



PUC RIO

MARCIA DÓRIA ROMEO

O processo de desidentificação do analista: Elaboração da resistência à psicanálise na instituição psiquiátrica

Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 07 de agosto de 1995.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N. Chamada: 150 / R763p / TESE UC

Título: O processo de desidentificação do analis



0 0 9 3 4 8 5

Ex: 1-CENTRAL

1964

MARCIA DÓRIA ROMEO

O PROCESSO DE DESIDENTIFICAÇÃO DO ANALISTA - ELABORAÇÃO
DA RESISTÊNCIA À PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

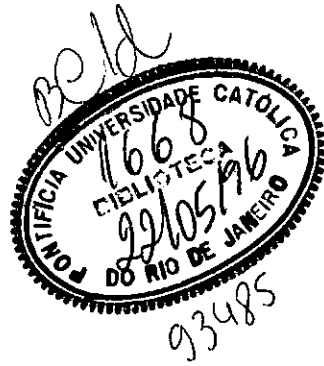
Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC/RJ
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Esther Arantes

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 07 de agosto de 1995.

VC 65 160-1



250
R 763 P
TESE UC

A meus pacientes

AGRADECIMENTOS

. Agradeço a Deus a força, coragem, e perseverança para realizar esse aprendizado.

. Agradeço ao Departamento de Psicologia da Puc, que se mostrou um setting acadêmico constante e neutro o suficiente para viabilizar a análise da minha questão.

. Agradeço a todos os autores citados, como representantes de identificações conflitivas ou não, que terão involuntariamente servido de suporte para meu investimento transferencial.

. Agradeço à minha orientadora, Profa. Esther Arantes, que me disciplinou com sua escuta livre de contaminações psicanalíticas, e me fez chegar a um bom termo com a academia.

. Agradeço ao Cnpq, pela bolsa de estudos que me foi concedida.

RESUMO

Esta investigação trata de uma abordagem que desloca o foco dos impedimentos externos ao exercício da psicanálise para os empecilhos oriundos das próprias determinações inconscientes do analista, e desencadeia-se a partir da releitura de um artigo de minha autoria, que tratava dos critérios para indicação de tratamento em ambulatórios de instituições psiquiátricas previdenciárias, onde trabalho como psicanalista há tanto tempo quanto em consultório particular. Pude perceber nesse artigo um distanciamento dos conceitos psicanalíticos que me levaram a considerar que, ao contrário do que habitualmente se afirma, a instituição pode atuar numa função analítica, já que foi através do trabalho aí realizado que foi apontada a fissura no meu discurso, como analista. Este episódio determinou a iniciativa de submeter minha prática clínica à mesma escuta analítica que emprego com os pacientes.

Dessa tentativa nasce a hipótese de que identificações conflitivas ao longo da minha trajetória profissional como analista teriam criado uma resistência ao exercício clínico e teórico da psicanálise. Para fundamentá-la, recorro um campo teórico no qual seleciono referenciais, para dialogar criticamente, que representem aqueles traços identificatórios. Ao ir interagindo com essas argumentações, suponho desencadear um processo de desidentificação, no qual, analogamente ao processo ocorrido no luto, iria desinvestindo certas representações que, antes catexizadas, intervinham sintomaticamente em meu discurso e prática, inibindo a função analítica, como uma resistência.

Através desse mecanismo, proponho que iria sendo liberada energia psíquica que, uma vez dessexualizada (sublimada), se reverteria em restituição de mobilidade egóica, a serviço do analista, em sua escuta.

ABSTRACT

This work was prompted by re-reading an article I had written assessing the criteria for indicating treatment in the out-patient clinics of psychiatric institutions run by Brazil's National Social Security Service, where I have been working as a psychoanalyst as much as I have done in my private practice. As a psychoanalyst producing a discourse on the psychiatric institution, I noted in this article a certain remoteness from the psychoanalytic concepts that had led me to feel that - contrary to the usual way of thinking - the institution could act in an analytic function, as it was through the work carried out there that a flaw in my discourse was pinpointed. This episode triggered a system of submitting my clinical practice to the same analytical listening process I use with my patients.

The initiative gave rise to the hypothesis that conflictive identifications during the course of my professional career as an analyst might have created a resistance to the clinical exercise and practice of psychoanalysis. As a basis for this hypothesis, I outline a theoretical field in which I select referentials for critical dialog that represent identificatory traits. In the course of dialoging with these arguments, I assume that I unleash a process of de-identification in which - analogous to the process taking place during mourning - I divest myself of certain representations that, prior to questioning, symptomatically intervened in my discourse and practice, inhibiting the analytic function with resistance.

Through this mechanism, I suggest in this work that psychic energy would be released which, de-sexualized (sublimated) would revert to the restitution of ego mobility, available to the analyst.

PALAVRAS CHAVES

Psicanalista

Escuta

Identificação

Resistência

Desidentificação

Sublimação

Abstinência

SUMÁRIO

I - APRESENTAÇÃO	1
1.1 - Histórico da Questão	1
1.2 - Introdução	9
II - AS IDENTIFICAÇÕES CONFLITIVAS	23
2.1 - A Psicanálise e a População de Baixa Renda: a Construção da Subjetividade e o Mito da Prática Liberadora	23
2.2 - Clínica Psicanalítica e Clínica Psiquiátrica	44
2.3 - Questões Metodológicas da Psicanálise na Instituição Psiquiátrica	60
III - O DISPOSITIVO ANALÍTICO	85
IV - CONCLUSÃO	123
BIBLIOGRAFIA	144

CAPÍTULO I

APRESENTAÇÃO

1.1 - Histórico da Questão

Este trabalho teve origem provavelmente muito antes da sua questão central ser formulada. Assim como alguns orientais contam a idade a partir do momento da concepção, e não do nascimento, a inquietação que motivou o tema dessa investigação, foi gerada ao longo de uma prática profissional que já dura cerca de quinze anos.

Durante todo esse tempo, venho trabalhando como psicanalista não só em consultório privado, mas também em hospitais psiquiátricos da rede previdenciária do Rio de Janeiro. Desta maneira, isso determinou que minha formação profissional, prática e acadêmica, se orientasse em ambas as direções.

Em virtude desse percurso, fui continuamente confrontada com questões acerca da validade da abordagem psicanalítica fora do consultório privado, e com clientela de baixa renda. Por um lado, alguns autores, professores, supervisores, ou mesmo certas ideologias circulantes institucionalmente, postulavam uma impossibilidade de aplicação da psicanálise à prática clínica na instituição, sem adaptações técnicas. Por outro, ia tendo contato com críticas à utilização da psicanálise com a clientela dos hospitais previdenciários, por ser, em sua maioria, oriunda de uma classe social pobre, e com um código cultural (entendido como uma visão de si próprio) diferente do analista.

Nos anos 70 e 80, época que correspondeu à primeira etapa de minha vida profissional, havia uma certa cobrança ideológica aos psicanalistas, em função da fama reacionária que a psicanálise vinha adquirindo, particularmente nos países que sofreram

regime militar, na América do Sul, tais como Argentina e Brasil, e onde as instituições psicanalíticas oficiais tiveram uma posição de compactuar com a tortura e perseguição, ou, no melhor dos casos, omitir-se (Figueiredo, 1984). Além disso, estabeleceram uma ofensiva política de reserva de mercado aos psicólogos ou médicos que quisessem exercer a psicanálise fora de sua tutela, que provocou um movimento de difusão da psicanálise indiscriminado, bem como reações de protesto generalizadas, até mesmo dentro dessas próprias instituições, com movimentos separatistas. As críticas que as ciências sociais dirigiam à psicanálise, com relação à proposição de um universalismo, vieram somar-se a essa realidade, e eram acolhidas pelos psiquiatras progressistas que coordenavam a reformulação e modernização do projeto assistencial dos hospitais psiquiátricos da rede pública no Rio de Janeiro. Exercer a psicanálise, ou intitular-se psicanalista, nesse tempo e nesses espaços, era visto com restrições, senão com desconfiança.

Apesar de tudo, embora houvesse um conflito com minhas posições ideológicas e políticas, preferi optar por fazer minha formação psicanalítica em uma sociedade ligada à Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Não tardei a descobrir que as concessões que teriam que ser feitas para ser legitimada por esse tipo de instituição psicanalítica opunham-se às minhas convicções éticas. Decidi então prosseguir minha formação em uma outra sociedade de psicanálise que, apesar de intitular-se ortodoxa, apresentava um sistema de regras políticas institucionais que se opunham menos às minhas convicções pessoais.

Além disso, o cotidiano do trabalho num hospital psiquiátrico apontava para as divergências de condução e expectativa entre a clínica psicanalítica e a médica, principalmente no tocante aos critérios de indicação de tratamento, na estruturação de diagnósticos precoces e baseados na queixa manifesta, ou ainda na dificuldade dos terapeutas médicos em recusar medicação nos casos em que esta fosse considerada dispensável.

Não se constituía como questão, até esse momento, se eu era mais psicanalista em meu consultório particular do que no consultório do ambulatório do hospital psiquiátrico, onde também trabalhava com os mesmos referenciais teóricos e utilizando os mesmos procedimentos. No hospital, era reconhecida como psicanalista, e em geral não me era cobrada uma eficiência psiquiátrica em termos de remissão sintomatológica, de tempo de duração de tratamento, nem mesmo posso dizer que tenha havido interferência no estabelecimento da frequência ou duração das sessões. A tese de que a psicanálise só é viável num consultório privado não parecia ter eco ou deixar-me em dúvida, quanto ao meu trabalho como psicanalista, no outro consultório ambulatorial. Por algum motivo que hoje me causa estranheza, tampouco nunca me havia perguntado se as vicissitudes institucionais se reproduziriam de algum modo na clínica particular, de maneira que também aí houvesse o risco de distorção ou distanciamento do dispositivo analítico.

Até que, ao ser solicitada pela instituição para escrever um artigo sobre critérios para indicação de tratamento em ambulatórios de hospitais psiquiátricos previdenciários, produziu-se a revelação de um mal-estar até então não manifesto. Ao reler posteriormente este trabalho, deparei-me com a explicitação de alguns referenciais teóricos que, em meio aos conceitos psicanalíticos, estariam também sustentando a minha prática. Percebi uma determinação sociológica em certas análises, ou ainda a presença de critérios médicos na orientação de condutas por mim sugeridas. A psicanálise parecia realmente, conforme era preconizado por certos autores, ser colocada em cheque pela instituição psiquiátrica, mas começava a descobrir um novo sentido para esta afirmação. A instituição aparecia como apontando uma fissura no meu discurso, que na prática do consultório particular permaneceria provavelmente encoberta, não se colocando como questão. Ou seja, fora do consultório privado ficava explícita uma resistência que naquele âmbito nem sempre se manifesta: a de

que o analista submeta sua prática à mesma análise a que submete o discurso do paciente, sob pena de se institucionalizar. Desta maneira, me vi colocada em cheque como psicanalista, já que poderia ter feito um trabalho sobre as relações entre a possibilidade de estabelecimento da transferência e a indicação de tratamento, e não o fiz. O que verdadeiramente define um encaminhamento é o endereçamento transferencial à figura do analista; por que, apesar de sabê-lo, não havia podido falar disso ? Como psicanalista, não pude deixar de implicar-me na escuta de minha própria fala.

Ocorreu-me que isso evidenciava os conflitos internos que tive que ir neutralizando ao longo da minha formação profissional, na medida em que os padrões identificatórios que se me apresentavam nem sempre eram compatíveis com minhas convicções, e com meu desejo. Conforme mencionei, a minha trajetória de identificações era pontuada pelos porta-vozes das críticas que acabavam por ser dirigidas ao exercício da psicanálise como um todo, até as que partiam dos próprios psicanalistas, que atingiam também parte do meu campo de trabalho (a psicanálise fora do consultório privado). Toda essa experiência parecia estar construindo um “caráter” profissional, que se deixava entrever no referido artigo, e que estava me conduzindo a um campo teórico diferente da psicanálise.

Comecei a questionar se a minha prática clínica também teria se distanciado da psicanálise como o texto que eu produzira. E, se assim fosse, seria exclusivamente a minha clínica nesse ambulatório de hospital que estaria expressando esse conflito da direção de meu trabalho? E a minha prática de consultório teria sido resguardada dessa contaminação ? Nesse caso, estaria confirmando implicitamente a tese de que a prática psicanalítica é viabilizada nas condições existentes em um consultório privado, e não em um consultório institucional, e com isso afirmando que é o *setting* que desencadeia a aplicação do dispositivo analítico, e não o tipo de escuta que é colocada em marcha pelo analista, conforme acredito.

Tentei aplicar, partindo desse questionamento, o instrumental psicanalítico a esse sintoma de minha clínica, uma estranheza a um discurso que não reconhecia como sendo meu. Pareceu-me perceber nesse discurso com nuances sociológicas e médicas que aparecia no meu artigo, uma fala pertencente a personagens que foram para mim objeto de investimentos transferenciais, colocados no lugar de modelos de idealização, ao longo de minha trajetória de formação profissional. Fazendo, assim, uma análise do meu percurso e prática em psicanálise, dispus-me a examinar os canais pelos quais os diversos modelos foram por mim incorporados, bem como articular essa experiência com os processos de institucionalização que marcaram meu reconhecimento como psicanalista.

Pude perceber, ao rastrear o motivo que provavelmente me levava a uma alienação, a um desvio do meu desejo de ser psicanalista, (expresso no artigo que eu produzira), que isso abria uma nova perspectiva no enfoque da questão da viabilidade do tratamento psicanalítico em instituição psiquiátrica ou com população de baixa renda. Essa perspectiva implicava num deslocamento - um descentramento - do problema dos impedimentos externos, ou objetivos, para os entraves de ordem interna e subjetiva, ao exercício da psicanálise.

Conforme já mencionei anteriormente, a instituição hospitalar psiquiátrica sempre aparece, emerge, como monopolizando as resistências ao trabalho da psicanálise. Supondo que para esse trabalho é preciso que o analista se abstenha de gratificação narcísica (investimento libidinal no próprio ego), consistindo nisso a neutralidade, por que o consultório particular teria sido identificado com a possibilidade da abstinência, onde a satisfação narcísica seria barrada? Além disso, se assim fosse, quando dizemos que ela está barrada (interditada), estamos nos referindo obviamente ao paciente, mas e a satisfação narcísica obtida pelo analista?

Em virtude deste tipo de reflexões, que a releitura do artigo havia me suscitado, considere que poderia ser interessante ampliar o significado de institucional para todo o representante que apontasse para uma significação atribuída a esse termo. Isto me permitiria estabelecer um corte nos sentidos habitualmente arquitetônico, grupal, ou jurídico e econômico que circunscreve o termo institucional. Poderia dizer que alguém, identificado no sentido psicanalítico do termo - incorporando ao ego características de um objeto investido libidinalmente - com os referenciais institucionais, seria institucional, e conseqüentemente sua atividade clínica também. O tipo de escuta que se reproduziria, nesse caso, não seria privilégio médico ou hospitalar, necessariamente, e é provável que estivesse sendo repetido em outros âmbitos (como o próprio consultório particular).

Essa escuta aponta para um modelo de decodificação do sofrimento humano proveniente de uma ordem médica instituída (não exclusivamente exercida pela classe médica) e que propomos considerar como representante de um discurso a ser classificado genericamente de institucional, supondo que seu ícone seja a instituição hospitalar.

A instituição, conforme definida pelo campo da sociologia, significa uma estrutura identificável pelo valor de seus códigos de conduta, alguns manifestamente expressos em lei, outros não. O hospital, instituição médica por excelência, mantém e reproduz os valores da ordem médica, que se baseiam no significado de seus componentes: o terapêutico, entendido como minorar o sofrimento, e a cura, ligada à remissão do sintoma. Estes elementos constituem o critério de eficácia da ordem médica. A decodificação normativa da ordem médica é criticada ideologicamente pelas ciências sociais por massificar e categorizar a fala numa moral patologizante, desviando o indivíduo de assenhorar-se da solução de problemas cotidianos, e apropriando-se do poder de administrar soluções em medicações paliativas do sofrimento. Onde mais, para além do espaço físico de um hospital, seria possível reconhecer

os códigos dessa estrutura, que ensurdece a escuta da singularidade, (requisito prioritário na escuta psicanalítica), a singularidade de cada história em seu desenvolvimento libidinal ?

Parece ingênuo supor que esse tipo de concepção, motivação e conduta seria privativo da classe médica ou das instituições médicas (conforme passei a questionar a partir da releitura do referido artigo de minha autoria). Acaso esse código não circula livremente também entre as categorias *para-médicas* e onde mais seus adeptos circulem, mesmo que seja em seus próprios consultórios particulares ? Ou seja, aquilo ou aquele que se alinha com a ordem médica, seria, conforme proponho, sempre institucional, seja de que formação vier, ou em que âmbito esteja intervindo clinicamente.

A concepção terapêutica da ordem médica se manifesta no trato do sintoma de uma maneira analgésica, sem dar um nome à tensão, e acabando com ela, numa visão sedativa da melhora. Seria plausível falar de uma terapêutica institucional, no sentido de representar a ordem médica, que visa minorar o sofrimento e calar o sintoma, a tensão, o desejo, num tipo de intervenção clínica que se preocupa com uma melhora entendida por eliminar sintomas como uma finalidade, e isto poderia ocorrer da mesma forma se estivesse sendo conduzida por um suposto psicanalista, não médico, em seu consultório particular. Outrossim, um psicanalista médico que não comparecesse com a necessidade de obturar o sofrimento e pudesse deixar o paciente falar, num consultório de hospital psiquiátrico ou no particular, poderia estar exercendo a psicanálise na sua escuta, colocando em marcha o dispositivo analítico.

Desta maneira, propus-me a fazer uma aproximação dessa concepção terapêutica da ordem médica, com a resistência ao trabalho analítico (no sentido psicanalítico do termo). Nesse sentido, supus uma correspondência entre a significação que passei a dar ao termo “institucional”, e a noção de resistência. Essa significação particular do institucional remete

ao fenômeno da resistência porque, assim como esta, também trata o sofrimento psíquico exclusivamente como um acúmulo de tensão que remete ao limite do insuportável, como algo que compromete o equilíbrio do psiquismo, a ser eliminado como um corpo estranho.

A resistência pode ser proveniente da instância psíquica à qual a repressão tornou-se necessária para manter o equilíbrio energético do psiquismo, cumprindo assim uma finalidade defensiva (do princípio do prazer). A defesa sempre consiste no afastamento de alguma percepção que gere tensão, remeta à ansiedade, como sinal de perigo. O perigo é o risco de aniquilamento do ego implícito no conflito, e suas reverberações. A psicanálise, numa lógica inversa, propõe aproximar-se, investigar essa verdade que produziu um conflito, e os mecanismos que foram utilizados para a ocultação dessa verdade (Birman, 1984). Nessa abordagem, o sintoma representa o sujeito para o analista, fala dele, conta sua história para dar as pistas de onde aconteceu o conflito, cuja repressão cassou a expressão clara do desejo, mas que continua falando, como um ventríloquo, pela queixa.

Nosso foco de interesse na abordagem clínica parece estar invariavelmente centrado na resistência do paciente, mas torna-se igualmente fundamental falar da resistência do analista, que pode revelar-se na necessidade de demarcar limites bem precisos, estabelecer fronteiras, erguer muros (por exemplo os do consultório privado) ... que necessitam de constante vigilância. Resistência do paciente, todos supomos ter idéia de que servem a uma finalidade, evitar que aflorem à consciência os conteúdos recalçados geradores de tensões. E as tensões de ser psicanalista, de onde seriam provenientes ? Acaso seriam evitadas ou amenizadas em determinado âmbito ? Quais seriam os mecanismos que realmente estariam operando, na instituição, no sentido de intensificar as resistências do analista à prática da psicanálise ?

Ao perceber o que estava implícito no meu texto e nas reflexões que ele me suscitava, experimentei um mal-estar semelhante ao que sentimos frente ao lapso no discurso, pela

revelação daquilo que estava oculto. O artigo sobre a indicação de tratamento havia sido o meu lapso. E a minha escuta analítica o havia apontado, abrindo a questão que motiva esse trabalho. Foi em virtude disso, que me ocorreu indagar sobre o que estaria também oculto por trás da freqüente afirmação da impossibilidade de ser psicanalista numa instituição.

O que parecia estar oculto era que os muros de um consultório privado não garantem contra o afastamento do psicanalista da psicanálise, afastamento que podemos entender como sendo a resistência do analista. Essa resistência parece estar justificada, quando é detectada na prática institucional, pois aí existiriam motivos externos que promoveriam uma distorção do exercício da psicanálise, apontados como os mecanismos, as vicissitudes institucionais que inviabilizam a psicanálise.

A meu ver, essa realidade influencia o trabalho clínico, como variáveis intervenientes da realidade externa, que agem de forma latente, como qualquer dado externo estará operando no *setting*, e aí será resignificado pelo analista e paciente, na transferência, podendo ou não ser capitalizado como resistência.

Creio ter sintetizado brevemente o caminho percorrido para chegar à questão que motivou esse trabalho, o que tornará mais claros os desdobramentos e a estrutura que finalmente o objeto desta investigação assumiu.

1.2 - Introdução

O objetivo desta dissertação é tratar da resistência à psicanálise, deslocando o foco das discussões dos fatores impeditivos ao seu exercício para além dos empecilhos externos geralmente considerados (resistência dos pacientes, entraves institucionais e culturais), e dirigí-lo para a figura do analista, com seus próprios impedimentos internos ao trabalho analítico. Considerei nesse trabalho, que esses impedimentos, referidos a um mecanismo de

resistência ao dispositivo analítico - que afastaria o psicanalista do lugar que deve ocupar - estariam relacionados ao processo de identificações que teria ocorrido ao longo do percurso profissional singular de cada analista.

