulher? (1956). **In: O Seminário, livro III: as psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, p. 198-208.

_____. O Falo e o Meteoro (1956). **In: O Seminário, livro 3: as psicoses.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, p. 348-362.

_____. Prazer e Realidade (1959). **In: O Seminário, livro VII: a ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p. 30-47.

_____. A Demanda de Felicidade e a Promessa Analítica (1960). **In: O Seminário, livro VII: a ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, p. 349-361.

_____. A Metáfora do Amor (1960). **O Seminário. Livro VIII. A Transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 43-56

_____. A Transferência no Presente (1961). **O Seminário. Livro VIII. A Transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 169-181.

_____. Crítica da Contra-transferência (1954-55). **O Seminário. Livro VIII. A Transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 182-196.

_____. A Transferência no Presente (1954-55). **O Seminário. Livro VIII. A Transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 169-181.

_____. Do Sujeito suposto Saber, da Díade Primeira e do Bem (1964). **O Seminário. Livro XI. Os Quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 218-230.

JONES, E. **Vida e Obra de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1979.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. **Vocabulário da Psicanálise.** (Dir. Daniel Lagache [trad. Pedro Tamen]). 3^a. Edição. São Paulo: Martins Fontes 1998.

MILLER, J.O Sintoma como aparelho, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 9 – 21.

_____. O Amor Sintomático, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 22-34.

_____. Discurso do Método Psicanalítico. **In: Lacan Elucidado: palestras no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1997, p. 221-229.

_____. As contra-indicações ao tratamento psicanalítico. In: *Opção Lacaniana*, n.25, out/1999, p.52-55.

_____. O Escrito na Palavra. **In: Opção Lacaniana**, n.16, jan/1996, p.94-102.

_____. O Sintoma e o cometa. **In: Opção Lacaniana**, n.17, ago/1997, p.05-13.

_____. La Experiência de lo Real en la Cura Psicanalítica. Buenos Aires: Paidós, 2003.

_____. Psicanálise e Psiquiatria. **In: Lacan Elucidado: palestras no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1997, p. 221-229.

NAVEAU, P. Uma Chave de Pernas para Derrubar In: *Opção Lacaniana*, n. 19. nov/2007, p. 26 – 27.

QUINET, A. **As 4+1 Condições de Análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2000.

SELDES, R.D. Da Interpretação à Transferência. **In: Opção Lacaniana**, n. 14. nov/1996, p. 93-97.

SOLER, C. Interpretação: As Respostas do Analista **In: Opção Lacaniana**, n. 13. ago/1995, p. 20-38.

_____. Transferência e Interpretação na Neurose. **In: (trad. CÓLB, E.L.) Artigos Clínicos – Transferência, Interpretação, Psicose**. Salvador: Fator, 1991, p. 45-50.

_____. As Regras da Interpretação. **In: (trad. CÓLB, E.L.) Artigos Clínicos – Transferência, Interpretação, Psicose**. Salvador: Fator, 1991, p. 74-81.

VICENS, A.O Sentido do Sintoma e os Caminhos de sua Formação, **In: O sintoma charlatão/ Textos reunidos pela Fundação campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 35 – 40.