Conforme ficou explicitado no histórico da questão, esta se origina da possibilidade (aberta pela releitura do artigo de minha autoria) de que as vicissitudes institucionais limitadoras do trabalho analítico se reproduzissem (pela ação do próprio analista) na clínica particular, de maneira que aí também houvesse o risco de distorção ou distanciamento do dispositivo analítico. Já que essa reflexão se produziu a partir de um discurso sobre a prática clínica no ambulatório de uma instituição psiquiátrica, supus que a instituição aparece apontando uma fissura no meu discurso psicanalítico, que na prática do consultório particular teria ficado encoberta até aquele momento. A instituição teria assim explicitado uma resistência do psicanalista a submeter sua prática à mesma análise que submete o discurso do paciente.

Essa suposição se sustenta na convicção de que um texto teórico expressa a direção do trabalho clínico de seu autor, e que a clínica é exercida da mesma maneira, pela mesma pessoa, onde quer que ela trabalhe - a não ser que haja uma seletividade de procedimentos de ordem ética (ou melhor dizendo, aética).

Atribuí o fato de não haver podido tratar do aspecto transferencial na indicação de tratamento (tema do referido artigo), a conflitos internos surgidos ao longo de minha formação profissional - padrões identificatórios nem sempre compatíveis com minhas convicções e desejo. Surgiu então a idéia do processo de identificação do analista influenciando nas resistências ao exercício da psicanálise, o que me levou a construir a hipótese de como identificações conflitivas ao longo de minha formação profissional poderiam ter criado inibições à aplicação do dispositivo analítico em minha clínica, tanto institucional quanto particular. Localizei

esses conflitos nas objeções (interdições) à psicanálise que estariam representadas em argumentações contrárias a essa prática, sob certas condições. Considerei que poderia promover um processo de “desidentificação” (Mannoni, 1987) - elaborando as resistências ao exercício da psicanálise que proviessem de certas identificações - ao estabelecer um diálogo com determinadas correntes de pensamento que estivessem sustentando as referidas argumentações. Utilizei, ao longo do trabalho, o conceito de processo de identificação no sentido psicanalítico do termo - ou seja, a incorporação ao ego de certas características do objeto investido libidinalmente. Fui percebendo que eram esses processos de identificações que iam colocando à disposição da minha consciência determinados modelos teóricos que se ofereciam ao foco de minha atenção, bem como orientavam o instrumental que ficava acessível para ser utilizado tanto no entendimento e seleção do material, como na construção das interpretações, determinando majoritariamente os assinalamentos realizados na experiência transferencial.

Essa abordagem, a meu ver, contribui para a discussão sobre a aplicabilidade da psicanálise à população de baixa renda em hospitais e ambulatórios da rede pública, porque problematiza a tese que afirma ser o tratamento psicanalítico viável apenas em seu *setting* clássico - o consultório privado - e quando analista e paciente compartilham de uma mesma e pressuposta identidade sócio-cultural. Existem objeções relativas à aplicabilidade da psicanálise na sua forma clássica, sem adaptações técnicas, em qualquer outro âmbito ou enquadre que não o consultório privado, que me instigaram a questionar se não seriam uma pista falsa dos impedimentos ao exercício da psicanálise, sem contudo deixar de reconhecer que algo da ordem das instituições e diferenças sócio-culturais possam eventualmente trazer dificuldades a essa prática clínica.

Embora as argumentações que tratam dos impedimentos à utilização da psicanálise em instituição hospitalar psiquiátrica (ainda que no contexto ambulatorial), sejam pertinentes segundo um enfoque sócio-cultural - contrário ao uso da psicanálise neste âmbito ou com população de baixa renda - a meu ver tais objeções não impedem nem dificultam a prática analítica mais do que esta já é impedida ou dificultada pela própria resistência do paciente e do analista; antes, nos confrontam com algumas categorias de a priori não pensados a respeito do que seja o exercício da psicanálise.

Contudo, é preciso deixar claro que este trabalho não se propõe a esgotar, nem mesmo a discutir extensamente essa visão social ou política do tema, mais do que considero estritamente necessário para fundamentar minha hipótese, e levar adiante a elaboração da desidentificação com certo tipo de proposição teórica que defino como inibidora da prática analítica, já que para elaborar o processo de identificações que definiu o perfil de minha prática, foi necessário ir dialogando com aquelas argumentações, algumas delas tendo se revelado como constitutivas destas identificações. Ao ir dialogando criticamente com tais objeções, (que estou considerando como traços de algumas identificações profissionais), fui recortando um campo teórico, no qual fundamentei a discussão deste tema

Considero ainda que as resistências ao trabalho analítico podem, inclusive, ancorar-se no tipo de dificuldades que certamente são criadas no cotidiano das instituições (especificamente aquelas criadas pelas vicissitudes dos hospitais psiquiátricos estatais), ou nas diferentes determinações sociais a que analista e analisando estão assujeitados. Entretanto, pretendo demonstrar que, de acordo com a abordagem psicanalítica, essas resistências não se originam nas determinações sócio-político-culturais, e sim nas determinações inconscientes que, embora invisíveis a olho nu, encontram-se presentes de forma não manifesta no par analítico. Todavia, é importante reiterar que ao considerar prioritariamente esse impedimento

de ordem interna à prática analítica, não estou com isso desqualificando epistemologicamente as outras abordagens dos demais campos de saber que tratam do estabelecimento de limites à adequação do exercício da psicanálise.

As reflexões que pautam esse trabalho nascem da minha clínica psicanalítica ao longo de quinze anos, com adultos e adolescentes neuróticos e fronteiraços, em tratamentos individuais que se têm realizado tanto em meu consultório particular, como no consultório ambulatorial de um hospital psiquiátrico da rede pública federal, sendo ambos os consultórios frequentados tanto por população economicamente desfavorecida, quanto por outras camadas sociais da comunidade da zona sul, norte e oeste do Rio de Janeiro. Estas peculiaridades (especificamente o enquadre institucional, o âmbito psiquiátrico e/ou a clientela que marque uma diferença com a pertinência sócio-cultural do analista), para alguns autores configuram impasses, empecilhos e objeções ao exercício da clínica psicanalítica, que considero serem de três ordens, a saber: ordem metodológica, clínica, e antropológica.

Abordei primeiramente a categoria antropológica, que concebe que as características específicas de cada grupo social dão origem a diferentes modelos de construção de subjetividade. Estes diferentes modos de subjetividade determinariam a necessidade de soluções terapêuticas específicas e orientadas de acordo com a percepção de um “si próprio”, análoga ao conceito de uma consciência psicológica indivisível.

Segundo essa corrente de pensamento, a clínica psicanalítica seria adequada exclusivamente àqueles que pudessem manipular um determinado código linguístico adquirido nas classes economicamente abastadas (de onde provavelmente se originaria o próprio psicanalista), e que teria viabilizado a esse grupo uma possibilidade de representação simbólica de suas características psicológicas singulares, abrindo-lhes acesso ao instrumental psicanalítico, e seus conseqüentes benefícios. Implicitamente, todo aquele que não estivesse

incluído nessa camada da população regida por esse código cultural economicamente determinado, não somente não seria beneficiado por uma abordagem clínica psicanalítica, como também, caso fosse submetido a essa experiência, apresentaria resultados no mínimo inócuos (segundo alguns autores, desastrosos mesmo). Contudo, parece-me que essas objeções devem-se à suposição de uma falsa oposição entre a psicanálise e uma noção de indivíduo que não faz parte de sua episteme, já que ela não opera com esse conceito, e mesmo propõe uma ruptura com o mesmo, ao aportar a categoria de sujeito do inconsciente. Desta maneira, trilhando esse raciocínio, um psicanalista que dirigisse sua intervenção para esse sujeito da consciência, assim descrito sociologicamente como indivíduo, estaria colocado no mesmo impasse teórico e prático com um cliente de origem sócio-cultural idêntica à sua.

Com respeito ao segundo tipo de objeção ao exercício da psicanálise no contexto já delimitado, representada numa categoria que classifiquei de clínica, quis referir-me à oposição existente entre a clínica psicanalítica e a clínica psiquiátrica, no tocante principalmente à concepção de terapêutico, cura, avaliação diagnóstica, manejo do sintoma, motivo de procura e indicação de tratamento. A clínica médica possui instrumentos e objetivos radicalmente diferentes dos da clínica psicanalítica, orientados (para citar apenas alguns dos parâmetros) por concepções inteiramente diversas da significação do que seja sofrimento psíquico e expectativa de cura - ligada à remissão do sintoma. Estes elementos constituem o critério de eficácia da ordem médica hospitalar, e apontam para o que efetivamente poderia ser argumentado contra a viabilidade de uma prática psicanalítica no âmbito de uma instituição psiquiátrica (mesmo que realizada no setor ambulatorial).

Entretanto, poderia também objetar (como de fato é minha intenção, já enunciada no histórico da questão) que esse mesmo critério, ao marcar o que é da ordem da instituição médica - e representa o institucional, no sentido de identificado com a ordem médica - estaria

evidenciado em tudo aquilo ou aquele alinhado com essa concepção, estando presente também nos consultórios privados de psicanalistas não médicos. Não é que a instituição seja o depositário da resistência à psicanálise, mas sim o que a instituição representa. Por esse motivo, a resistência à psicanálise não pode ficar “internada” num hospital psiquiátrico; ela foge todos os dias para o consultório particular do analista.

Esse tipo de investigação cria a necessidade de definir o que é psicanálise, levantando questões tais como se ela é determinada pelo *setting* ou pela escuta do analista, e o que exatamente designa cada um desses termos. Foi esse tema que propus como sendo a discussão da questão metodológica, recaindo sobre ela o foco privilegiado pelos meus interesses, na medida em que fornece subsídios para uma sustentação teórica que possa revelar os equívocos de certas argumentações dentro da própria teoria psicanalítica. Ela se refere aos impasses da aplicação da teoria à prática, ou seja, num sentido estrito, os elementos da teoria psicanalítica que, produzem controvérsia, polêmica, paradoxos, ao serem contextualizados num consultório de uma instituição psiquiátrica, que por ser da rede pública federal, atende majoritariamente a pessoas pobres, ou portadoras de um código cultural diferente do analista.

Estes elementos definiriam os critérios para estabelecimento, neste específico enquadre institucional, da neutralidade e da transferência, e o tipo de manifestação e/ou intensificação da resistência que aí teriam lugar, devido a possíveis mecanismos institucionais que interviriam no campo analítico, ou à incompatibilidade de código lingüístico entre paciente e analista, com suas conseqüentes implicações.

O problema apontado por alguns psicanalistas diria respeito à dificuldade de manutenção da neutralidade e abstinência, em função das intromissões institucionais que, ao promover satisfações substitutivas para os pacientes (por exemplo, fornecendo medicação, benefício previdenciário, acolhendo atuações, etc.) impediriam a frustração mínima necessária

ao desencadeamento da regressão libidinal, que garantiria a reaplicação dos clichês estereotípicos da vida amorosa infantil na transferência (Freud, 1912).

A proposição desse questionamento é, em geral, fruto da preocupação destes psicanalistas (seja falando por si próprios ou representando o discurso normativo da instituição - sociedades de formação - psicanalítica) com a preservação de um rigor teórico que poderia ficar ameaçado pela difusão equivocada da prática psicanalítica, a setores da população ou do campo médico (o âmbito institucional hospitalar), dos quais esta prática não poderia dar conta sem sofrer distorções inaceitáveis.

Contudo, é possível suspeitar que essa afirmação implicaria a noção da transferência como uma relação dual (sustentada, portanto, numa noção de relação entre dois indivíduos, um dos quais considerado objeto da intervenção), e da neutralidade como abstinência concreta de informações a respeito da “pessoa” do analista. Sabemos, entretanto, que a questão da abstinência em seu estrito rigor teórico é mais profunda, e só se manifesta em neutralidade quando sustenta a escuta do analista.

Desta maneira, privilegiei essas questões metodológicas para circunscrever e delimitar a área de investigação: o que estaria sustentando teoricamente, a partir do referencial psicanalítico, a tese da impossibilidade de ser psicanalista num consultório ambulatorial de uma instituição psiquiátrica, ou nos casos em que o paciente não partilha do código cultural/linguístico do analista? Não se trata de discutir se é possível ou não ser psicanalista sob estas ou aquelas condições, pois na verdade essa indagação não se coloca como meu objeto de interesse, mas sim o que a teoria tem a dizer a esse respeito.

A importância dessa discussão teórica para esse trabalho excede o interesse de uma investigação que visa ao aprofundamento conceitual ou a uma satisfação exclusivamente intelectual, pois utiliza-se dessa atividade para desencadear o processo descrito em psicanálise

como desidentificação. Esse conceito, que tem o valor de uma elaboração do processo de identificações - e portanto, segundo a teoria psicanalítica, implica uma mudança de economia psíquica - é o que vai promover e garantir uma metodologia psicanalítica a essa investigação. Minha hipótese é que ao longo da escolha dos modelos de identificação que pontuaram minha trajetória profissional, foram sendo incorporados certos traços que podem ser representados em determinados ícones teóricos, que ficaram investidos de energia psíquica amorosa destinada a proporcionar auto-satisfação (libido narcísica, no sentido psicanalítico do termo, ou catexia libidinal). A partir de uma analogia que a teoria psicanalítica sustenta, com o processo psíquico que ocorre no luto pela perda de um objeto de amor (entendido como investimento de catexia libidinal) para alcançar uma desidentificação, seria preciso fazer um luto dos traços dos modelos de identificação que foram investidos libidinalmente. Minha proposta é que, através do diálogo com as representações teóricas que imprimem significação aos traços de identificação, que consistem nas argumentações teóricas contrárias ao exercício da psicanálise nas circunstâncias já descritas, certa energia seja colocada à disposição da atividade criativa a ser aplicada na função analítica, desligando-se de certas representações, e com isso empreende-se o processo de descatexização de determinadas identificações.

Supõe-se frequentemente que o contexto institucional propiciaria uma satisfação substitutiva, ao paciente, da ordem da reparação narcísica; por que o consultório particular é identificado com a possibilidade da abstinência, onde a satisfação narcísica seria barrada? Acaso, ainda, paciente e analista não resistem, no consultório privado? Porventura essa resistência não estaria subordinada às determinações inconscientes, e por vezes não se apoiaria em elementos concretos da realidade circundante, mesmo quando existe identidade cultural entre paciente e analista?

A questão metodológica do impasse da aplicação da psicanálise no contexto descrito fica deslocada da investigação dos mecanismos, que estariam operando, na instituição, no sentido de intensificar as resistências do analista e analisando à prática da psicanálise, para a questão da viabilidade da relação transferencial. Creio que o que poderá inviabilizar a relação transferencial, no contexto do tratamento psicanalítico, é um certo tipo de resistência (Freud, 1926), seja por parte do paciente ou do analista seja no âmbito do consultório particular ou institucional. Os mecanismos institucionais que corporificam as resistências ao trabalho de análise importam ao analista, mas não como direção de trabalho, a não ser quando ele se identifica com esses mecanismos utilizando-os como veículo da sua própria resistência.

O único impasse que deve ocupar o analista, é de qual é a relação da ação do analisando com o desejo que a habita, supondo que estará sempre determinada, na sua expressão, pelas leis do inconsciente. Não acreditar no inconsciente é a resistência que os analistas devem verdadeiramente temer.

O psicanalista tem que ser objeto da própria análise para não se institucionalizar. A resistência é o mecanismo que institucionaliza, e que se subverte quando o código que o analista utiliza em sua escuta funciona em si mesmo, articulando a maneira pela qual ele produz interpretações, definindo um campo epistemológico, e colocando em marcha o dispositivo analítico.

Toda essa reflexão remete a uma velha indagação, a de saber quando o psicanalista está ou não fazendo psicanálise. Segundo Birman (1984), é preciso definir o que são posturas psicanalíticas, para que se definam as imposturas. Esta posição nos interessa na medida em que desvincula o que é ou não psicanálise do âmbito em que é utilizada como instrumento de intervenção clínica, ou mesmo recolocando a questão do sujeito e do objeto para a psicanálise, que não torna a marcação cultural impeditiva à prática analítica. Ele propõe, com essa

finalidade, a necessidade de uma epistemologia da psicanálise, que define seu modelo e seus contornos. A autonomia desse dispositivo analítico não estaria determinada pelo indivíduo que o detona, mas pelo próprio modelo. O que importaria nessa epistemologia seria o canal pelo qual determinado arsenal foi incorporado pelo analista: marcas de sua experiência como analisando, mimetismo ou autonomia adquirida na relação transferencial com seu próprio analista (em face ao ideal representado por este), e as articulações dessa experiência com o processo de institucionalização que marcou seu reconhecimento como psicanalista, entre outras coisas.

Essa trajetória de identificações supõe que o analista também esteja marcado pela determinação das leis do inconsciente e, desde a introdução do conceito de narcisismo (Freud, 1914), sabemos que as escolhas que faz na seleção do discurso do paciente, sua tradução teórica, seu código linguístico, tudo que está implicado no ato psicanalítico, está atravessado pelo investimento narcísico no seu próprio ego, de acordo com esses traços identificatórios. Ficaria totalmente excluída, assim, a possibilidade de uma escolha exclusivamente racional, neutra, não subjetiva, de um modelo teórico em detrimento de outro, por exemplo.

A manifestação da construção desse dispositivo analítico é, portanto, sempre única, singular e variável, revelando seus contornos no material clínico em que se transforma o processo de identificações do próprio analista. É ele que pode testemunhar e examinar como está sendo atualizado e configurado o dispositivo analítico, e como e se a transferência está sendo viabilizada pelo analista no contexto analítico. É nesse sentido que devemos dimensionar o que constituiu o estilo, cada identidade de psicanalista, a partir mais de um cemitério de identificações, do que de opções profissionais conscientes, ideológicas, ou racionais. É nesse ponto que se coloca a questão da ética em psicanálise. Foi através do

rastreamento dessa trajetória de identificações, a propósito, que nasceu a questão que originou esse trabalho.

Apesar de a hipótese desse trabalho se apresentar aparentemente diluída ao longo dessas reflexões, ela possui uma unidade que mantém coesos seus desdobramentos. Estarei tratando, ao longo de todo o texto, da investigação daquilo que define o estabelecimento da ligação do psicanalista com a psicanálise, e que compreende a trajetória da constituição do seu desejo em ser psicanalista, permitindo-lhe ou não ter uma escuta abstinentemente e viabilizar que se estabeleça uma transferência com quem quer que a enderece a ele.

Para tratar desses aspectos, referendi-me principalmente em conceitos teóricos e autores lacanianos, na maioria das vezes, e gostaria de explicar esse fato, já que não é essa uma opção teórica exclusiva que faço em psicanálise. Na medida em que considerei as objeções apresentadas em relação à prática psicanalítica nos contextos descritos como desvios à psicanálise, e que ao longo dessa investigação vai se tornando necessário definir os modelos que dão conta de uma abordagem psicanalítica, ou provocam um afastamento deste campo, parece ser somente através da revisão teórica que os lacanianos empreendem da psicanálise freudiana, que isso se torna possível, já que é este grupo de autores que desloca a questão de regras técnicas (tais como a utilização do *setting* e frequência de sessões), que pretendem definir quem é psicanalista, para o que é psicanálise.

Já que a única possibilidade de empreender uma investigação psicanalítica é através de uma metodologia psicanalítica, pareceu-me que para discutir a minha hipótese dentro dos parâmetros a que me propus, deveria trabalhar com articulações teóricas sobre o que ficou revelado como fissura no meu discurso psicanalítico, que passou a receber o tratamento de material clínico. Após tudo o que foi dito, reiteramos que este material, no caso desse trabalho, são as identificações que foram sendo detectadas ao longo do meu percurso

profissional. e que determinaram o recorte das questões teóricas que elegi para dialogar (e possivelmente desinvestir, como no luto - Freud, 1917).

Em virtude do encaminhamento apresentado, dividi o tema em quatro partes. No segundo capítulo, tratei das identificações que se efetuaram ao longo do meu trajeto profissional, ancoradas nas objeções à prática da psicanálise com população de baixa renda, que supõe a necessidade da identidade de código cultural entre paciente e analista; dos empecilhos que possam ser gerados no conflito entre a clínica médica e a psicanalítica, encarnado no exercício da psicanálise na instituição psiquiátrica; dos entraves metodológicos alegados pelos psicanalistas no estabelecimento da transferência e na realização das interpretações da resistência, seja no tratamento psicanalítico em instituições, ou com clientela que apresente diversidade cultural do analista. Ao dialogar com os pilares de sustentação teórica da psicanálise de consultório privado, fui também afunilando e recortando o campo teórico que fundamenta as nossas hipóteses, baseando-me no aprofundamento dos conceitos de transferência e resistência. Concluí as reflexões nesse capítulo, propondo e explicando a ampliação do que seria considerado “institucional”, a partir da interpretação do que sustenta as três categorias de objeções, e uma analogia com o conceito de resistência.

Seguindo as pegadas que me levaram a essa investigação, definir transferência e resistência como o que abre ou fecha o caminho para a psicanálise (depois de deslocar o eixo de discussão de qualquer outra objeção ou facilitação), cria a necessidade de estabelecer os contornos do que define o dispositivo analítico. Assim como, ao construir minha questão, deparei-me com a descoberta do fantasma das identificações, insinuando-se no perfil da prática clínica, da mesma forma tornou-se necessário buscar um referencial na epistemologia da psicanálise que fundamente essa constatação. O terceiro capítulo foi dedicado a essa

tarefa, tornando-se imprescindível aí um aprofundamento nos conceitos de identificação e gratificação narcísica.

Após ter abordado, nas duas primeiras partes do trabalho, as articulações que recortaram o campo teórico, considero haver tornado acessíveis os elementos necessários para estabelecer algumas relações, com a finalidade de contextualizar na prática o que viemos trabalhando apenas de maneira abstrata. Isto foi realizado no quarto capítulo, (a conclusão) onde tratei de explicitar como compreendo que um processo de desidentificação libere a possibilidade de uma escuta realmente abstinente. Na conclusão pretendi explicitar mais claramente, utilizando os conceitos e contribuições que foram sendo citados, como essas identificações foram se manifestando, e como pode-se desvincular libido dessas representações, colocando-a como energia sublimada a serviço da atividade intelectual através de um processo de desidentificação que se detona com a percepção da presença dessas identificações.

Optei por essa metodologia porque me parece que uma investigação sobre tema clínico circunscrita apenas à teoria, não fala das agonias que se interpõem à sua aplicação com os pacientes (agonias que geram a resistência a essa prática). Como se dá esse processo, de que maneira se opera o proposto recalque da teoria, para que a prática analítica possa ser exercida corretamente, sem transformar-se numa prática institucionalizada e burocrática, selvagem e inadequada a qualquer grupo social, é o que gostaríamos de entender melhor, através do estudo das forças que intervieram no resultado da nossa clínica.

CAPÍTULO II

AS IDENTIFICAÇÕES CONFLITIVAS

2.1 - Psicanálise e População de Baixa Renda : a Construção da

Subjetividade e o Mito da Prática Liberadora

Este capítulo, conforme anunciamos anteriormente, será dedicado a abordar as objeções que são feitas ao exercício da psicanálise fora do consultório privado, em instituições psiquiátricas, ou com população de baixa renda. Essas objeções, que classificamos em três categorias, derivam de uma sustentação teórica que nem sempre fica revelada explicitamente, e é com esses implícitos que iremos dialogando, e respondendo às restrições que foram enunciadas.

Examinaremos primeiramente a tese referendada sociologicamente que, a nosso ver, tira conclusões fundamentadas em uma falsa oposição entre o dispositivo analítico e a população de baixa renda. Nesta concepção, esse grupo social teria uma noção psicológica do “ si mesmo”, construída em base a um código cultural e linguístico diverso daquele do universo conceitual da psicanálise, e ao qual provavelmente também pertenceria o analista. Esta premissa nega a possibilidade do sucesso terapêutico da psicanálise com esta classe social, bem como referenda críticas ideológicas a esta prática, que teria um efeito coercitivo sobre esse segmento da população.

Tais objeções dizem respeito às noções de subjetividade e de indivíduo, por um lado, e ao que seja uma intervenção clínica libertadora, opressora, ou uma mitologia libertária, por outro. Os autores que se opõem ao uso da psicanálise com as classes populares sustentam sua crítica em um certo entendimento do que sejam estas noções acima referidas, e concluem que

a psicanálise seria inoperante ou inadequada com esse grupo. Na medida em que acreditamos que estes princípios levam a desdobramentos equivocados, gostaríamos de dialogar com essas proposições a partir de nosso ponto de vista, e tentar ir desfazendo aquilo que consideramos como equívocos.

Por um lado, a subjetividade, para a psicanálise, se estrutura no desenvolvimento libidinal, este entendido como a trajetória historicizada do desejo, e constituindo o sujeito do inconsciente. Por outro lado, a subjetividade entendida para as ciências sociais, como o processo de individuação, numa perspectiva de acesso a códigos culturais variáveis, definem basicamente as posições teóricas sobre o problema, com seus respectivos desdobramentos.

Entretanto, conforme salienta Figueira (1991), a emergência da subjetividade ou de um certo tipo de estruturação da subjetividade é uma história que pode ser contada de diversas maneiras. Ressalta além disso, que essas histórias são atravessadas pelas noções às vezes indiscriminadas de indivíduo e individualismo, sujeito e subjetividade, e singularidade. No entendimento de alguns, para Figueira, a noção de sujeito é problemática recente, não se considerando que seja determinado socialmente, ao contrário da noção de indivíduo. A teoria do sujeito seria, segundo esse grupo de autores mencionados:

“(...) um lugar vago que se preocupa com diferentes tipos de ordenação da subjetividade, e o papel que aí desempenham tanto a ilusão de indivíduo psicológico, quanto a ideologia individualista. Esse lugar vago é ocupado por sínteses diferentes, e por criações de novos pontos de vista a partir da antropologia, da psicanálise, da linguística e da filosofia. O sujeito é um domínio que aí pode ser estudado, depois de ter sido negligenciado pelas ciências sociais e pela psicologia.”(p.170)

Bezerra (1983) propõe-se a dissecar a polissemia que a palavra indivíduo encerra:

“Nas sociedades ocidentais modernas (...)” - informa - “(...) ela indicaria a noção generalizada de que o indivíduo é mais importante que a sociedade, na medida em que é um ser dotado de autonomia, liberdade em relação às regras sociais, e de um complexo mundo interior no qual reside sua verdade. (...) De modo geral” - adverte - “(...) a psicologia e a psiquiatria tomam o indivíduo como um dado da natureza que sempre teria existido, podendo ser encontrado em qualquer agrupamento humano, confundindo o agente empírico, membro da espécie humana, com o tipo particular de

existência individual produzida nas sociedades ocidentais modernas. (...) Os reflexos deste desconhecimento na prática clínica são impressionantes, ocasionando a aplicação inadequada de práticas psicanalíticas ou psicoterápicas, a grupos sociais que sofrem um processo de individuação distintos".(p.45)

Citando Dumont (1965), acrescenta que:

"(...) nas sociedades modernas, cada ser humano passou a ser encarado como uma unidade que existe por si mesma, auto-suficiente". (p.50)

Nesse contexto, afirma que

"(...) Seria apagado da consciência o caráter social da natureza humana, instalando-se uma oposição entre indivíduo e sociedade, esta sendo percebida como um obstáculo ao livre arbítrio". (p. 50)

Bezerra amplia essas idéias com Simmel (1979), apresentando dois aspectos desse individualismo que convive nas sociedades contemporâneas:

"(...) um sentimento de identidade , a idéia de que todos têm algo em comum com os demais homens, e a percepção de possuir algo absolutamente único que nos distingue de todos os outros membros da espécie". (p.56)

O elemento propiciador desses aspectos seria a fragmentação da vida social, característica das sociedades modernas, que vai fazendo surgir uma noção de singularidade psicológica.

"Neste tipo de sociedade(...)" , continua Bezerra, "(...) inexistem universos simbólicos únicos, a grande cidade sendo um cadinho de culturas, grupos étnicos, políticos, interesses sociais. O círculo social de relações em que o homem se vê imerso é cada vez mais amplo, pressupondo a existência de um espaço potencial muito maior de individualização. Nessa alternância de circunstâncias o ego passa aparentemente a ser percebido como a única constante no meio da alternância dos conteúdos psicológicos vividos. A fragmentação do mundo moderno faria crescer no indivíduo a necessidade de um ponto de referência que ele tenta encontrar em si mesmo, o indivíduo passando a ser o locus de referência".(p.58)

Citando Figueira (1981) , descreve um processo em que o homem moderno procura dentro de si um ponto para ancorar seu *self* e escapar à desorientação do mundo externo (a sociedade fragmentada), mas se depara no seu interior com a mesma desorientação de que tentou evadir-se.

Bezerra afirma que é exatamente a esta desorientação que a psicanálise e a psicologia se propõem como resposta, na medida em que buscam reconstruir “por dentro” o esquema de orientação. Considera, concordando com Simmel, que este “querer encontrar seu verdadeiro eu” é a expressão de uma certa forma socialmente determinada de vivência de individualidade, que no entanto não é regra geral para todos os grupos sociais.

A crítica que esse e outros autores fazem à psicanálise e à psicologia, a nosso ver, é a de que estes saberes oferecem algo às classes trabalhadoras que nem podem cumprir, nem teria sido pedido, e apóia-se na premissa de que esta vivência específica de individualidade inexistiria nessa classe.

Essa restrição contempla dois sentidos: o simbólico, ao sustentar que o código linguístico das classes abastadas, assimilado na educação formal, é a única via de acesso ao processo de individuação que se dirige à procura de um si mesmo como resposta para o sofrimento psíquico; e o político, quando conota essa proposta de atendimento a outras classes com um significado de violência social, identificando-o com uma prática coercitiva.

A propósito deste questionamento, contamos com uma tese de mestrado de Borges (1987), tanto mais oportuna para o aprofundamento do presente trabalho porque foi feita a partir de uma investigação sobre o atendimento psicoterápico ambulatorial a setores populares, na mesma instituição onde clínico (neste mesmo setor) e sobre a qual produzi o artigo que origina a questão deste trabalho. Ao examinar as representações simbólicas de terapeutas e pacientes sobre a psicoterapia, ressalta que o modelo de indivíduo em que os profissionais de saúde se pautam teoricamente, e as noções de família e infância que utilizam correntemente, são apenas formas culturalmente possíveis dos indivíduos se definirem, e que não seriam compartilhadas pelos indivíduos das classes trabalhadoras.

A autora coloca que de acordo com os terapeutas entrevistados em sua pesquisa institucional, a estrutura emocional das pessoas dos setores populares se define por uma sintaxe própria, determinada, entre outras coisas, pela relação da linguagem com o pensamento, e que essas pessoas dispõem de menos recursos simbólicos para lidar com a realidade, por terem tido menor acesso à educação formal, ao longo de suas vidas. Ao fazerem tal afirmação, segundo Borges, os terapeutas estariam reconhecendo que o instrumental técnico com que trabalham na psicoterapia e na psicanálise, lida com um tipo de sujeito próprio que dispõe de uma capacidade específica de simbolização, admitindo a possibilidade da inadequação ou da falta de ressonância dessa disciplina com determinadas pessoas que não atendem a esse modelo.

Ao colocarem o problema nesses termos, continua a autora, demonstram uma preocupação relativa à diversidade cultural entre os setores da população, veiculando valores da ideologia individualista. Além disso, Borges conclui que parecem estar se referindo a um tipo de dificuldade, ou impossibilidade ditada pela diversidade cultural, de simbolizar o sofrimento psíquico, deixando as classes populares numa situação de passividade onde se veriam submetidas ao sofrimento psíquico pela incapacidade de nomeá-lo, o que seria revelado na maneira como o remetem ao corpo continuamente, qualificando-o de "doença dos nervos", e demandando freqüentemente medicação analgésica (ansiolítica).

Com essa argumentação, salienta que o profissional de saúde mental é colocado numa situação de impasse, porque a ele é apontada uma incompatibilidade fundamental entre o modelo de indivíduo que lhe permite tratar das pessoas e o modo pelo qual a sua clientela, composta por pessoas dos setores populares, se definiria enquanto sujeito. Nesse sentido, a psicoterapia é vista pela autora enquanto uma forma de tratamento que se baseia em sistemas teóricos de um modelo de indivíduo que é específico de determinados setores da população

(basicamente as camadas média e alta), e ela conclui portanto que não seria aplicável a todos os indivíduos de uma sociedade.

Desta maneira, é possível afirmar que algumas das abordagens que criticam a utilização da psicanálise com todas as categorias sociais fundamentam-se em certos impasses teóricos. Eles são criados por uma compreensão de aquisição de código linguístico e construção de subjetividade compatíveis com uma noção social de indivíduo, que a psicanálise não contempla, e portanto, não transgride.

Considero oportuno esclarecer que tive a oportunidade de notar, ao pesquisar os referenciais teóricos que sustentam essas abordagens (em cerca de sete teses de mestrado e doutorado), que os pilares dessas concepções sobre a construção da subjetividade são sempre os mesmos autores (Dummond, Simmel, Tocqueville, Velho, Boltanski), e que mesmo as aproximações do tema mais recentes e definitivas (Duarte, Roppa, Coutinho, Freire Costa) mantêm certas premissas culturais que conservam a similaridade das conclusões que originam esse debate que proponho suscitar. Não pretendo, contudo, estender-me nessa revisão, já que considero que estaria fugindo à ótica que elegi para trabalhar; creio já ter ficado claro que essa incursão no campo antropológico e social serve apenas para sustentar algumas proposições metodológicas importantes, no meu percurso.

Parece-me oportuno fazer algumas críticas, e apontar discriminações que se tornam necessárias, antes de prosseguir na revisão deste tema. Nas afirmações dos autores que selecionei até esse momento, já se podem perceber algumas generalizações que são equivocadamente estabelecidas entre teorias e práticas clínicas no campo do individual (opondo-se ao social), e a psicanálise, e que têm propiciado sérias confusões. Ficam incluídas na mesma categoria, (como se fossem da mesma natureza), as práticas psicoterápicas e psicanalíticas, e a noção de singular e de sujeito, como se fossem superpostas ao conceito de

individualismo que emergiu na sociedade burguesa. Consideramos que esta indiscriminação tem tido conseqüências teóricas e clínicas de grande magnitude .

A psicanálise não trata do indivíduo, e nem considera , na epistemologia de seus conceitos, que exista uma oposição entre indivíduo e sociedade. Segundo Elia (1992)

"(...) ela opera com categorias conceituais que atravessam a totalidade indivíduo, (como unidade psicofísica), e a totalidade social, que é tomada como objeto destacável da economia pulsional intersubjetiva . (...) A psicanálise trata sempre de uma relação num campo de alteridade, operando com categorias conceituais que rompem com a noção de indivíduo, e com qualquer concepção holística do objeto do conhecimento (onde o indivíduo é concebido como uma unidade), tais como pulsão, investimento, identificação, Édipo, castração."(p.29-30)

Assim sendo,creio ter deixado clara, a diferença da psicanálise para com a psicologia, já que esta sim, supõe essa dicotomia entre o individual e o social, e opera, na prática, com a noção de indivíduo, para o qual é voltada a psicoterapia, terapêutica baseada na comunicação dual (de um indivíduo para outro) que busca resgatar o indivíduo do sofrimento, o que indica sua identidade com as práticas médicas. Do mesmo ponto de vista afirma Elia (1995):

"Não há nenhum ponto de concordância, nenhuma conciliação possível entre a concepção psicobiológica de indivíduo, corpo, e sexualidade, e a concepção psicanalítica da sexualidade, e que introduz, no lugar da noção de indivíduo, a categoria de sujeito, (...) não explícita em Freud, mas subentendida a partir da introdução do conceito de inconsciente. (...) Na base do pensamento freudiano, move-se uma lógica mais-que-dialética, porquanto articulada ao processo de constituição do sujeito não mais em relação a outro sujeito(dialética hegeliana), mas em relação à estrutura mesma da linguagem. O sujeito se constitui em face de uma alteridade radical, não de um outro sujeito, de um semelhante, tomado em sua objetividade como um outro para o primeiro sujeito (nesse sentido, estaríamos falando de uma intersubjetividade fenomenológica), mas da alteridade operada pelo advento da linguagem. Trata-se, de tomar o sujeito não na rede de uma relação intersubjetiva entendida em sentido fenomenológico , mas na alteridade radical em que consistem, para o sujeito, de um lado a linguagem, e, de outro, a pulsão"(p.40-41).

Ora, a meu ver parece ficar novamente evidente que o instrumental psicológico se diferencia do psicanalítico para lidar com essa problemática, o que se torna manifesto na situação de impasse descrita pelos terapeutas entrevistados no trabalho de Borges. Ao se

utilizar o referencial psicoterápico, como é o caso do grupo pesquisado, fica-se submetido ao que é dito, ao significado das comunicações, ou à impossibilidade delas, entre dois indivíduos de linguagem distinta. A prática clínica, ao se dar nesse nível, constitui-se como ideológica, um procedimento, conforme classifica Elia, intuitivista, ditado pela sensibilidade ou talento. É somente um certo tipo de linguagem, cujo modelo é o estruturalismo, que vai dar conta de distinguir-se desse tipo de prática, uma vez que lida com as relações formais, (justamente a sintaxe, que é o dizer), e não com o conteúdo, o dito, que é ideológico. A clínica psicanalítica distingue-se desse procedimento, e parece-me, por isso, não estar submetida a esses impasses, uma vez que o que não pode ser simbolizado está acessível na relação transferencial. A postura do estruturalismo dialético sustenta a possibilidade de uma relação transferencial entre pessoas de classes e códigos diferentes, uma vez que esse fenômeno se opera no princípio do vir a ser e da alteridade (com a linguagem).

A discriminação de conceitos como indivíduo, subjetividade, singularidade, sujeito, e a forma como a psicanálise se articula com isso, é tarefa muito complexa e minuciosa, que se estende numa rede capilar de implicações que não são exclusivamente teóricas, e que às vezes parecem confundir e enredar mesmo aqueles que sustentam uma posição consistente neste campo.

Figueira (1978), psicanalista que se dedicou a esse tema em várias oportunidades, aborda a questão da construção da subjetividade, do individualismo, da individuação, e de como a prática clínica psicanalítica se relaciona a essas categorias. Afirma que:

“A concepção individualista do indivíduo penetra a prática e o pensamento psicanalítico, e constitui um obstáculo a uma melhor apreciação conceitual dos diferentes processos de individuação. Freud nunca foi individualista (nunca tomou o indivíduo como algo dado), considerando a sociedade e o indivíduo conceitos interdependentes que não podiam ser examinados isoladamente. Para Freud, o senso de si mesmo do ego é uma ilusão, uma miragem, porque ele desconsidera o fato de que sofre múltiplas pressões conflitivas, e está submetido a várias determinações, o que constitui o modelo estrutural da mente”. (p.138)

Esse autor explica que :

“(...) depois da 1ª Guerra, Freud desenvolve uma concepção sofisticada da relação entre indivíduo e sociedade, colocando a cultura como agente de interdição e proibição, não sendo mais vista como externamente dada, já que seu caráter proibitivo operaria dentro do indivíduo, pela mediação do super-ego. O super-ego seria a sociedade presente no cerne da organização mental do indivíduo.”(p.138)

Considerando a episteme do conceito, Figueira lembra que ele só pôde ser desenvolvido quando o individualismo mudou o regime de funcionamento da autoridade.

“Na sociedade aristocrática, a autoridade exercida de um ponto externo ao sujeito, não permitia que o super-ego, enquanto dimensão invisível e interna ao sujeito, se tornasse visível. Com a retração das formas ostensivas de poder, foi possível a Freud fazer a descoberta de que os seres humanos têm na sua arquitetura subjetiva uma instância que se encarrega do controle de atos, pensamentos, e sentimentos”.(p.170)

Em vista disso, apesar de o autor não superpor o conceito de indivíduo da psicologia, a sujeito da psicanálise, faz uma relação de como a emergência social do primeiro, teria viabilizado o aparecimento epistemológico do segundo. Em outros momentos, contudo, esta discriminação de conceitos não se verifica, já que com respeito à subjetividade, Figueira supõe que a psicanálise apresenta-se como uma teoria do funcionamento do sujeito, o qual na nossa sociedade constitui a figura do indivíduo:

“ A idéia é que a psicanálise teria criado e explorado um domínio - o sujeito - que é maior que o da subjetividade. (...) A psicanálise surge sob o individualismo, e ao mesmo tempo é uma teoria que dá conta dessa estruturação particular da subjetividade, que é o indivíduo, embora não seja individualista. (...) Inclusive ela só pode existir conceitualmente porque questionou a ilusão básica do individualismo: a de o indivíduo constituir um ser indiviso e autônomo. No discurso da prática psicanalítica, o sujeito não se mostra autônomo; tal autonomia é uma ilusão da consciência, a qual, porém, sofre uma série de determinações vindas de uma dimensão que lhe é desconhecida.”(p171)

Essas proposições, de acordo com Figueira, dão margem a debates entre a psicanálise e as ciências sociais, onde esta é questionada por uma inexistência de relativização cultural, e inter-classes. Define que existe uma questão crucial para a psicanálise, a de se poderia ser uma teoria do sujeito, ou seria para sempre uma teoria do indivíduo. Torna-se evidente, tanto

nesse discurso como no dos outros autores citados, que houve uma justaposição de conceitos, novamente contribuindo para a confusão da noção de indivíduo, socialmente determinado, e o de sujeito, para a psicanálise.

Elia (1992), com respeito a essa questão, esclarece que:

"(...) a psicanálise, através do conceito de inconsciente, situa a determinação de sujeito para além do sujeito, o que parece apontar que a experiência da intersubjetividade, aquilo que é entendido como a constituição do sujeito na alteridade, vai além da experiência imediata".(p.3)

Parece-me, portanto, que Figueira talvez não tenha conseguido assegurar-se de que a psicanálise não é a teoria do indivíduo, o que sustenta a sua afirmação com respeito à tese da inadequação da psicanálise às classes populares.

Ele considera que a psicanálise esbarra na questão espacial do dentro e do fora do sujeito, na medida em que faz parte do imaginário das sociedades individualistas a distinção entre o dentro e o fora. Essa seria uma perspectiva de espacialidade euclidiana, que separa planos, linhas, estabelece penetrabilidade de objetos, e separa dentro e fora. Sustenta que as imagens relativas à "doença dos nervos" nas classes trabalhadoras subvertem esse imaginário espacial que lhes é próprio, e questiona se a psicanálise poderia dar conta disto. Toma como premissa que a situação analítica, tal como foi desenvolvida pelos analistas, simplesmente não consegue conter dentro dela, de maneira significativa, uma pessoa das chamadas classes trabalhadoras. Afirma que:

"(...) existem várias publicações sobre isso, mas é sabido que isso não funciona. Caso se insista em manter os parâmetros da situação analítica, o resultado é desastroso, pois tende a gerar mais equívocos, e não apenas porque as pessoas se pensam ou não se pensam como indivíduos. A situação analítica, ao lidar com sujeitos de classe média, desarticula uma série de mecanismos sociais de estruturação da subjetividade e identidade. A situação de não olhar, não se mover, falar e não ser respondido diretamente constitui alterações de códigos rituais cotidianos muito básicos. Alterados de modo como o são, na situação analítica, levam à emergência de uma série de dimensões fantasmáticas, que se apresentam através do discurso. Isso não ocorreria nas classes trabalhadoras, não só porque as pessoas não se pensam como indivíduos, mas porque efetivamente a estruturação da subjetividade dessas pessoas se dá no sentido das relações reais dentro de uma

cadeia. Isso se opõe ao individualismo que caracteriza a classe média e alta, onde há relações reais e superficiais, especializadas e pluralizadas, e existe uma concentração no indivíduo de um espaço relativamente homogêneo e imaginário, onde se desenvolvem todas essas imagens, havendo nessa classe um modelo de sujeito segmentado, que resulta de uma aglutinação, a presença de um domínio interno invisível, autônomo, que equivaleria a juntar o mundo interno e o externo. Nas classes trabalhadoras percebe-se um tipo de estruturação da subjetividade que efetivamente não é soldada, centrípeta, que caracteriza o indivíduo, e tende a traduzir tudo o que acontece em torno do sujeito em termos de sua interioridade, não ocorrendo a percepção do si mesmo". (p.170)

Não posso precisar, contudo, se essa afirmação é uma contradição do autor, que antes classificou essa unidade como ilusória e inexistente em qualquer classe, ou se foi, como ele mesmo coloca, o caráter crucial do impasse a que essa aplicação remete, que o faz desconsiderar algo que reconheceu anteriormente.

Parece-me que a restrição ao uso da psicanálise com um grupo que pertença a um estrato social diverso ao do analista, (e, portanto, apresente um código cultural distinto) baseia-se na concepção de que a subjetividade é fenomenológica e construída socialmente, e não pela trajetória historicizada do desejo. Conseqüentemente, o analista que concorde com ela tampouco será capaz de fazer uso do dispositivo analítico com seu "semelhante" (o paciente que provém de sua mesma classe social ou que use código cultural similar).

Supus, da mesma forma, que essa concepção se desdobra ainda num modelo de indicação de tratamento, de cura, ou melhora, que está condicionada por referenciais empiristas, que certamente irão privilegiar sempre o dito, em detrimento do dizer, que intervém clinicamente no significado (com interpretações de conteúdo), e não no significante, e que provavelmente estão impossibilitados de conceberem a relação clínica como viável e eficaz num sentido da dialética estrutural, no vir a ser da alteridade, e da imprevisibilidade do determinismo inconsciente.

A psicanálise tem como ponto de partida das construções interpretativas, os atos involuntários, marcados por um desconhecimento. É assim que surge a noção do sofrimento psíquico como um desconhecimento, uma negação do desejo. Não se refere aí a um desconhecimento no sentido empírico da falta de informação, pois como dizia Freud já em 1895 “o não saber do analisando é de fato um não querer saber”, pois ele é da ordem do recalque, da rememoração.

Observei aí algumas pistas do rastreamento das motivações que teriam definido a psicanálise como libertadora ou aprisionadora, o que se constitui numa mitologia libertária, o que se considera como sofrimento psíquico, e sua relação com o significado da dor, o que lhe determina, e qual a estratégia que se utiliza, segundo que tipo de concepção.

Russo (1982), em sua dissertação de mestrado sobre os efeitos terapêuticos da psicanálise, enfatiza que as escolas socráticas colocavam no exterior (sociedade e natureza) a direção opressora, e no dispor de si mesmo a direção liberadora. Para Aristóteles, citado por esta autora, a concepção de liberdade sustentava-se na vontade e na possibilidade de controle, e considerava as ações involuntárias como sendo produzidas por coação ou ignorância, enquanto que para Hegel, liberdade era seguir a própria natureza.

Pude inferir que, se para os socráticos a opressão vem de fora, isso se opõe à concepção psicanalítica, de que a repressão é desencadeada por uma ação contra a ansiedade não realística, (que não se justifica num perigo externo) e que provoca um aumento de tensão psíquica interna insuportável - abordaremos esse ponto mais detidamente no capítulo sobre o dispositivo analítico. A maior opressão vem de dentro e visa dar conta do que, para a psicanálise, relaciona-se à idéia de sofrimento psíquico: a ansiedade desvinculada de um perigo externo, provocando aumento de tensão incontrolável. O psiquismo desenvolve mecanismos de defesa para dar conta dessa dor, dessa opressão, que visam escondê-la,

anestesiá-la, (embora a exponham metaforicamente no sintoma) mas se vê enredado em sua própria estratégia: o ego se vê restringido, inibido em suas funções de garantir e promover o equilíbrio e a sobrevivência.

Essa noção socrática do que é libertador, o "dispor de si mesmo", que se oporia à opressão que vem de fora, parece alinhar-se com a teoria de Boltanski (1979), no sentido de que, se a cada grupo social correspondem diferentes tipos de concepção de doença, tratamento e cura, a política médica tecnocrática moderna, onde se criam demandas desse tipo de assistência, como se fossem uma necessidade primária do homem, impede o "dispor de si mesmo". Parece estar aí implícita uma supremacia da vontade (função psíquica da volição, da nosografia fenomenológica psiquiátrica), em detrimento do desejo, como se esse oferecimento indiscriminado de tratamento estivesse transgredindo o que supostamente ordena o sujeito: a sua vontade consciente, desconsiderando a máxima freudiana de que "o ego não é senhor em sua própria casa".

Contudo, penso ser importante lembrar uma premissa da teoria psicanalítica que esse argumento parece deixar de lado. O pedido de tratamento, para a psicanálise, se apóia sempre numa tentativa de recuperar o objeto perdido, de restabelecer algo que foi rompido, e nunca o desejo virtuoso de saber mais sobre si mesmo, encontrar a verdade, ou algo que se lhe assemelhe, isto referindo-se a qualquer grupo social que seja, ou mesmo em qualquer âmbito em que esse tratamento seja buscado. Por isso, não satisfazer à verdadeira busca, é em si mesmo o objetivo da psicanálise, e qualquer outra demanda é sempre imposta aleatoriamente ao analista, e ideologicamente ao paciente, com base no suposto saber do analista.

Creio ter acrescentado novos elementos a essa discussão, com o esclarecimento de que essa violência, entendida nesses termos, não se dirige exclusivamente a uma classe específica, mas a qualquer pessoa que se submeta ao trabalho analítico.

Em seu livro “Violência e Psicanálise”, Freire Costa (1984), resgata o sentido aristotélico de violência, como a qualidade do movimento que impede as coisas de seguirem seu movimento natural.

Estaria a classe trabalhadora livre do assujeitamento à determinação inconsciente? Se a crítica ideológica teria um sentido de resguardar a classe trabalhadora da intervenção violentadora, identificada com as práticas psicoterápicas ou psicanalíticas, qual o sentido do oposto, o que seria considerado como libertador?

Elia (1995), a esse respeito, define que:

“(...) a psicanálise não é uma forma de humanismo, da liberação dos impulsos e afetos, na medida em que Freud continuamente identificou as forças que ultrapassam o sujeito, o determinam e o coagem, eliminando qualquer esperança de propostas inspiradas no livre arbítrio e na auto-determinação. (...) não se trata de propor uma libertação que ignore a realidade do inconsciente, contentando-se com a pretensa liberdade de um indivíduo que se ilude com sua suposta autonomia, mas de levar o sujeito até os limites de sua determinação, de forma que ele possa, deste lugar, retificar ou ratificar suas escolhas. (p.23)

O dispor de si mesmo não existe em outro sentido que não o da apropriação do próprio desejo, para a psicanálise. Já o dispor de si mesmo da vontade consciente parece ser uma concepção empírica do si mesmo, que não admite a noção do desejo, que se alinha com a depreciação aristotélica do descontrole. Sintoma tem essa conotação de descontrole para a ordem médica tradicional. Nesses termos, libertar não significa remitir o sintoma, assim como a escuta do dizer (e não do dito) não cria empecilhos de código ou coerções sociais. Por quais outras categorias filosóficas ou sociológicas a psicanálise pode ter sido classificada de uma ideologia aprisionadora?

A psicanálise, segundo Foucault (1981), apareceria como um modelo que dá conta de uma realidade coercitiva. Esse autor faz uma análise de como isso se dá a partir de uma transfiguração da família tradicional do século XVIII para a família nuclear moderna, calcada num “dispositivo de sexualidade”, que é colocado cada vez mais em evidência. Essa é uma

hipótese oposta à repressão da sexualidade, que passa a ser, então, enfatizada. Assim, no século XIX, a medicina passa a controlar a “ordem dos desejos”, que se torna seu objeto de estudo e controle, ordenando e vigiando a prática sexual, não para reprimi-la, mas para incitá-la a separar os indivíduos em categorias. A privatização da sociedade moderna teria como núcleo a sexualidade de cada um, zona sombria e perigosa; o homem burguês, para se autoconhecer, volta-se para dentro, constituindo essa a realidade psicológica do homem moderno. Desta maneira, para este autor, a psicanálise estaria a serviço de um dispositivo de controle social.

Penso que num sentido análogo a este é que encontramos críticas como a que mencionamos antes (Birman, 1980), que falam de práticas profissionais transformando-se num fetiche como estratégia de poder político, estratégias de dominação encobertas pela ética de um novo humanismo, cujo representante típico, a psicoterapia, teria se transformado na “mitologia libertária dos tempos modernos”.

Bezerra (1983), citando Foucault, reafirma a crítica que este faz às “tecnologias do self”, que garantiriam ao indivíduo a possibilidade de transformarem-se de modo a atingir um certo estado de felicidade e perfeição, a partir de uma associação da sexualidade à essência interna do indivíduo, e a maneira como sua investigação permitiria o acesso à verdade. Segundo o autor, a noção de subjetividade intrinsecamente acoplada à sexualidade faz com que a verdadeira auto-consciência seja concebida em termos de aferição da estimulação corporal. Adverte que esta alocação, no desejo sexual, de um poder tão grande de definição acerca do que somos, tem conseqüências que remetem a recobrir a sexualidade de uma tal importância, que o indivíduo tende a se perpetuar num movimento infinito em direção à sua verdade, como um ponto de fuga inalcançável. Conclui que este não é um fenômeno universal e uniforme, e não aparece em clientela oriunda das classes populares. Supõe que se

isso aparece de forma diferencial entre grupos e classes sociais, o próprio conceito de sexualidade tal como a percebemos hoje teria sido criado , conferindo-se

“(...) uma pesada roupagem psicologizante ao sexo, algo intrínseco e tão natural ao homem quanto quaisquer outras necessidades básicas como a alimentação ou o sono” (p.90-91).

Aponta que é possível verificar o quanto a sexualidade, da maneira como se encontra teorizada pelas psicologias, constitui uma construção histórica, ligada às transformações econômicas, políticas e culturais que acompanharam o surgimento e a consolidação do capitalismo no mundo ocidental.

Nesse sentido, devo certamente concordar com o autor. Entretanto, a generalização e indiscriminação da utilização do termo sexual , bem como a referência feita a certas tecnologias não parece possível de ser identificada com o trato psicanalítico da sexualidade, por tudo o que foi exposto anteriormente. Este sentido particular, ao romper com a noção de indivíduo, implica viabilizar sua aplicação a qualquer categoria social.

Novamente se coloca a necessidade de discriminar as confusões de sentido aí implicadas, tais como as que identificam abordagens médicas psicológicas, psicoterapia, e trato da sexualidade, com o dispositivo analítico. Segundo Elia (1995) a sexualidade é, efetivamente, um dos pilares da teoria psicanalítica, embora o seja de acordo com uma noção radicalmente nova em relação a tudo aquilo que a precedeu, e que arremessa a psicanálise definitivamente para fora do campo da psicologia.

Num dos livros da coleção Teoria da Prática Psicanalítica, coordenada por Birman e Nicéas, “A ordem do sexual” (1986), os coordenadores esclarecem, na apresentação, que a intenção da publicação era a de resgatar uma diferença essencial entre o tratamento que a psicanálise dispensa ao sexual, e o modo como o pensamento sexológico coisifica a sexualidade, devendo ser ressaltado basicamente que aos analistas o interesse fica deslocado,

da função, para um campo onde as coisas do sexo são pensadas com categorias da ordem da falta e da linguagem.

Nicéas, no artigo que escreve nesse volume, adverte:

“Freud inaugurou com sua descoberta um campo da sexualidade não delimitado pelas coordenadas anatômicas, perseguindo um para-além da materialidade da carne, ensinando-nos que o sexo biológico subjetiva-se numa dramatização, da qual resulta a entrada do sujeito na estrutura neurótica, psicótica, ou perversa. Freud denunciava em 1919, como inexatas e enganadoras, as teorias apoiadas na constituição bissexual dos indivíduos, antes de tudo, porque alicerçam-se sobre uma sexualidade natural e biologicamente dada. Em 1923, afirma a tese de que o primado é do falo, e não do genital, insistindo na não representabilidade inconsciente da diferença anatômica entre os sexos”.(p.15)

Freud, continua Nicéas, desconfiava das idéias que sustentam um “endógeno” para a origem da sexualidade. A sua concepção de um “sexual-não sexual”, coloca-se num registro de uma sexualidade que nos chega de fora, que nos é exterior, pois estaríamos impotentemente abandonados nas mãos do Outro, dele recebemos cuidados, tornando-nos instrumento de seu gozo.

É da concepção do sexual articulável às exigências introduzidas pela categoria de inconsciente, que a psicanálise trata. Elia (1995) atribui parte do equívoco na concepção do sexual, ao fato de que:

“(…) Freud se vale sempre do verbo comum, para produzir um senso incomum. Isto teria motivado a confusão entre o sexual como instinto e o seu significado pulsional. E o sexual difere do instinto, psicobiológico, na medida em que a pulsão não tem objeto específico, adequado, ou pré-determinado. A pulsão seria o conceito limítrofe entre o somático e o psíquico, responsável pela ruptura do espaço psicofísico entendido como uma unidade, e não algo que seria ao mesmo tempo somático e psíquico”.(p.42-44)

Para Elia, isto significa que o sujeito, na psicanálise, nada mais tem a ver com o psíquico, ou com o psicológico, efeito que corresponde àquilo que no plano tópico constitui a divisão produzida pela introdução do inconsciente.

Uma vez estabelecida essa distinção, torna-se lícito afirmar que certo tipo de crítica que identifica a psicanálise com um dispositivo de controle social a partir da instrumentalização da sexualidade como elemento de manipulação, supõe uma abordagem que não é a que a psicanálise dispensa ao sexual.

Parece-me oportuno, assim, retomar do ponto de partida, rastreando o sentido das críticas ideológicas à psicanálise como intervenção coercitiva, quando esta é oferecida como alternativa de tratamento ambulatorial às classes trabalhadoras. Além de tudo o que já foi dito, considero que cabe finalmente examinar o sentido desse suposto caráter coercitivo ou libertador da psicanálise e o seu modelo de difusão social.

Tendo já definido no que se constitui, para a própria psicanálise, o seu componente libertador, fica implícita a condição de que ele somente se manifesta caso seja alcançado o objetivo da revelação da determinação inconsciente na trajetória de vida. Para tal, seria necessário que não houvesse um desvio na prática analítica, o que determinados autores consideram impossível, levando em conta as vicissitudes que a psicanálise sofre na sua interação social.

Para Castel (1973), o espírito libertador original da psicanálise teria se perdido na história. Afirma que na Europa de Freud, suas descobertas tiveram uma significação progressista, porém este campo de saber foi sofrendo profundas mudanças, e hoje em dia a psicanálise ocupa um lugar privilegiado nas instituições de controle social. Justifica que o dispositivo psicanalítico é dotado de certas particularidades determinantes de seu modo de difusão, que corre o permanente risco de descaracterizar-se, e, deste modo, sua implementação social torna-se capilarizada. Essa realidade criaria uma permanente ameaça de desequilíbrio para os contornos do dispositivo analítico, pela confusão entre os encargos que realmente pode assumir e aos que apenas fornece uma cobertura ideológica.

Figueiredo (1984), em sua dissertação de mestrado sobre a difusão da psicanálise no Rio de Janeiro, considera que para a maioria dos psicanalistas, esta tese de Castel é um equívoco, outra das deturpações às quais a psicanálise está sujeita pela complexidade de seu discurso. Ela, contudo, discorda, atestando que um exemplo disso é a flexibilidade com que o discurso psicanalítico se combina com estratégias das mais liberais até as mais autoritárias. Questiona o motivo de os psicanalistas não se perguntarem porque a psicanálise está sujeita a tantos equívocos, e indaga como e quando ela se exerceria de fato preservada em seu espírito original.

Identifica, por exemplo, a inserção da psicanálise nas instituições psiquiátricas brasileiras a partir da reforma de alguns hospitais, começando por Porto Alegre, com a implantação e surgimento das comunidades terapêuticas. Esse fato teria sido crucial para o processo de profissionalização dos psicólogos na área clínica, e para estreitar sua vinculação à psicanálise, que lhes teria aberto a porta do campo da psicopatologia clínica, antes inteiramente vedado a essa categoria profissional. Segundo o tema de sua investigação, a autora traça a trajetória da difusão do movimento psicanalítico no Rio , quando

“(...) os psicólogos passam de consumidores da psicanálise, e objeto de investimento dos psicanalistas, a produtores de psicanálise, e agentes de sua difusão”(p.47).

Torna-se compreensível, desta forma, que a aparente identidade entre a psicologia e a psicanálise, que tem originado confusões teóricas e clínicas, das quais tenho tratado neste trabalho, percorreu caminhos que estão para além das conseqüências nascidas da oposição entre indivíduo e sociedade, quando teriam sido igualadas pela via do estudo da vida emocional e do mundo interno dos seres humanos. Pode-se supor, considerando também as variáveis mencionadas neste trabalho, que a falsa identidade entre a psicoterapia e a psicanálise se estabelece a partir da maneira como esta se difundiu nesta região, e os contornos e implicações que esta difusão delineou.

De acordo com a autora acima referida, vimos surgir, a partir da década de 70, o aparecimento de uma psicologia psicanalítica que foi determinado por variáveis políticas, econômicas, e históricas, com desdobramentos teóricos e ideológicos. Figueiredo esclarece que a “psicanálise dos psicólogos”, teria nascido não só a partir da difusão do movimento psicanalítico, mas também, indiretamente, a partir dos efeitos da ditadura militar nas instituições de psicanálise na Argentina, e da vinda destes psicanalistas para o Brasil. Este contexto teria expandido, particularmente para o Rio de Janeiro, o movimento de delegação da restauração da vocação subversiva da psicanálise aos psicólogos. Isso iria possibilitar a estes obter uma identidade profissional que se descola do modelo do analista das instituições oficiais, ao mesmo tempo que avaliza sua prática psicanalítica e a reveste de sentido político.

Os argentinos, segundo a autora, tinham como projeto intervencionista (fundamentado numa suposta vocação social libertária da psicanálise) uma concepção preventiva (profilática) aliada à expectativa de mudança social, que combateria a psicanálise como prática elitista, enquanto confinada ao atendimento privado individual, e que teria promovido a desvalorização da imagem do analista tradicional, cada vez mais sendo identificado como reacionário, encastelado na prática privada. Essa correlação que passa a ser estabelecida entre a noção de mudança individual à social, o psicológico ao político, vai servir de modelo e suporte ideológico para uma psicologia psicanalítica, cuja pedra de toque é a expansão da clínica para além do trabalho privado em nome da politização do projeto assistencial. Figueiredo conclui:

“(...) Essa expansão exacerbada, engendra um paradoxo: a psicanálise, ao ser absorvida em diferentes instituições que se configuram como novas áreas de operação - psiquiátrica, escolar, hospitalar, comunitária - produz uma psicologização onde ela se mantém hegemônica como discurso, mas corre o permanente risco de se diluir, nas práticas a que é assimilada, e, finalmente, se descaracteriza. Se a psicanálise sofre essa dupla defasagem entre sua auto-representação (o que é ou não é), e o lugar social que ocupa, entre o apuro da teoria e a banalização da prática, terá sua existência permanentemente condenada ao paradoxo; e, talvez, seja essa sua principal virtude”(p.38).

Certamente, um ponto de vista peculiar, e que remete ao que estamos tentando investigar. Mais uma vez, embora num outro sentido, parece ser confundido o que a psicanálise concebe como libertador, agora utilizado com um significado político, e como isso pode vir a desvirtuar a prática analítica.

O tipo de crítica que esta autora engendra, aponta para o fato de que o lugar que a psicanálise teria ocupado nesta difusão institucional, tem uma determinação social, com o objetivo de promover uma libertação política tanto dos pacientes como dos terapeutas no âmbito do hospital psiquiátrico, considerando que isso interferiria na consistência da prática analítica, e sendo um dos causadores do surgimento da tentativa de associação teórica entre a psicanálise e a psicologia.

Concordo com Figueiredo, que a psicanálise, nesta combinação e finalidade, perderia o seu caráter específico de competência clínica, por um lado, e tampouco contaria com instrumental teórico compatível para uma intervenção política e social, por outro. Entretanto, essa abordagem aporta uma crítica a um aspecto da inserção institucional da psicanálise que não é o que estamos examinando neste trabalho. Quando me proponho a debater a possibilidade da aplicação da psicanálise no campo descrito, suponho que o interesse do analista esteja voltado exclusivamente para a revelação das determinações inconscientes do paciente, referendando sua escuta à teoria psicanalítica. e não a uma leitura ideológica. Parece-me que a autora, ao detectar algumas das origens da inserção da psicanálise na instituição psiquiátrica, e ao revelar que a paternidade do interesse em atender psicanaliticamente às classes populares teria atendido a interesses de mercado políticos e econômicos dos argentinos e da categoria dos psicólogos, por exemplo, não teria argumentos suficientes para sustentar *teoricamente*, com isso, o seu parecer de que essa inserção não seria viável.

O motivo de essa investigação apoiar-se no trabalho realizado numa instituição psiquiátrica previdenciária, tendo daí surgido esta questão, tem, como já vimos, dois desdobramentos: o fato de se ter, também, como clientela, uma população carente, e de se atender num *setting* institucional, com particularidades que, segundo alguns autores, diluem o rigor da prática analítica.

Considero, conforme já mencionei, que o elemento diluidor, impeditivo, da prática analítica, a despeito do apuro teórico que se possa ter, sempre é a resistência. Em que medida a resistência do paciente e do analista se ancoram em algumas especificidades do *setting* institucional? Essas especificidades, a meu ver, estariam relacionadas a uma oposição filosófica e política entre a prática clínica psiquiátrica e psicanalítica, que se manifestariam em certos paradigmas, que examinaremos no próximo tópico, ao tratar da segunda categoria de objeções à inserção da psicanálise nesse âmbito.

2.2 - Clínica Psicanalítica e Clínica Psiquiátrica

As especificidades do *setting* de uma instituição psiquiátrica estão determinadas pelo fato de se tratar de uma instituição médica, estruturada portanto numa ordem médica, que organiza as condutas clínicas que aí tenham lugar, bem como as expectativas de resultados que se possam obter nestas intervenções. Quando os psicanalistas se propõem a ocupar um lugar neste tipo de instituição, precisam saber que são imediatamente colocados pelos pacientes e pela própria instituição num lugar constituído por gerações de médicos. Como psicanalista, sua resposta deverá ser o silêncio, diante de uma demanda médica, o que se torna sobremaneira difícil, manter-se firme neste lugar, sem ceder a apelos que consideramos análogos aos do mecanismo da resistência. Quando não consegue, por algum motivo, suportar essas pressões e sai do lugar de analista, é mais fácil colocar a culpa na instituição

psiquiátrica, do que reconhecer que comportou-se como um Ulisses mal amarrado ao mastro, que sucumbiu ao canto das sereias e do balanço do mar. A instituição psiquiátrica, para o psicanalista, sem dúvida é um mar bravio e agitado, que torna difícil manter firme o leme, particularmente porque deve orientar-se contra a maré.

Os elementos que constituem o critério de eficácia da ordem médica institucional são a concepção de diagnóstico, terapêutico, melhora, cura, sintoma, procura e indicação de tratamento, sendo o que efetivamente a opõem ao dispositivo psicanalítico. Nesta parte do trabalho, proponho-me a refletir sobre os motivos dessa oposição.

O termo institucional, conforme proposição que enunciamos na introdução deste trabalho, estaria associado a uma prática médica, porque para a psicanálise, esta produz os mesmos efeitos e impasses que o mecanismo de resistência. A noção de ordem médica que para nós determina o campo considerado como institucional (e que não se restringe à instituição psiquiátrica nem é privilégio de médicos), extrapolaria o aspecto clínico, e construiria, a partir de um certo tipo de concepção também filosófica, uma objeção ideológica à prática psicanalítica.

No prefácio do livro *A Ordem Médica*, do psiquiatra e psicanalista lacaniano Jean Clavreul (1978), Coutinho Jorge afirma que as relações entre a psicanálise e a medicina são de caráter mutuamente excludentes:

“A psicanálise é o avesso da medicina, e a visada lacaniana faz a exigência de estabelecer a crítica aos desvios teóricos que sofreu a psicanálise, para lhe devolver sua especificidade e rigor. De todos, os mais importantes foram os promovidos pela interferência do discurso médico e psicológico”.(p.8)

Clavreul explicita que:

“O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a sanção terapêutica. Não pode ser a mesma coisa para o psicanalista, cujas referências são outras. Contudo, apesar da difusão da psicanálise, persistem as maiores confusões, mesmo no espírito dos próprios psicanalistas, em particular no momento em que eles se colocam a serviço da ordem médica. Para se separar da

metodologia propriamente médica, é necessário conhecer seus fundamentos de forma diferente da que pensam os próprios médicos, o que não se distingue em nada da idéia ingênua que dela tem o leigo, mesmo e sobretudo se for de formação filosófica ou psicológica. Os psicanalistas perdem toda possibilidade de resistir aos poderes quando teorizam como critério de normalidade a adaptação à sociedade, seguindo assim a inclinação do discreto retorno à ordem médica e universitária. A hipnose e a sugestão estavam em continuidade direta com o discurso médico no sentido de que o médico, aí, mantinha o comando sobre as idéias justas que o doente deveria ter - no lugar das suas próprias - para que desaparecesse a neurose. Alguns analistas só fizeram retomar esta posição considerando que seu papel era dar ao paciente a justa teoria de sua organização libidinal e que sua função era triunfar sobre as resistências que lhe eram opostas (no que não fizeram senão propor um endoutrinamento mais sutil). Mas a teoria psicanalítica não é um corpo doutrinário que seria conveniente ensinar, ela é o conjunto de referências que permitem ao analista ouvir seu paciente. Do que este sofre é de não poder dizer o que tem a dizer, é de não representar suas pulsões a não ser sob a forma desconhecível de seus sintomas. A interpretação do psicanalista não é a enunciação da justa doutrina, mas a pontuação dos cruzamentos significantes onde se detém e se desvia a enunciação do desejo do paciente. Nesse sentido, é a noção mesma de psicoterapia que se acha subvertida pela psicanálise”(p. 181)

Para se separar da metodologia médica, como fala Clavreul, é preciso não ter uma ambição de procurar efeitos, suportar a tensão da expectativa do paciente em que se lhe explique algo, que saia daí com algo que apazigúe o seu choro (uma chupeta ?). Num consultório institucional o psicanalista pode alegar que está premido pela reduzida freqüência das sessões, que a pressão dos colegas ou dos benefícios secundários da medicação inviabilizam o tempo necessário à elaboração de interpretações de forma e não de conteúdo. Contudo sabemos que no consultório particular esse tipo de intervenção feita por psicanalistas encontra certamente um lugar, inclusive porque a semelhança de código linguístico com a maioria dos pacientes, e a difusão social do jargão psicanalítico propiciam isso.

Continuando com Clavreul:

“A norma que o médico aplica é a de uma ordem jurídica, que é uma ética que resulta do discurso médico. Uma e outra se reúnem e se confundem na prescrição, ordenada pelo médico, seguida pelo doente. Assegurar a ordem do organismo é a finalidade da ordem médica.(p.224) (...) A ética se pratica mais do que se explicita. Em toda doença há um questionamento da ordem. Do lado do homem normal e são está o Bem, a imagem à qual pode e deve se identificar. E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis. Tal é o díptico no qual se inscreve

fundamentalmente a ética portada pelo discurso médico. (p.228) (...) O doente que recusa a se tratar coloca-se em contravenção com a lei médica não escrita, ou mesma a lei escrita (vacinação obrigatória).(p.231) O discurso médico instaura uma ordem das coisas, e esta ordem é tão jurídica e normativa quanto a ordem jurídica comum. É um princípio fundamental ao mesmo tempo do fascismo e da medicina: fazer o bem aos outros, eventualmente apesar deles, e à força. A ética médica é portadora de seus próprios impasses. Há um *resto* na operação que comporta o ato fundador do discurso médico: a separação do homem e de sua doença. Este resto é o homem, abandonado aos filósofos, aos padres e aos governantes, que nada têm de mais apressado senão copiar o modelo médico. Resta esperar que os psicanalistas não façam o mesmo. É, entretanto, o que eles fariam, inevitavelmente, se não tomassem o cuidado de se demarcarem fora de um discurso médico, que é em si mesmo perfeitamente respeitável, mas que não se poderia seguir até o imperialismo de que é portador".(p.239)

A esse respeito ocorre-me pensar como parece difícil (embora não impossível) lidar com situações, no consultório institucional, em que a interpretação analítica de determinada demanda de tratamento se configura na sua recusa, porque ela às vezes está a serviço de uma alienação do sujeito. Como o médico está proibido pelo código de ética de recusar tratamento, esse ato analítico é visto muitas vezes com desconfiança, e atribuído a um esteriótipo que costuma vigorar na instituição psiquiátrica, de que o psicanalista trabalha "pouco", uma vez que o seu padrão estatístico de produtividade (tomado como o número de pacientes atendidos por mês) é muito diferente do obtido pelo psiquiatra, em virtude do tempo dispendido nas sessões, e do mesmo paciente ter mais de uma sessão semanal. Por outro lado, sabemos o quanto é difícil, no consultório particular, escutar e interpretar com neutralidade uma demanda de tratamento, principalmente quando isto levar a uma recusa, já que existem implicações financeiras em jogo. Já na instituição psiquiátrica, como existe um vínculo empregatício, não importa quantos pacientes forem atendidos, os honorários não serão afetados. Podemos notar, então, que uma espécie de "ética médica" em não recusar tratamento, pode ter lugar nos consultórios particulares dos psicanalistas, atendendo a uma preservação do interesse econômico.

Coutinho Jorge aponta outros aspectos de como essa ideologia médica e psicanalítica se discriminam:

"(...) A ordem hipocrática é igual à ordem jurídica (no sentido de Kelsen): o direito não fala do ser, mas do dever ser; e o homem em boa saúde, é aquele que deverá ser, se seguir as prescrições. (...) A prescrição é igual à sanção legal no campo jurídico, é um enunciado dogmático. (...) Essa é uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois esta põe em questão o princípio de uma função superegóica de uma ordem perante a qual devemos nos curvar e adaptar; ordem que está na base da sugestão hipnótica, e da posição de sujeito que sabe. Isso que Freud deixou para trás, a sugestão pela livre associação. A escuta do sujeito em livre associação, que não valoriza a priori nenhum elemento do discurso. O único modo pelo qual pode emergir a verdade do sujeito é na transferência. A passagem da sugestão para transferência, da anamnese para a associação livre, é permeada pela nomeação da posição própria ao analista: a neutralidade. Esta não deve ser confundida com máscara de neutralidade. Por estar no registro das aparências, no eixo do imaginário, esconde o poder em jogo. A operação analítica se dá no eixo do simbólico."(p. 13)

"Enquanto representante típico do discurso da ciência, o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto do que enuncia, como daquele que o escuta. (...) O apagamento da subjetividade do médico pode ser evidente na lógica institucional, as observações do prontuário na psiquiatria são sempre iguais"(p.9).

Para Clavreul, o médico faz do discurso uma seleção, não retém senão o que é utilizável, o que convém para o diagnóstico e o tratamento. É preciso sobretudo que ele se proteja do erro, aquele no qual o doente tem chances de fazê-lo cair.

"Para o psicanalista é, ao contrário, o erro que é seu fio condutor, aquele que o preservará da errância que o faria cair numa apreciação vaga e intuitiva dos fatores psíquicos. São os erros que constituem o objeto dos primeiros estudos de Freud: os sonhos, os atos falhos, os lapsos, a histeria. Eis o que se opõe ao austero rigor que exige a ciência: e estamos bem longe da majestade do discurso científico, que distingue o erro e a verdade, a imaginação e a realidade, a aparência e a essência. Mas psicanalista está condenado a seguir o fio do discurso..."(p.36)

Essa afirmação de Clavreul corrobora a demonstração da inutilidade dos esforços da psicanálise em representar-se segundo os parâmetros científicos positivistas:

"A psicanálise não correspondeu à expectativa do cientista, nem por sua metodologia, nem por seus resultados. Muito particularmente, ela não correspondeu à expectativa do médico, por sua inaptidão radical para colocar em relação causal fatos psíquicos com efeitos biológicos, ou doenças. Lacan diz: "Nós não acreditamos no objeto. O cientista só crê no objeto, ou melhor, ele só quer acreditar nele. Para nós,

psicanalistas, é enquanto faltoso, ou melhor "objeto a", que o objeto funciona, isto é, que ele faz funcionar o desejo."(p.267).

Embora seja possível guardar uma discriminação definitiva, no que se refere ao campo da psicanálise e deste "institucional" referido à ordem médica, observa-se, nesse sentido alertado por Clavreul, que essa contaminação e desvio da psicanálise determinado pela ordem médica, pode ser percebido não só com relação aos psicanalistas, mas eventualmente na própria episteme da psicanálise. Na própria teoria psicanalítica verificamos uma tentativa de referência a parâmetros empiristas e científicos, que poderiam ter conferido confiabilidade e ter facilitado a aceitação da psicanálise freudiana à época de seu nascimento, o que teria sido finalmente erradicado na abordagem lacaniana.

Vai se construindo desta maneira, uma diferença epistemológica entre os objetivos médicos e a psicanálise, que começa dentro do próprio corpo da teoria psicanalítica, e que vai se desdobrando até limites de extensão apenas delineados. A oposição ao empirismo, e não apenas no plano geral da teoria, mas contrariando toda uma tendência empirista no movimento psicanalítico, é absolutamente essencial, e, como diz Alain Juranville (1987), por que não falar em termos de um combate, propriamente dito.

De acordo com este autor, Freud não teria fornecido um conceito satisfatório do inconsciente, já que, interessado em comprová-lo cientificamente, o teria atrelado às manifestações neuróticas, como única forma de objeto (os sintomas) que poderiam discriminá-lo da consciência, e com isso determina o conceito de inconsciente como algo do qual seria ilusoriamente possível desfazer-se. Ainda assim, não satisfaz os parâmetros científicos:

"(...), a ciência não pode privilegiar nenhum sentido, e Freud assim entra em oposição radical, na sua idéia do inconsciente, com os pressupostos da ciência. As características próprias da representação de coisa, tal como Freud as demonstra no inconsciente, encontram-se efetivamente no significante. A dedução da existência do inconsciente a partir do lógico, portanto, é efetivamente realizada por Lacan, deixando de

haver assim a necessidade de tentar a impossível verificação experimental, e a psicanálise viu-se livre dessa fixação”(p.26).

As exigências de uma prática psiquiátrica tradicional são voltadas para a obtenção de uma eficácia que tem suas bases na cientificidade empirista. Essa determinação se manifesta principalmente na conduta em relação à avaliação diagnóstica e ao sintoma. A psicanálise deve abordar essa conduta e esse fenômeno a partir do estruturalismo, referido à dialética, na estratégia de intervenção clínica, pois esse é o modelo teórico que se presta a suas finalidade. Além disso, desde a ruptura que se deu a partir da reformulação teórica do método sugestivo para o psicanalítico, o sintoma não é mais o alvo da tarefa analítica. A cura do sintoma vem como consequência na modificação da economia psíquica do sujeito, que se constitui no real objetivo do tratamento. O centro da preocupação fica deslocado do sintoma para as resistências que mantêm as repressões patogênicas, ocorrendo o descentramento do sintoma, e a definição do trabalho analítico é sustentada na superação das resistências.

A noção de valor de uma estrutura é que a significação de uma palavra não depende da relação significante-significado, mas de sua relação com todas as outras palavras do sistema, articuladas em campos semânticos. A definição da significação se dá pelas diferenças, pela negatividade. É este processo de uma determinação recíproca no interior da relação que nos permite definir a natureza simbólica. Esse sistema de formas e regras, é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente, conforme aponta Lacan.

Lacan utiliza a dialética da intersubjetividade (em 1954 - posição que abandonará mais tarde - 1967) no sentido que a subjetividade não é apenas a intencional (fenomenológica), mas determinada e intencionalizada por um conjunto de leis (inconscientes) e regras próprias a essa estrutura. Associa, assim, estruturalismo e dialética - e a estrutura historicizada (um

diagnóstico, por exemplo), na medida em que trabalha com o vir a ser e o sujeito no tempo - o dizível e o indizível (a descrição do sintoma).

Joël Dor (1991) trata extensivamente dessa associação em um conjunto de seminários que foram reunidos sob o título Estruturas e Clínica Psicanalítica, além de diferenciar esse manejo daquele utilizado na clínica médica tradicional.

Aponta, primeiramente, como a questão do diagnóstico remete-nos à dimensão de um “embaraço técnico” no campo do inconsciente, já que essa avaliação remete habitualmente a uma abordagem quase exclusivamente “topográfica”. Propõe introduzir a noção de diagnóstico na perspectiva estrutural, que trabalha uma descrição dinâmica da economia das estruturas psicopatológicas.

Desde 1895, na publicação dos “Estudos sobre a Histeria”, Freud percebe e faz modificações radicais a respeito desse mesmo embaraço de que nos fala Dor. A partir do estudo dos casos clínicos de cinco pacientes histéricas, ele introduz um corte com a clínica médica no trato dos transtornos mentais, e no conceito de saúde e doença, que em termos gerais, perduram até hoje. As manifestações patológicas são identificadas com alguns tipos de funcionamento mental normal, e transformam a noção de desordem mental numa alteração quantitativa. Os sintomas perdem sua função nosológica e adquirem um significado etiológico. A psicopatologia perde a conotação da classificação psiquiátrica de categorias nosográficas e passa a ser ordenada segundo categorias de mecanismos psíquicos de defesa. Começa a delinear os primeiros postulados referentes a relatos de casos clínicos numa perspectiva dos processos mentais inconscientes, elabora os primeiros princípios técnicos, e define minimamente a expectativa de resultados que a psicanálise pode almejar.

No capítulo referente à síntese de postulados da Psicoterapia da Histeria (1895), Freud já define a relativização do diagnóstico: não se pode ter uma visão diagnóstica antes do caso

terminar. Fala da necessidade do analista de suportar o desconhecimento, única possibilidade para que se abra o espaço transferencial, sob os auspícios da abstinência.

A propósito do significado do diagnóstico em psicanálise, ocorre-nos o modelo de jogo de xadrez que Freud oferece em 1913, para entender o percurso que vai da elaboração do diagnóstico à cura analítica, permeado pelas dificuldades que este nos apresenta: "somente as manobras do início e do fim permitem dar, desse jogo, uma descrição esquemática completa". Assim, já em 1895 ele postulava que, para estar apto a compreender o caso em detalhe, era necessário estabelecer um diagnóstico, para determinar a orientação do tratamento. Mas a ambigüidade já se havia também colocado: como estabelecer precocemente um diagnóstico para decidir quanto à condução da cura, enquanto a pertinência deste diagnóstico só receberia confirmação após um certo tempo de tratamento ? Esta dimensão paradoxal constitui a especificidade do diagnóstico em psicanálise.

Além disso, não se pode deixar de mencionar que no campo do saber psicanalítico considera-se o aspecto do endereçamento transferencial na construção do diagnóstico. Uma vez supondo-se que a significação atribuída pelo psicanalista não está referida a uma prática de tradução, mas sim que a decodificação nosológica que será realizada, o será em função do que o analisando apresentou para aquele analista (função de ficção), e do que será resignificado na relação transferencial, ao longo do tratamento, é plausível afirmar que isto discrimina definitivamente o diagnóstico psicanalítico, da invariabilidade de classificação, objetiva reunião de sinais, almejada na prática psiquiátrica.

A psicanálise mantém ainda, desde 1895 até hoje, as hipóteses da inalterabilidade do reprimido, e da linguagem como substituta das ações, cobrindo um percurso que vai da sugestão, passando pela associação livre, a análise de sonhos, a compreensão do

funcionamento por processo primário, a repressão, a resistência, a interpretação na transferência

Nessa transição do método catártico para o de associação livre, é da noção de economia psíquica que é manifestada simbolicamente no sintoma, que se revela a impossibilidade de uma mudança instrumentalizada pela ab-reação, mas sim pela elaboração. Nesse sentido, o alívio sintomático perde sua função mediata. Isso tem implicações que ainda não foram inteiramente definidas, e que me parecem apontar para as diferenças entre a prática psicoterápica e o dispositivo psicanalítico, na intervenção clínica. A psicoterapia não parte de um referencial que abranja a noção de economia psíquica, e não associa o sentido e direção da cura à elaboração, mas sim à ab-reação, obtendo com isso efeitos anestésicos, empíricos, representados na ordem médica, e por esse motivo seria tão bem aceita e indicada no âmbito das instituições médicas, ou entre psiquiatras de orientação tradicional (que buscam resultados empíricos, como a remissão sintomatológica).

Aprendemos já com Ana O. que a agudização do sintoma não significa uma piora, que a linguagem é o caminho, que o temor da lembrança remete à resistência, revelando o inconsciente. Frau Emmy, a madrinha da associação livre, já nos apontava a direção para revelar a dimensão do desejo e resistência do analista (em escutar, em retirar seu ego, seus interesses *científicos* de cena). Lucy nos mostra o uso do divã, e conduz à crítica da remissão sintomatológica. Katharina revela o “a posteriori”, semente da noção de elaboração. Elizabeth, finalmente, (primeiro caso considerado como uma análise integral da histeria), nos faz compreender a natureza da investigação analítica, na técnica de “escavar a cidade soterrada”, através da análise das resistências, indicando a Freud a noção da necessidade da confiança irrestrita na técnica, as primeiras abordagens do significado da interpretação e da noção de *timing*, da garimpagem das fissuras no discurso.

Na "Conferência Introdutória XXXI" de 1933, Freud refaz o apanhado já esboçado em 1895 sobre a trajetória da teoria psicanalítica, que parte da descoberta do significado simbólico do sintoma, evidenciado no tratamento de histéricas, (que comprova a existência do inconsciente, identificado como a sede da vida instintiva), e dá um novo sentido, ao até então conhecido, do adoecer psíquico: passa a significar o resultado de um conflito entre as exigências da vida instintual e a resistência contra elas (o motor da repressão).

Segundo a concepção de Dor, o diagnóstico é em geral entendido como um ato médico mobilizado por objetivos de observação (para determinar a natureza de uma doença pela semiologia), e de classificação (localizando um estado patológico no quadro de uma nosografia). Propõe-se a estabelecer um prognóstico, e selecionar uma estratégia de tratamento. Com essa finalidade dispõe, como já vimos, do sistema de investigação médica, composto dos instrumentos de anamnese e exames.

No campo psicanalítico esses instrumentos são inviáveis, pela estrutura do sujeito. A única técnica de investigação que o analista dispõe é a sua escuta. É na dimensão do dizer e do dito que se delimitará o campo de investigação clínica. Dor nos recorda que esse espaço de palavra está saturado de *mentira* e tem o imaginário como parasita. Por esse motivo o diagnóstico se subtrai aos dados empiricamente controláveis: sua avaliação é essencialmente subjetiva na medida em que só se sustenta a partir do discurso do paciente, e toma apoio na subjetividade do analista que ouve.

Esse campo intersubjetivo possui, contudo, uma organização minimamente estável, já que o campo psicanalítico não é puramente empático ou de influências sugestivas, desde que Freud discriminou-o da sugestão. Por esse motivo pode-se definir certa topografia das afecções psicopatológicas. Essa topografia decorre de um certo modo de balizamento que leva

em conta as propriedades fundamentais da causalidade psíquica e, particularmente, o caráter imprevisível dos efeitos do inconsciente.

Desta maneira, a relação lógica que existe entre um diagnóstico e a escolha do tratamento é uma relação singular; não remete a uma implicação lógica, como é o caso na clínica médica. O analista deve estar apto a se apoiar em certos elementos estáveis, tanto na elaboração do diagnóstico quanto na escolha da condução da cura, que daí depende. Isso necessita de uma grande vigilância, e aponta para o perigo da psicanálise selvagem, denunciada por Freud. Mostra-nos como esta sempre se origina de uma racionalização causalista precipitada e fundada num encaminhamento hipotético dedutivo, que não considera a distância que separa o dizer do dito.

O ato psicanalítico não pode se apoiar prontamente na identificação diagnóstica, e a interpretação (instrumento de intervenção terapêutica dessa prática), não pode se constituir como consequência lógica de um diagnóstico, o que opõe definitivamente a psicanálise e a lógica formal, também sob esse ângulo.

Dor formula que esse diagnóstico estrutural dialético da psicanálise tem uma dimensão potencial:

“(…) é ato deliberadamente posto em suspenso e relegado a um devir (é quase impossível determinar, com segurança, uma avaliação diagnóstica sem o apoio de um certo tempo de análise - mas é preciso ter o mais rápido possível uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura). A ação terapêutica da interpretação fica retardada, e se coloca o tempo necessário à observação, dedicado à entrevista preliminar, ou tratamento de experiência, como queria Freud”.(p.15)

O principal problema da avaliação diagnóstica, situa-se na importância que assume, para a psicanálise, o discurso livre. O importante é o dizer, não o dito. É o puro significante e suas inter-relações. Daí decorre a posição de destaque que a escuta assume, uma vez que esse instrumento é o único de discriminação diagnóstica, e deve ser prioritário ao saber nosográfico e racionalizações causalistas, pois vai revelar as distorções no discurso.

Na prática clínica médica é usual estabelecer correlações entre especificidade do sintoma e identificação do diagnóstico. Tal associação só pode ser eficaz caso haja um determinismo orgânico, o que não ocorre na psicanálise, uma vez que a causalidade psíquica procede por outras vias.

O sucesso da terapêutica médica depende da fixidez das ocorrências causais. A causalidade psíquica não obedece àquelas linhas de regularidade. Não existem agenciamentos estáveis entre a natureza das causas e dos efeitos. A causalidade não é objeto de leis, no sentido empírico do termo. Por esse motivo não há inferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos na determinação de um diagnóstico.

Essa descontinuidade entre a observação do sintoma e a avaliação diagnóstica impõe que se recoloque o problema à luz da especificidade dos processos inconscientes, que não podem ser observados diretamente, mas apenas mediados pelas palavras. Embora a prescrição freudiana mais fundamental seja a de que o sonho é a única via real que leva ao inconsciente, sabemos que ele só é acessível pelo discurso do sujeito.

É nos desdobramentos do dizer que se manifestam as referências diagnósticas estruturais, como incisões significativas do desejo, que se exprimem naquele que fala. Essas referências são indícios que dão contorno ao funcionamento da estrutura subjetiva. Fornecem informações quanto ao funcionamento da estrutura porque representam "painéis de significação" impostos pela dinâmica do desejo. A especificidade da estrutura de um sujeito se caracteriza por um perfil da economia de seu desejo, governada por uma trajetória estereotipada. Poderíamos falar, nesses termos, na história do desenvolvimento da libido, constituindo uma estrutura historicizada pelas insatisfações libidinais. São essas trajetórias, estabilizadas, que Dor chama de traços estruturais. As referências diagnósticas estruturais aparecem como indícios codificados pelos traços da estrutura, que são testemunhas da

economia do desejo. Daí a necessidade de se estabelecer a diferença entre os sintomas e os traços estruturais.

Lacan (1953) afirma que o sintoma se resolve inteiro numa análise da linguagem, porque é ele próprio estruturado como uma linguagem, ele é linguagem, da qual a palavra deve ser liberta. Na medida em que a formação do sintoma é determinada pela palavra, pela linguagem, o diagnóstico não pode deixar de se ver aí concernido. A investigação diagnóstica deve se prolongar para aquém do sintoma, num espaço intersubjetivo, aquele que é ordenado pela articulação da palavra.

Para Freud (1926) o sintoma surge de um impulso instintual prejudicialmente afetado pela repressão, como uma falha deste processo, e que busca compulsivamente a "palavra"(idéia), que foi retirada pelo ego, na repetição de um significado que precisa ser cada vez mais mantido à distância da consciência, através da luta defensiva secundária, manifestada na resistência.

São formados para fugir a uma geração de ansiedade, em virtude dos conflitos que passam a ocorrer intra-psiquicamente. Passam a representar e substituir processos psíquicos, desejos, idéias, emocionalmente carregados de energia libidinosa, que foram impedidos de obter descarga em atividade psíquica, (representação) por algum tipo de defesa empregada pelo ego (regressão, repressão, ou outras mais primitivas), a partir da reprodução do sinal de ansiedade. Sua formação (dos sintomas) tem como objetivo (e resultado) a dissolução do complexo de Édipo; a força motora da oposição do ego é a representação da castração.

O sintoma é sempre sobredeterminado, está sempre diretamente ligado à ação do processo primário (condensação). Lacan descreve o sintoma como metáfora, uma substituição significante (deslocamento). Nessas condições, a natureza do sintoma tem sempre apenas um valor significativo tão aleatório quanto imprevisível - enquanto formação do inconsciente, o

sintoma se constitui por sucessivas estratificações significantes. Nessa estratificação, a seleção (o paradigma) dos significantes não obedece a qualquer princípio de escolha estável. É a ação simultânea dos processos metafóricos e metonímicos que opera esta seleção

Pretendi apresentar, assim, como se desdobram, na epistemologia da teoria que orienta as condutas clínicas, as diferenças de origem filosófica do campo da psicanálise e o da instituição, como representante das leis da ordem médica. Essas diferenças específicas que foram abordadas remetem a uma oposição restrita basicamente à conduta clínica psicanalítica e à psiquiátrica, com relação à avaliação diagnóstica, entrevistas preliminares, concepção e manejo do sintoma, conceito de saúde e doença, melhora e piora, cura e finalidade de tratamento, e estratégia terapêutica. Essas divergências apontariam para as incompatibilidades clínicas entre a psicanálise e a instituição médica.

Clavreul fala sobre as diferenças de enfoque ao pedido de tratamento da medicina para a psicanálise. Existe uma convenção implícita da consulta médica, de que o consultante está doente, e espera do médico não mais estar. Os médicos lidam com “repugnância” (segundo o autor) quando a convenção implícita do pedido de cura é colocada em causa, quando o consultante tem interesse em ser reconhecido como doente, por exemplo (escapar de obrigações, indenizações, etc.).

“ Não é necessário que haja algum interesse secundário para que a convenção implícita de cura seja pervertida. O médico desincumbe-se às vezes dessa situação passando-a para um psicoterapeuta, ou freqüentemente ele mesmo tenta manejar a situação, mas em muitos casos é uma iniciativa destinada ao fracasso, pois o doente, justamente, deseja ser reconhecido apenas num lugar de doente, no discurso médico, e em nenhuma outra parte. O médico não pode se recusar a responder ao que lhe é pedido, pois sua ética o obriga a fazê-lo.” (...)“O sofrimento do doente é sempre também espera do reencontro com o objeto a, lembrança da esperança de que uma mão socorredora e providencial soube o que convinha para assegurar um gozo reencontrado de seu próprio corpo e o soube com um saber que ele mesmo não podia ter na confusão de suas sensações. Do mesmo modo, ele espera que um outro, o médico, detenha a verdade sobre seu sofrimento e o apazigüe. Deste sofrimento o médico não quer e não pode nada saber. O sofrimento no discurso médico se nomeia dor, ou opressão, ou febre, etc. Ele existe para o médico, apenas como um sintoma, isto é, na medida em que é formulável nos

significantes constituintes de uma síndrome que caiba na nosologia".(p.156)

Desta maneira, o pedido de tratamento como é compreendido pela psicanálise, não corresponde necessariamente a um desejo de cura. Conforme explicita Pierre Rey (1990) em seu relato da análise que fez por dez anos com Lacan:

"Uma constante da vida psíquica, é que ninguém faz questão de se privar de sua neurose. Esta oferece vantagens secundárias demais para ser entregue de bandeja ao primeiro analista que aparecer".(p.149)

A neurose é, segundo Freud, a solução mais econômica para os conflitos. O que constitui, pois, questão para o psicanalista, é o que determina alguém a consultá-lo. O que determina alguém a pedir uma análise é pouco localizável em função dos critérios médicos tradicionais.

Para Clavreul, outro elemento que atesta a existência do ato médico é a entrega de uma prescrição, que é fruto de uma ordem, é também uma ordenação. Pode ser de repouso, de higiene, de dietética, cirurgia, mas é sobretudo a outorgação do medicamento. Segundo Balint (citado por Clavreul), por intermédio do medicamento é o próprio médico que se dá. Nesse sentido, entre outros, não se deve interpretar a relação médico-doente como uma relação interpessoal. Não é o médico como pessoa, mas como representante de um corpo constituído, o corpo médico, como participante de um saber misterioso, que dá o medicamento ao doente. Todos os psicofármacos estão verdadeiramente "no lugar do" que não pode ser dado, portadores da função do objeto "a".

"O medicamento não funda a relação médico-doente mais que o dinheiro. Mas tanto um quanto o outro lastram um ato que necessita que seja respeitado um certo ritual, em que a ficção da relação se traduz pela ficção de uma troca: dinheiro contra receita. É por aí que ambos os participantes se garantem de que um ato foi efetuado"(p.218-219). "(...) O médico é objeto do desejo do doente numa relação de tipo transferencial como fala a psicanálise. O desejo dirigido à pessoa do médico se confunde com o desejo que ele tem de se apropriar do seu saber, ou, antes, dos benefícios desse saber. Na falta de tomar o médico, toma-se o medicamento. A absorção faz a identificação, e é esta que é portadora de cura".(p.115)

Expus até aqui, o que me parece verdadeiramente definir as oposições que possam ser apontadas entre a psicanálise e o institucional, e que se manifestam em paradigmas clínicos. Representações estas que podem ser encontradas, como referi anteriormente, não exclusivamente nas instituições médicas, mas dentro do próprio seio da episteme da teoria psicanalítica (as intenções científicas de Freud, como vimos), ou ainda nas representações médicas (empiristas, racionalistas causais) de terapêutico, sintoma, diagnóstico, cura, intervenção, que os próprios psicanalistas tragam marcadas em suas identidades profissionais, e projetem no seu ato clínico.

2.3 - Questões Metodológicas da Psicanálise na Instituição Psiquiátrica

Discutirei, neste segmento do trabalho, os conceitos que são apresentados como justificativa para o questionamento feito por alguns teóricos, ou pela instituição psicanalítica (em defesa do rigor teórico do exercício da psicanálise), sobre a viabilidade do exercício dessa prática numa instituição psiquiátrica. Ainda que estejamos falando de um setor institucional - o ambulatório - que exclui as vicissitudes de uma situação de internação, e circunscreve o *setting* em questão a um consultório que atende pacientes externos, e que vêm procurar tratamento espontaneamente, mesmo assim a aplicação do dispositivo analítico é alvo de críticas quanto à sua adequação.

Ao nomear essa discussão de metodológica, quero referir-me aos impasses que surgem da aplicação da teoria à prática, no caso os elementos da teoria psicanalítica que produzem controvérsia ao serem contextualizados no consultório de uma instituição psiquiátrica. Esses elementos são a definição de *setting*, o significado de neutralidade, o estabelecimento e manejo interpretativo da transferência e a superação das resistências.

Os impasses apresentados por alguns autores fazem refletir de que maneira esses problemas de aplicação da teoria à prática seriam considerados como contornáveis ou inexistentes no consultório particular, basicamente supondo que nesse espaço não ocorreriam variáveis impeditivas ao trabalho analítico, e que o processo transferencial se daria num modelo de relação *dual*. Torna-se necessário, desta forma, precisar teoricamente os conceitos implicados nessa discussão, os contornos que eles vão assumindo na medida de um aprofundamento, e os desdobramentos que aportam à investigação. A partir daí, estabelecerei um confronto com as críticas e objeções que forem sendo apresentadas.

No prefácio do editor ao artigo "A Dinâmica da Transferência" (1912), este deixa claro que Freud empreende um exame mais teórico do que técnico da transferência. Embora não explicita exatamente o que fica de fora, parece-me que essa abordagem não contempla descrições relativas ao manejo interpretativo da transferência, nem tampouco ao que seria sua dissolução, a superação das resistências. Ele define aí que somente parte dos impulsos que determinam a vida erótica passam por todo o processo de desenvolvimento psíquico - a outra parte é desconhecida pela consciência. Postula que a insatisfação libidinal desencadeia a aplicação do clichê estereotípico da vida erótica (a pulsão mais a experiência dos primeiros anos será repetida ou reimpressa). Isso vai ocorrer também em relação ao analista, e constitui a transferência. Apóia-se no conceito de introversão da libido de Jung, e explica como parte da libido que é capaz de se tornar consciente e dirigida para a realidade é diminuída; a parte que é inconsciente e se dirige para longe da realidade é ampliada - e a libido então regride e revive imagens infantis.

Considera que o tratamento analítico rastreia a libido para torná-la acessível à consciência e útil à realidade. Quando as investigações da análise deparam com a libido retirada, todas as forças que fizeram a libido regredir erguem-se como resistência ao trabalho

analítico. Para liberar a libido, a atração do inconsciente tem que ser superada, a repressão das pulsões inconscientes e suas produções, devem ser removidas. Segundo Freud, o complexo patogênico e sua representação na consciência pode ser o sintoma ou algo ininteligível. Quando algo no material complexo serve para ser projetado no médico, tem início a transferência. O paciente produz a associação seguinte e esta se anuncia por sinais de resistência (uma interrupção no discurso ou no próprio fluxo de pensamentos, por exemplo). A idéia da transferência penetra na consciência, porque satisfaz a resistência.

Freud enfatiza que quando o paciente se dá conta de que as deformações não protegem da revelação do material patogênico, mais sistematicamente faz uso da deformação mediante a transferência. O processo tende a uma situação em que todo conflito tem que ser combatido na esfera da transferência. Assim, esta é a arma mais forte da resistência, e a persistência e intensidade da transferência constituem efeito e expressão daquela.

Laplanche/Pontalis (1970), definem a transferência como modo de deslocamento, no plano teórico, de um afeto, de uma representação para outra. A transferência ocorre como uma repetição, e não como uma recordação (já que não se pode lembrar de tudo o que é recalcado, mas se pode repetí-lo no presente). Nesse sentido se estabelece uma equivalência econômica estrutural entre as reações transferenciais e os sintomas. A repetição seria o equivalente simbólico do transferido. O que é transferido não é o vivido, mas a realidade psíquica - o desejo inconsciente e os fantasmas conexos.

Afirmam que o tratamento psicanalítico é caracterizado pela instalação, interpretação e resolução da transferência. Tecnicamente lembram que deve-se limitar o máximo possível a extensão da neurose de transferência como repetição, e tentar levar todo o processo para o plano da rememoração, apoiando-se nas construções. Enfatizam que, dos debates originados por esse tema, os mais importantes são os que têm implicações técnicas, a respeito da relação

da transferência com a realidade (como fazer analogia entre a história do paciente e a situação fictícia da relação analítica), a função da transferência no tratamento (os valores terapêuticos da rememoração ou da repetição), e a natureza do que é transferido (padrões, relações objetais, afetos, fantasmas, instâncias psíquicas).

Ferenczi também considerou, a princípio, que transferência é somente um caso especial de inclinação neurótica ao deslocamento. Lacan (1960-61), no seu Seminário sobre a Transferência, toma esse ponto e o relaciona à noção de que o sujeito que fala é constituído pela cadeia de significantes inconscientes. A metonímia é um fenômeno que se produz no sujeito como suporte da cadeia de significantes. Existe a possibilidade de deslizamento infinito dos significantes sob a continuidade da cadeia. Tudo o que se acha associado à cadeia é capaz de poder ser tomado como equivalente. Conclui a priori que a transferência, por esse motivo, poderia ser considerada um automatismo de repetição; mas vai retificar posteriormente esse ponto de vista, e chega à conclusão oposta, apoiado no sentido de que o transferido é uma função. Essa seria a função de ficção da transferência, e nesse construto o sujeito fabricaria, construiria algo (que já não seria da ordem da repetição). Retomarei essa questão mais adiante, articulando-a com a experiência institucional.

Lacan considera ainda que a transferência vai se tratar na disparidade subjetiva, o que está para além da simples noção de dissimetria entre os sujeitos. O termo intersubjetividade não dá conta de explicitar o conjunto de leis que determina as relações entre os elementos da estrutura. Lembra que a transferência é descoberta por Freud, em sua origem, como um processo espontâneo. Afirma que esse fenômeno é manejável pela interpretação, e constitui-se como um recurso necessário à realização da rememoração no sujeito, que é permeável à ação da fala (a interpretação). O fenômeno da transferência é ele próprio colocado em posição de sustentáculo da ação da fala (já que esta só se mantém pela transferência). A presença do

passado é a realidade da transferência, mas considera que essa reprodução (rememoração) se distingue de uma simples apassivação do sujeito (automatismo de repetição). Conclui que se a reprodução é um ato (a fala), então existe na manifestação da transferência algo de criador. Sustenta essa concepção, utilizando-se (embora discordando de seu percurso) de considerações de Lagache e Numberg, que introduzem uma distinção entre o conceito de repetição de necessidade e necessidade de repetição, diferenciando a noção da transferência da realidade para a do automatismo de repetição.

Numberg (1951) enuncia que a compulsão à repetição olha em direção ao passado, a transferência no sentido da atualidade (a realidade); desta forma, em certo sentido, em direção ao futuro. A compulsão à repetição procura congelar, fixar, a antiga realidade psíquica, e se converte assim em uma força regressiva; a transferência tenta reviver essas formações psíquicas congeladas, descarregar sua energia, e satisfazê-las em uma realidade nova e presente; converte-se, assim, segundo ele, em uma força progressiva.

Lagache (1952) lança mão do conceito de “Efeito Zeigarnik”, de autoria de Maslow e Mittelmann (1941), para justificar sua posição, que será retomada por Lacan:

“(...) pensaram em comparar a repetição na vida com o efeito Zeigarnik, quer dizer, com o fato de que as tarefas sem terminar tendem a ser recordadas melhor e retomadas com mais freqüência que as tarefas terminadas”. (p.128)

Lagache pensou em comparar a repetição transferencial com o Efeito Zeigarnik. Os conflitos infantis poderiam comparar-se a tarefas não resolvidas; a disposição à transferência seria a persistência das tensões conectadas com as necessidades e com as emoções reprimidas. A experiência infantil teria sido uma série de tentativas que chegaram a um fracasso e a uma ferida narcísica; a repressão primária resulta no predomínio momentâneo da defesa do ego; mas a renúncia não foi necessariamente completa nem definitiva; ao contrário, é mais fácil renunciar com esperança de uma solução melhor, intervindo a defesa para colocar em

suspensão a situação inacabada. Nesse sentido, haveria que determinar a participação da ferida narcisista mencionada por Freud na tensão relacionada às necessidades e emoções reprimidas. Esta ferida não motivaria somente a defesa do ego, mas também uma necessidade de reparação narcisista. Conclui que nas origens da transferência, não somente se encontraria a frustração das pulsões instintivas, mas uma privação perigosa e humilhante para o ego.

Freud teria explicado a produção da transferência pela pressão das tendências reprimidas, dos conflitos não resolvidos. Esse fenômeno desencadearia o automatismo de repetição, porque este é considerado um mecanismo regulador, cuja função é descarregar as tensões produzidas pelas experiências traumáticas, estando submetido, pois, ao princípio do prazer. Devemos ter em mente, contudo, que este conceito foi elaborado antes de 1920, quando a noção de compulsão à repetição (Para além do Princípio do Prazer) ainda não estava definida.

Lagache coloca que as diferentes facetas do ciclo de comportamento transferido têm uma unidade não só de estrutura, mas de significado. Uma interpretação transferencial, tem por objetivo assinalar esse significado. O que o psicanalista capta, formula e comunica como interpretação tem uma função na interação do paciente com o ambiente analítico. Conseqüentemente, conclui que a transferência é essencialmente de significado funcional, ou seja, de função ou de significado. Essa hipótese implica em afirmar que a repetição não é um fator primário, mas funcional, ou, pelo menos, um fator isolado, não uma mera necessidade de repetição.

Lacan (1960-1961), referindo-se a essas análises do conceito transferencial, conclui que na transferência o sujeito fabrica, constrói algo, que seria a função de ficção da transferência:

“Vamos tomar inicialmente a necessidade de repetição. Não há dúvida, não podemos formular de outra maneira os fenômenos da transferência, a não ser sob a forma enigmática seguinte: por que é preciso que o sujeito repita,

perpetuamente, uma significação?"(...) "a transferência é a repetição de uma necessidade, que pode se manifestar, em certo momento, como transferência, e num outro como necessidade." (...) "chegamos aqui ao ponto onde a transferência aparece como, falando propriamente, uma fonte de ficção; qual a natureza dessa ficção? qual o seu objeto? o que é que se finge?" (...) "Em outras palavras, parece-me impossível eliminar do fenômeno da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Este fato é constitutivo. Ele constitui uma fronteira e nos instrui para não engolfar o fenômeno da transferência na possibilidade geral de repetição que a própria existência do inconsciente constitui. Ora, na análise, existem com certeza repetições ligadas à constante da cadeia significante no sujeito. Essas repetições devem ser estritamente distintas daquilo que podemos chamar de transferência, mesmo que possam, em certos casos, ter efeitos homólogos." (p.176-177). .

Freud afirmara, já em 1920, que a transferência, a neurose traumática, e o jogo das crianças, são os dados psicológicos que falam da existência de um automatismo de repetição que transcende o princípio de prazer. Em *Recordar, Repetir, Elaborar* (1914), destaca o caráter compulsivo da repetição transferencial: "A tendência à repetição, na transferência, se sobrepõe ao princípio do prazer, e o transcende". (p.198)

Consideramos contraditórias as posturas de Lacan e de Lagache com a de Freud. Isto acarretaria em que a posição freudiana em relação à transferência legitimaria as críticas à possibilidade de manejo transferencial na instituição. Pensamos que se a transferência é de função, e, portanto, criadora, ela não se empobreceria com o sistema de lateralidade transferencial que se processa na instituição. Entretanto, se ela for exclusivamente para descarga, reguladora de um estrangulamento de energia psíquica, então seria necessário que ela estivesse toda concentrada no analista, para que houvesse chance de manejo interpretativo.

Este nos parece ser o ponto que diferencia ou pode fazer problema no contexto da transferência que ocorre no âmbito institucional, e no âmbito privado. Contudo, não são estes, em geral, os problemas levantados ao trabalho da psicanálise no consultório institucional.

Ponczek (1980) dedicou sua dissertação de mestrado a investigar os motivos da necessidade de adaptação na técnica psicanalítica, quando transposta para ambulatórios de

instituições psiquiátricas previdenciárias. Neste trabalho, parece-me que é possível contar com uma síntese das questões levantadas, em geral, a esse respeito. A autora afirma que a instituição promove confrontos com alguns aspectos básicos dos princípios da psicanálise freudiana: a questão do contrato (em função da duração e da frequência das sessões, e dos honorários), e o manejo da transferência e resistência. Parte da premissa que as características do contexto da instituição psiquiátrica diferem estruturalmente das de consultório privado, e por isso as modificações se fazem necessárias.

A autora coloca como empecilho à psicanálise, uma situação derivada (outra vez) de um eventual desnível socio-econômico entre paciente e analista (segundo ela, frequentes em ambulatórios de instituições públicas): essa característica teria uma implicação técnica, que seria a questão dos honorários e da linguagem do analista, aspectos que interferem no manejo de um dos conceitos fundamentais da técnica, que é a resistência. Nesse sentido, faltas, abandonos de tratamento, ou incompreensão das interpretações, normalmente interpretados como resistências, não seriam fatores livres da ambigüidade gerada pela falta de recursos econômicos, ou desnível cultural com o analista.

Em primeiro lugar, considero que não existe nenhum fator livre de ambigüidade no *setting* analítico, seja este num consultório particular ou numa instituição. Acredito ainda que faltas, abandono ou interrupção não necessariamente significarão resistência, se não quisermos cair numa visão estereotipada e selvagem da psicanálise. Aqueles que já empreenderam a experiência analítica (não importa em que "lado do balcão" estiveram) sabem que dificilmente consegue-se levar uma análise a cabo sem interrupções, pois a própria luta interna entre a recuperação da mobilidade egóica e o desvinculamento de libido represada dos conteúdos reprimidos, implica num tempo necessário de elaboração, durante o qual às vezes se torna inviável a continuidade do tratamento analítico, durante um certo período. Mais

adiante, abordaremos algumas considerações de Lacan a respeito de certo estilo inquisitorial de determinados analistas, que passam a maior parte do tempo buscando encontrar e combater as artimanhas dos analisandos para resistir ao trabalho analítico, como se estivessem empenhados numa “cruzada contra o mal” (representado pela resistência). A meu ver, esse mecanismo psíquico, como todos os outros, possui uma função peculiar a cada caso, colocando-o acima de qualquer visão maniqueísta, que no caso específico daqueles que se propõem a ser psicanalistas, deve ser (essa sim) combatida. Não devemos esquecer, conforme ficou aclarado no capítulo anterior, que esse tipo de função superegóica está vinculada à ética da ordem médica, e que a psicanálise justamente discrimina-se desta por uma subversão a esta ordem. Por outro lado, a natureza da falta e interrupção que são associadas à resistência são essencialmente as do discurso, tratadas no registro simbólico, e não imaginário (a suposta realidade que se “esconde” por trás da falta).

A questão dos honorários, talvez tenha que ser reexaminada, com flexibilidade, no espaço institucional: se os pacientes forem pobres, o dinheiro de passagem ou as horas de trabalho - no caso dos autônomos - que perdem para comparecer ao tratamento, (para não mencionar os que caminham horas, por não ter dinheiro para a condução) sem dúvida alguma equivalem a um aporte no mínimo análogo ao que dispendem os pacientes de outras classes sociais; isto sem falar no fato óbvio de que pagam a previdência social, no caso de serem assalariados, e portanto o tratamento não pode ser considerado gratuito. Pela ótica do analista, sabe-se que são pagos pelo Estado por seu trabalho (no caso das instituições previdenciárias, que são as que tomo como paradigma neste trabalho), e disfrutam de várias garantias que não possuem no seu consultório particular (em termos de ganhos), como por exemplo o direito a férias, 13o. salário, faltas por motivo de doença, ou especialização

profissional, etc. Resta discutir quais os efeitos provocados pela variável dessa troca não ser efetuada diretamente, mas sim intermediada pela instituição.

A questão do dinheiro nunca ficou, a meu ver, satisfatoriamente aclarada em psicanálise, na medida em que nem sempre se lhe atribui um significado estritamente simbólico, conforme aparentemente seria o preconizado na teoria psicanalítica. A equivalência estabelecida por Freud em relação ao significado das fezes (enquanto oferta de uma produção própria, e proporcionando sensação de onipotência pelo recém-adquirido controle muscular e manipulação da aprovação alheia) e do dinheiro, o que implicaria uma correspondência entre troca, gratificação no manejo do contrôle, satisfação do instinto parcial homossexual, etc. cria uma expectativa de que essas analogias fossem necessariamente capitalizadas no processo analítico. Gay (1990), já insinua que esse aspecto não necessariamente determina o manejo do dinheiro em análise, ao revelar que a sessão de cinquenta minutos origina-se da necessidade de Freud passar a trabalhar menos e ganhar mais, para fazer frente aos problemas de saúde que lhe acometeram a partir de 1925 (o câncer do qual veio a falecer). Lacombe (1994), em comunicação informal, lembra que se fôssemos seguir à risca a lógica do processo analítico, e (numa aproximação à máxima capitalista de que tempo é dinheiro) realizássemos uma abordagem de "dinheiro lógico" em psicanálise, a moeda também deveria ser utilizada como outro instrumento de assinalamento e pontuação, com valor interpretativo, assim como o corte e o silêncio. Sendo assim, o pagamento deveria ser deixado livre, assim como as associações, e passariam a ter uma função de termômetro do processo de elaboração de aspectos regressivos (num sentido do conceito kleiano de elaboração da posição depressiva, com o aparecimento da capacidade da gratidão), e mesmo um indicativo do prenúncio de término da análise, como manifestação da dissolução transferencial, expressa na possibilidade do pagamento da "dívida simbólica".

Nesse sentido, a questão do dinheiro nos tratamentos analíticos em consultório institucional, não necessariamente, por não se dar em termos diretos, conta com um manejo menos psicanalítico do que nos consultórios particulares. Paralelamente a esses aspectos, creio ser interessante apontar que é muito freqüente, nos tratamentos ambulatoriais, que os pacientes tragam "complementações" à remuneração do analista, tais como plantas que eles mesmos cultivaram, roupas ou acessórios que confeccionam para vender, bem como bolos, pães, biscoitos, ou mesmo ovos e derivados de porco, de pequenas criações de subsistência. Não penso ser coincidência o fato dessas manifestações ocorrerem imediatamente após sessões em que aconteceu algum movimento pregnante em suas análises.

Finalmente, no que diz respeito à questão do contrato, posso afirmar que particularmente nas instituições psiquiátricas que tenho trabalhado, nunca me foi imposta uma limitação de freqüência ou duração das sessões (talvez pelo tipo de determinação político-econômica a que estão sujeitas, onde a questão do lucro está elidida), sendo estas reguladas pelas necessidades do estado psicológico e/ou desejo do paciente e manejo da relação transferencial. Da mesma maneira que em meu consultório particular, trabalho com hora marcada, horários fixos, férias e feriados estabelecidos em contrato, e não me comprometo a compensar atrasos ou faltas, a não ser os de minha responsabilidade. Além disso, tenho tido oportunidade de perceber que existe uma maior disponibilidade dos pacientes institucionais em aceitar um prolongamento ou encurtamento das sessões, de acordo com o material apresentado (o que se aproximaria da concepção lacaniana do corte das sessões regulado pela produção de material associativo), do que os pacientes de consultório particular, que parecem sentir-se mais incomodados ou beneficiados com uma modificação no tempo previamente estipulado da sessão, como se isso fosse um termômetro da minha disposição em satisfazer ou não sua demanda de amor.

É importante esclarecer que não trabalho regularmente com o tempo lógico, e que estabeleço uma marcação previamente definida do tempo de duração da sessão, porque acredito que mesmo com as desvantagens que isto acarreta, ganhamos outra arma em favor da neutralidade, já que sou consciente da intervenção dos conteúdos inconscientes do analista na seleção do material. Esta minha observação refere-se a pequenos encurtamentos ou alongamentos (falo objetivamente de dez ou quinze minutos em uma sessão de habitualmente quarenta e cinco minutos, tanto no consultório quanto na instituição). Talvez fosse prematuro afirmar (já que não me propus a estudar esse aspecto especificamente), mas é como se os pacientes institucionais tivessem menos tempo a perder com certo tipo de resistência egóica. Este aspecto também se faria notar em situações especialmente críticas ou produtivas da análise, em que de comum acordo aumentamos o número de sessões, sendo os pacientes capazes de sacrifícios consideráveis para comparecer às mesmas.

Num outro sentido, Ponczek afirma que a instituição impõe a inclusão de múltiplas variáveis que delimitam a relação terapeuta e paciente; esta não ficaria restrita às implicações das interatuações, como no consultório privado, o que traria conseqüências técnicas que incidiriam na transferência. Descrimina algumas dessas variáveis, tais como a escala hierárquica a que o analista está submetido na instituição; a relação terapêutica com outros técnicos e funcionários; o habitat físico compartilhado por outros pacientes, com a conseqüente diminuição da privacidade e preservação de intimidade do terapeuta.

Parece-nos que essa questão do analista estar submetido a uma chefia talvez possa ser discutida tendo em mente as concepções da transferência ainda com cunho sugestivo, onde o analista lucre (tecnicamente ?) com ocupar o lugar de uma figura idealizada, que não está submetida a ninguém, o que atrapalharia a imagem de "poder" do profissional liberal, no que estaria totalmente identificado com a ordem médica, e distanciado da psicanálise.

Além disso, essa autora afirma que na instituição reduz-se a possibilidade de concentração da transferência na pessoa do terapeuta, já que existem múltiplos vínculos com outros membros da equipe, empregados da instituição, e outros pacientes. Assim, as condições para a instrumentação eficaz das interpretações ficariam sujeitas a interferências.

Citando Mannoni, aponta que a postura do psicanalista na instituição é ambígua para o paciente, já que por um lado ele é identificado com esta e seus aspectos coercitivos, e, por outro, representa, enquanto analista, um agente de libertação. Desta forma, ele deixa de ser, para o paciente, um depositário possível de seu mundo fantasmático, pois passa a ser visto como uma figura rejeitada e persecutória. No mesmo sentido, identifica o grande número de abandonos ao tratamento nos ambulatórios públicos em função de uma intensificação da transferência negativa, às vezes encobertas por idealizações. Com respeito à transferência negativa, parece-me oportuno lembrar que seu manejo é extremamente complexo (inclusive porque quando se manifesta raramente o paciente permanece em análise) mesmo em consultórios particulares, e conforme justificou Freud - referindo-se às acusações que sofreu de Ferenczi por supostamente ter realizado um trabalho incompleto da transferência negativa em sua análise - é impossível trabalhar o material que não se manifesta durante o período de análise, confirmando a inviabilidade da profilaxia em saúde mental.

Entretanto, se considerarmos a transferência como um fenômeno de apassivação do sujeito, como um automatismo de repetição, no consultório ela também será identificada com um aspecto coercitivo, não de um agente externo, mas da própria compulsão à repetição. Até que ocorra a superação das resistências, certamente também acontecem muitos abandonos de tratamento nos consultórios particulares; apenas não são computados pela estatística.

Lacan, em seus Escritos sobre Técnica (1953/4), faz a crítica de um certo manejo da técnica que pretende tomar a relação analítica enquanto dual, elidindo a questão da

intersubjetividade, enquanto referida ao simbólico, à ordem da palavra, do discurso, do inconsciente, do Outro. Afirma:

“(…) se entre duas pessoas não existe uma relação dual, o que considerar a respeito de duas pessoas e uma entidade simbólica? Sabemos que se a palavra é tomada como deve ser, no centro da perspectiva, a experiência analítica deve ser formulada numa relação a três”. (p.20)

O autor interroga-se sobre o que seria uma adaptação técnica, e o que definiria a relação analítica, cujo panorama, nesse momento histórico da comunidade psicanalítica, ele definia como uma “big mess” (grande confusão). Quarenta anos depois, essas proposições parecem bem atuais. O dispositivo analítico na instituição psiquiátrica aborda esse problema metodológico, de como essa teoria vai se articular aí, de como essa relação vai se definir. A questão central parece ser, conforme privilegamos acima, em que medida o âmbito institucional determina o estabelecimento da neurose de transferência, sob que peculiaridades este fenômeno se manifesta.

Jean Oury, psiquiatra e psicanalista lacaniano, que trabalha no hospital psiquiátrico francês L’Abord, parece ser um dos poucos psicanalistas que se dispõe a escrever sobre esse tema. As conseqüências dessa postulação lacaniana são resgatadas por ele em seu artigo “Espace et Transfert (2)”. Introduz a noção do hospital psiquiátrico como um espaço de possibilidades, de multi-relações, e sugere que a relação transferencial na instituição implica numa noção de expansão desse conceito a um espaço, e tudo o que ali acontece, e todos que por ele circulam, onde se dissemina uma função curadora generalizada, comparando-o à noção de transicional (objeto, de Winnicott), e ampliando-a para espaço (espaço transicional). Utiliza o conceito de Masud Khan, que faz uma analogia entre um terreno arado, *o alqueive*, e a transferência na instituição psiquiátrica, onde o psicanalista atuaria como lavrador. Alqueivar significa lavrar a terra e deixá-la em repouso para adquirir força produtiva. A instituição seria igual a esse local de possibilidades, onde o paciente, ao transferir,

“possa e tenha do dizer, ter algo que brote mais tarde, no a posteriori”. (p.5)¹

Entendo essa proposição como referida à possibilidade da emergência de coisas, a emergência de um dizer, não de um discurso, nem de palavras, mas um dizer, algo que se passa no silêncio, um tipo de trabalho inconsciente que se manifesta.

Nesse sentido em que tomo o conceito de Oury, estaria resgatado no trabalho transferencial institucional, a função criadora, que aborda Lacan. Parece-me que poderia ser interessante verificar, quando é que no consultório privado e no consultório ambulatorial a transferência é trabalhada como mero automatismo de repetição ou como função criadora, que nuances esses conceitos podem imprimir ao entendimento do trabalho analítico.

Ocorre-me, a partir dessa compreensão, que conceber a instituição como um entrave transferencial, seria incorrer no mesmo equívoco que Freud, ao conceber a transferência como entrave ao tratamento psicanalítico, na primeira abordagem do caso Dora.

Segundo a noção desse espaço, Oury inclui o termo distância. Conclui que o que se pode fazer, nesse âmbito institucional, na função analítica, é colocar distância: a distância crítica. Cita Lacan, quando este diferencia a sugestão da hipnose da sugestão transferencial, ao esclarecer que na hipnose existe colagem entre o ego-ideal e o ideal de ego; por isso aponta que no trabalho psicanalítico na instituição, é preciso reduzir seu caráter hipnótico, criticamente, no trabalho de transferência e interpretação da transferência, colocando distância suficiente entre o ideal de ego e a superfície do ego ideal. Justifica com a afirmação de Lacan, que diz ser o analista um objeto privilegiado na medida em que revaloriza o deslizamento

¹Citação retirada do artigo “Espace et Transfert (2)”, do periódico L’Interdit, sem data. Minha tradução.

infinito da cadeia de significantes (a produção de atalho do desejo), mas que estanca-lhe o deslizamento infinito (com a interpretação).

Fui estabelecendo a partir disso uma correlação entre a função analítica e o ideal de ego, e a instituição como oferecendo um gozo da ordem da reparação narcísica do ego ideal. Conforme salienta Lacan, o analista é um objeto supervalorizado, que tem a função de salvar nossa dignidade de sujeito, fazer de nós algo distinto de um sujeito submisso ao deslizamento compulsivo e infinito do significante, na transferência. A instituição pressiona no sentido a favor do deslizamento infinito, com a oferta ao paciente das satisfações substitutivas que este busca para evitar reexperimentar a frustração. Reconstitui-se novamente o confronto com aquilo que justifica a minha proposta de associação entre o termo institucional e a questão da resistência.

Oury comenta que qualquer coisa que possamos dizer sobre essa prática analítica na instituição parece abstrata; são traduções, interpretações, daquilo que fazemos, que parecem estar distantes da prática.:

"Se queremos teorizar, sabendo que isso é interpretação, no sentido psicanalítico, é preciso falar do que se faz. A instituição parece um paciente que falta muito, e, quando vai, fica em silêncio".(p.4)

Ao tratar da questão transferencial no âmbito institucional, estou referindo-me obrigatoriamente ao conceito de neutralidade, que aparece como o ponto nevrálgico da indagação acerca da viabilidade do trabalho transferencial no referido enquadre.

No que concerne à neutralidade, Oury aborda essa questão como sendo um corolário, que parece restringir-se, na visão de certos analistas, a não "misturar-se" com aqueles que, na instituição, comprometem a neutralidade (os porteiros, os atendentes, os enfermeiros, etc.). Ressalta que quando nos engajamos numa relação analítica com alguém na instituição, a relação em si mesma não pode estar isolada como se fosse uma relação pura. Lembra que o

aspecto intangível da relação transferencial não permite esse equívoco, já que se remete ao re-encontro com experiências passadas, conforme preconiza Lacan. Constata que nesse espaço, todos atendem o paciente, mas o autor adverte que :

“(...) esse re-encontro não necessariamente serve para que conte sua estória, mas para que se passe alguma coisa. É necessário criar elos nesse espaço, e se não levamos isso em conta podemos iludir-nos que só trabalhamos transferencialmente no diálogo.”(p.5)

A esse respeito ocorre-nos que essa seria o mesmo tipo de ilusão, que leva a confundir elaboração com compreensão, equívoco que freqüentemente tem lugar em algumas análises, mesmo em consultório particular. A propósito desse problema, Figueira (1991) revela existir:

“(...) um certo estilo técnico em psicanálise, que tende a se concentrar no conteúdo e no significado das comunicações do paciente, enfatizando a interpretação completa, como o mais legítimo ato analítico - ao invés de trazer para a superfície a relação que o paciente tenta estabelecer com o analista”(p.246).

Quanto a isso, Oury prossegue citando Lacan, para quem:

“(...) o diálogo é conceito fortuito, porque supõe dois sujeitos, um objeto de diálogo, e, além disso, a interpretação.”(p.5)

E Oury comenta, a propósito dessa afirmação de Lacan:

“Eu quero muito o diálogo, mas ele é limitado; eu quero muito a interpretação, mas ela não funciona sempre”.(p.4)

Parece-me que Oury está se referindo a um aspecto da experiência clínica, que é também feita de silêncios, monólogos, fatos compartilhados, etc. e que remete ao lugar que deve ser ocupado pelo analista.

Ao comparar essa proposição de um espaço transferencial na instituição, com um espaço potencial, como um conceito de espaço transicional, correlato ao conceito de objeto transicional, de Winnicott, Oury dá a idéia de estar se referindo a um sistema transferencial, sistema de transferências laterais, paralelas à transferência analítica com o psicanalista. Alinha-se, com essa proposta, à teoria interacionista, desenvolvida por Lagache e também Ida

Macalpine, que contribuem para que possamos examinar o conceito de “*setting*”, e sua relação com o manejo transferencial.

Para Macalpine (1950), citada por Lagache (1952), ambiente analítico (*setting*) é o conjunto e seqüência das condições materiais e psicológicas nas quais se desenvolvem as sessões de psicanálise.

Esta autora considera que o desenvolvimento transferencial é produzido pela interação da disposição de transferência e o ambiente analítico. Isto não implicaria em que se modifique o papel do analista, e sim que tome consciência em forma mais completa do significado e da influência dos traços de seu papel.

Lagache propõe, da mesma forma, que quanto aos objetos sobre os quais se fazem as transferências, é clássico assinalar que estão constituídos não só pelo analista, mas também pelo ambiente e a técnica da psicanálise, e não só pela relação psicanalítica, e sim pela vida diária. Uma interpretação de transferência, segundo ele, deve basear-se, como regra geral, no significado inconsciente da totalidade do material apresentado. Acrescenta que é importante buscar compreender como a transferência extra-analítica constitui uma forma de atuação por referência a motivos conflituais surgidos da relação analítica.

Segundo esta definição, seria promovida também uma ampliação no espaço do *setting* do consultório privado no que tange ao aspecto objetivo. Concordo com Macalpine, no sentido de que a constância e a freqüência das condições circunscrevem os contornos do *setting*, que está para além de um divã (embora reconheça a falta que ele às vezes me faz no consultório institucional).

Apesar disso, por várias vezes os pacientes têm marcado essa falta, e se posicionam transversalmente a mim, colocando sua cadeira virada para outro ângulo da parede, numa

tentativa espontânea de não serem atrapalhados, em suas associações, pela tentação de controlar as reações do analista, na posição face-a-face.

A postura da ampliação do conceito transferencial a um espaço, toca no problema de como os fenômenos de resistência da transferência se manifestam nesse contexto.

Klein (1951) aponta para a função dissociativa da atuação, uma defesa contra a ansiedade que permite ao paciente separar-se do analista como dos primeiros objetos, repartindo o amor e o ódio sobre o analistas e as pessoas a ele associadas no mundo exterior.

A instituição pode, como sabemos, favorecer atuações dos pacientes, que irão nela ancorar suas resistências. Nesses casos, pode promover esse *splitting*, de que nos fala Klein, onde a transferência negativa é vivida com o analista, e a instituição fica preservada, idealizadamente. Lança mão, nessas circunstâncias, de mecanismos sabotadores, tais como promover satisfações substitutivas aos pacientes, viabilizar e acolher pedidos de troca de terapeutas, etc. A meu ver, a função do analista frente a essas atuações institucionais é de manter-se interessado na escuta do que propiciou, no material do paciente, essa aliança facilitadora da manifestação da resistência.

Freud (1917) chega a comentar como os fenômenos de resistência da transferência se apresentam em outras situações de tratamento, como nas instituições, onde a transferência negativa é muito comum. Aponta que a transferência erótica não possui efeito inibidor nas instituições, pois é encoberta, mas se manifesta como resistência ao restabelecimento, e retém o paciente aí. Enfatiza que:

“Recordareis que o que fez o sujeito adoecer foi uma privação, e que seus sintomas constituem para ele uma satisfação substitutiva. Durante a cura poderão observar que todo alívio de seu estado patológico retarda a marcha do restabelecimento, e diminui a força instintiva que impulsiona em direção à cura. Portanto, não é possível, de nenhum modo, renunciar à esta força instintiva, e toda diminuição significa um perigo para nossos propósitos terapêuticos(...) O paciente aproveita a capacidade de deslocamento da libido para criar novas satisfações substitutivas por onde se esvai a energia necessária para a cura: estes desvios podem resultar graves, quando gratificam a culpabilidade e necessidade de castigo

que mantém muitos enfermos tão tenazmente aderidos à sua neurose (resistência do super-ego). Mais que em qualquer outra parte, o paciente busca satisfações substitutivas prematuras no tratamento, quer dizer, na relação transferencial com o médico".(p. 205)

Na relação transferencial que se produz institucionalmente, estas satisfações substitutivas, se por um lado não procedem necessariamente da experiência com o analista, podem talvez por esse mesmo motivo ser melhor interpretadas. É nesse sentido que consideramos viável que a resistência, quando se configura como institucional, pode transformar a instituição e a intervenção de seus mecanismos na experiência transferencial em material de análise, passível de ser interpretado.

Entretanto, quando nos deparamos com aspectos de satisfação substitutiva propiciada na própria experiência entre paciente e analista (quando o analista torna-se a instituição em seu consultório particular), esse intangível do fenômeno transferencial é inacessível à intervenção analítica, a menos que o analista ressitue o seu lugar.

Lacan (1967), a propósito das satisfações substitutivas provenientes de uma relação no contexto analítico, afirma que a intersubjetividade é contrária à experiência analítica, e que é preciso evitar a relação entre duas pessoas pois:

"A experiência freudiana esbarra na presença de uma relação, e floresce na sua ausência"(p26).

Freud relaciona, ainda, a frustração, que produz a aplicação da regra de abstinência com a frustração, que foi a origem da enfermidade; é lógico admitir uma relação dinâmica entre a aplicação da regra de abstinência (a neutralidade) e o desenvolvimento da neurose de transferência.

Leclaire (1968) retoma a questão de outra maneira:

"A transferência é o efeito que se instaura e se desenvolve pelo fato da disposição própria do tratamento psicanalítico(...) A transferência está situada como o efeito de uma não-resposta ao pedido constituído pelo discurso do paciente."(p.144)

A propósito deste tema, ocorre-me uma relação com uma enunciação de Lacan (1956-7) a respeito de uma confusão entre os conceitos de frustração e castração como eixo central da teoria psicanalítica. A suposição da possibilidade de um objeto reencontrável (tal como Lacan critica nos Balint), é que teria dado margem a um deslocamento do significado do conceito de frustração para o centro da teoria analítica, quando em verdade esse lugar é ocupado pela castração. Poder-se-ia supor algumas distorções análogas a essa na clínica, em virtude disso, tal como a confusão no conceito de neutralidade, abstinência, que por vezes destina-se a provocar faltas imaginárias, porque vinculadas a dados objetivos, tais como informações, quando ela deve estar na escuta do analista. Não é a falta de informação a respeito do analista, mas a falta “do ego do analista” intervindo em sua escuta - no sentido de esta orientar-se pelo interesse egóico em satisfazer-se narcisicamente de algum modo - que constitui a neutralidade e abstinência, e que produz uma relação que é criadora dinamicamente na experiência analítica, que é a da falta.

Serge Leclaire (1968), no capítulo “O ouvido com que convém ouvir”, de seu livro *Psicanalisar*, esclarece, a propósito da complexidade da neutralidade e da dificuldade da apreensão desse conceito, motivando o sarcasmo e descrédito com que é encarado pela psiquiatria:

“Sem dúvida, não é só o psiquiatra que é capaz de apontar o impossível e o absurdo daquilo que comumente se rotula como neutralidade do analista.(...) Na realidade, esta neutralidade do analista tem por meta apenas descrever certa posição afetiva ou libidinal”.(p.20).

Mais adiante, aborda um outro aspecto dessa questão da neutralidade, importantíssimo, referido à necessidade apregoada de se recalcar a teoria, para que ela não intervenha na escuta:

“Percebe-se, pois, a dupla exigência que se impõe ao psicanalista. De um lado, é necessário que disponha de um sistema de referência, de uma teoria que lhe garanta a organização do volume do material que recolhe sem prévia discriminação. De outro lado, deve recusar precisamente todo sistema de referência na medida em que a adesão a um

conjunto teórico o leva necessariamente, quer queira quer não, a tratar de modo privilegiado certos elementos. (...) Com isso está colocada uma questão da qual ninguém poderia fugir: *Como conceber uma teoria da psicanálise, que não anule, pelo fato mesmo de sua articulação, a possibilidade de seu exercício ? Trata-se de manter firmemente para o analista a urgência de renunciar a todos seus preconceitos, para que a abertura de sua escuta seja absoluta*".(p.22)

Esse tipo de escuta se torna necessária para que a única resistência que esteja em jogo seja a do paciente. Os fenômenos dessa resistência, conforme aponta Freud, são as faltas, as interrupções nas associações, a não compreensão das interpretações, os ganhos secundários da doença.

Em Inibição, Sintoma, e Ansiedade (1926), ele faz nova classificação das resistências que se apresentam no curso de uma análise. A primeira é a repressão, a segunda é a resistência da transferência, (da mesma natureza, pois reanima uma repressão que só devia ser recordada), a terceira é o benefício secundário da enfermidade (assimilação do sintoma pelo ego).. A quarta, a resistência do id, que perdura depois da superação das resistências do ego, é a Compulsão à Repetição (a tentativa de recobrar representações cassadas pelo processo de repressão); a quinta, do super-ego, provém do sentimento de culpabilidade e da necessidade de castigo; obstaculiza qualquer êxito, inclusive a cura pela análise. Seria possível supor que a instituição eventualmente se inscreveria nesse fluxo de anti-cateixias, colando-se à função repressora super-egóica, como um precipitado de identificações com o agressor, que produz resistências à cura.

Nesse sentido, retomo a advertência de Leclaire a respeito da necessidade do recalque da teoria, cujo sentido seria o de enfatizar que apesar de dispormos desse sistema de referenciais que nos esclarecem e organizam as distorções e fissuras no discurso do paciente, isto não pode levar o analista a desviar-se de seu lugar, pois nesse caso a teoria seria uma outra fonte de resistências do analista.

Para Lacan, (1953-54), a resistência do paciente produz interessantes reações no analista, e que parecem encontrar, durante um diálogo com seus alunos, a melhor forma de descrever esse fenômeno criticamente:

“- Acredito que, do ponto de vista clínico, a noção de resistência representa uma experiência que somos todos levados a fazer uma vez ou outra com quase todos os pacientes na nossa prática.

- O quê ? O que é ?

- Essa experiência extremamente desagradável, em que a gente se diz - estava para encontrar, poderia encontrar por si mesmo, ele sabe sem saber que sabe, basta que se dê ao trabalho de olhar, e esse imbecil, esse idiota, todos os termos agressivos e hostis que nos vêm ao espírito, não o faz. E a tentação que se tem de forçá-lo, de obrigá-lo ...”(p.36-37)

Ao longo deste diálogo que Lacan estabelece com Anzieu, em que este último insistia em criticar Freud por seu estilo repressor, Lacan vai simultaneamente descrevendo essa experiência repleta de tensão, em que o analista vê o paciente “perder o gol” que tantos “dribles e bolas divididas” lhe custou, e enfatizando ironicamente como, apesar disso, ele deve se manter em seu lugar. E, mais adiante, abordando teoricamente , (metapsicologicamente) a questão da resistência e da interpretação desta:

“Se alguma coisa faz a originalidade do tratamento analítico, é ter percebido na origem, e de cara, a relação problemática do sujeito consigo mesmo. O achado propriamente dito, a descoberta, entendida como lhes expus no início deste ano, é ter colocado essa relação em conjunção com o sentido dos sintomas. (...) É a recusa desse sentido pelo sujeito que lhe coloca um problema. Esse sentido não lhe deve ser revelado, deve ser assumido por ele. Nisso, a psicanálise é uma técnica que respeita a pessoa humana”.(p.40)

Recoloca, nesses termos, para Anzieu, o que para ele, Lacan, redime Freud daquele tipo de crítica, além de recordar aos analistas o fato óbvio de que o trabalho com as resistências é que constitui o trabalho proposto pela psicanálise. Caso não seja assim, ficará evidente que estamos diante de uma resistência do próprio analista em manter-se em seu lugar, conforme fica claro nesta outra passagem do discurso de Lacan:

“Certos analistas colocam sempre a respeito do paciente a pergunta: - O que é que ele pode ainda inventar como defesa ? Eles ficam sobretudo tentando sempre saber que postura o

sujeito adotou, que achado pôde fazer, para se colocar numa posição tal que tudo que lhe dissermos será inoperante. Não seria justo dizer que eles imputam má fé ao sujeito, porque má fé está demasiadamente ligada a implicações da ordem do conhecimento, que são inteiramente estranhas a esse estado de espírito. Isso ainda seria muito sutil. Há aí a idéia de uma má vontade fundamental do sujeito. Acredito ser preciso, qualificar esse estilo analítico de inquisitorial." (...) "A interpretação do conteúdo desempenha em Freud o papel de interpretação da defesa." (pg.39-41) (...) "Essa interpretação da defesa, que eu chamo de ego a ego, convém, seja qual for o seu valor eventual, abster-se dela. É preciso que haja sempre pelo menos, um terceiro termo nas interpretações da defesa." (p.45)

É possível reconhecer nessa crítica o mesmo tipo de advertência que Clavreul se empenha em ressaltar, e que transcrevemos no segundo capítulo deste trabalho, a respeito da possibilidade do analista desvirtuar-se de sua função e enveredar para o discurso poderoso e jurídico da ordem médica, que rechaça as criações simbólicas do paciente a respeito de sua saúde e doença. Lacan esclarece a que tipo de intervenção este desvio está associado, e revela porque as interpretações de conteúdo estão indefectivelmente relacionadas a um propósito autoritário e oposto ao da psicanálise, configurando-se portanto, a meu ver, como uma resistência do analista.

Fica claro, desta maneira, a razão pela qual as interpretações devem ser realizadas na transferência, que é o único campo onde as resistências do paciente podem assumir seu genuíno valor, e que Lacan ratifica num outro trecho:

"Todo esse desenvolvimento consistiu em lhes mostrar que o fenômeno maior da transferência parte do que eu poderia chamar o fundo do movimento da resistência. Isolei esse momento, que permanece mascarado na teoria analítica, em que a resistência no seu fundo mais essencial, se manifesta por um movimento de báscula da palavra em direção à presença do auditor, da testemunha que é o analista. O momento em que o sujeito se interrompe, é ordinariamente o momento mais significativo da sua aproximação em direção à verdade. Apreendemos aqui a resistência no estado puro, que culmina no sentimento, freqüentemente tinto de angústia, da presença do analista." (p.67)

Considerarei interessante, pelo aspecto anedótico de como isso estaria sendo realmente atuado por ele, citar ainda um paciente de Lacan (Pierre Rey), falando sobre sua resistência, e sua relação com a transferência:

“(...) quando têm essa força, os vínculos da transferência não podem ser cortados. Não tinha escolha: era vida ou morte. (...) Teoricamente, é tão fácil interromper ...Quando ocorre, a ruptura acontece assim que o perigo se manifesta. As certezas se fendem. O analisando mal pressente que a verdade que fora encarar principia a se desvelar, desiste de encará-la de frente. A dúvida é gerada pelo medo. Cedendo-se a ele, paga-se com uma ferida aberta que destilará amargura até o infinito”(p.55)

Podemos perceber na fala de Lacan e de Leclaire, como outro tipo de resistência se interpõe entre o movimento de fuga do sujeito do inconsciente do paciente. É esta presença do analista que se faz sentir quando ele quer obrigar o paciente a partilhar o sentido captado no seu discurso, esse estilo inquisitorial que se assemelha à ética médica da sanção terapêutica, obrigando o paciente a curar-se, a ir em direção à saúde. Conforme observa Lacan, esse comportamento recai numa conduta psicoterápica, que distancia dos benefícios da prática analítica.

Com respeito ainda à resistência do analista, Lacan (1953-54), afirma:

“(...) a resistência comparece do lado do analista quando este se recusa ao ato. (...) ele só fala para que o analisando continue a falar, ou para interpretar o discurso deste.(...) permitimo-nos fazer intervir o nosso ego na análise”(p. 27)

Quando tratamos dessa resistência que opera *do outro lado do balcão*, é que temos a possibilidade de submeter a nossa própria prática analítica ao seu método, e temos a chance de evitar alinhar-nos às fileiras burocráticas de uma clínica institucional, no sentido que imprimimos ao longo de nossas discussões, a saber, o sentido da resistência à análise.

Retomando o que foi levantado na introdução, e que conduzirá ao próximo segmento desse trabalho, o psicanalista tem que ser objeto da própria análise para não estar sujeito à instituição, e às vicissitudes do seu trabalho aí, não mais, e sim da mesma maneira, que no seu consultório privado. A resistência é o mecanismo que institucionaliza, e que se subverte

quando o analista define um campo epistemológico e coloca em marcha o dispositivo analítico na sua própria prática. A seguir, tratarei da discussão do significado do dispositivo analítico, e daquilo que define seus contornos.

CAPÍTULO III O DISPOSITIVO ANALÍTICO

Neste capítulo abordarei o conceito de dispositivo analítico, como ele pode ser compreendido, e de que maneira é possível aproximar-se dessa noção. Trata-se, portanto, de definir o que pode ser entendido como psicanálise, já que essa investigação foi iniciada pela pesquisa do que nos afasta do exercício psicanalítico. Tentarei demonstrar que o que quer que possa ser entendido como psicanálise, não deixa de ser exercido exclusivamente em função de vicissitudes institucionais ou culturais, e que a teoria psicanalítica nos indica que a evasão do trabalho psicanalítico é fruto de um mecanismo de resistência. Da mesma forma, é através da elucidação das origens da repressão que motivou a resistência, que chegamos à verdade proibida do sujeito, através dos caminhos que ele escolheu para afastar-se dessa verdade.

Pareceu-me, por conseguinte, que este seria igualmente o melhor caminho para aproximar-se do dispositivo analítico: partir da investigação daquilo que afasta dele. Isso seria utilizar o mesmo método psicanalítico, para torná-lo acessível ao conhecimento. Alguns autores, que têm sido citados nessa revisão bibliográfica, tocam nessa especificidade do campo psicanalítico, que é a de só ser abordável através do próprio método analítico.

Segundo Elia (1992) - que elabora uma proposta de princípios para uma metodologia psicanalítica - a psicanálise representa um advento radicalmente inaugural no campo do saber. O autor reitera que a ciência não é a única forma legitimada de produção do conhecimento, e encontramos diferentes formas e sistemas de pensamento, como por exemplo a fenomenologia, a dialética, o estruturalismo, e a genealogia. Cada uma dessas formas só pode ser apreendida no plano metodológico que lhe corresponde. A psicanálise também só é

acessível ao método analítico, com o discurso analítico. Essa especificidade se manifesta, por exemplo, na questão do sujeito e objeto. Conforme afirma Elia:

“Se a ciência visa a fundar, produzir, como efeito de seu discurso, um objeto, recalçando, em seu movimento, o sujeito, a psicanálise, ao contrário, faz agenciar a sua prática discursiva (clínica e teórica) pelo objeto, dirigindo-se assim a um sujeito, situado como o Outro dessa prática, tomado em sua singularidade. (...) procede de forma inequivocamente dependente da teoria e visa atingir um plano meta-fenômico, o plano da determinação mesma dos fenômenos - aspecto no qual coincide com a prática científica - e desta diverge radicalmente na medida em que não situa a teoria como agente, mas como verdade recalçada de sua prática, num lugar portanto análogo ao que a ciência reserva ao sujeito - o lugar do recalçado. Da mesma forma, se a ciência tem como produto a constituição de seu objeto, a psicanálise tem como produto acesso do sujeito ao saber sobre suas determinações singulares e fundamentais.”(p. 4-5)

Para ele, a psicanálise traz para as ciências humanas, a dimensão onde o saber fica colocado como sujeito e não como objeto. A teoria, de acordo com este autor, está para a prática psicanalítica, assim como o sujeito está para a ciência, ocupando o lugar do recalçado. Além disso, o conceito de inconsciente situa a determinação do sujeito para além do eu.

Ao constatar que esse tipo de concepção que Elia apresenta sobre o que consiste a abordagem específica à psicanálise, sustenta a metodologia que escolhi em minha investigação, considere possível problematizar como no meu próprio processo de identificação com certos agentes de transmissão da psicanálise, estes funcionaram como determinações inconscientes do trabalho clínico e dos referenciais teóricos que, embora recalçados, permeiam e definem o exercício clínico. Estaria, desta maneira (de acordo com as palavras de Elia na citação acima) visando atingir o plano da determinação dos fenômenos - metafenômico - agindo de forma correlata ao discurso científico, trazendo à tona os determinantes subjetivos do meu percurso, e com isso explicitando que a teoria em psicanálise ocupa o lugar do recalçado. O produto disso seria o acesso às determinações singulares e fundamentais da minha clínica, à identidade psicanalítica singular, sublimando objetivos narcísicos do trabalho, que ocasionalmente se deixa enredar nas identificações de percurso.

Essa opção reitera e atualiza a discussão do problema no conceito de inconsciente, para a epistemologia da prática analítica.

De acordo com Juranville (1987), já que as representações da técnica que definem o método da psicanálise, são singulares, para se aproximar desse método, restaria fazer as verificações incidirem sobre o próprio sujeito/analista. E, continua, saberíamos então que essas representações se constituíam pela história da evolução libidinal e pela história das identificações com as representações de psicanálise construídas pelo próprio analista.

Segundo esse autor, isso acarretaria num duplo problema, já que:

“(...) seria preciso que nos tivéssemos a efetuar uma verificação científica, em que os resultados pudessem ser reconhecidos pelos outros: e, por outro lado, como poderíamos chegar conscientemente a tomar conhecimento de nosso inconsciente e organizar experiências que verificassem sua potência, como se a experiência mesma já não escapasse ao próprio inconsciente ? Não podemos entrar em relação com o nosso próprio inconsciente ou com o de outro senão no quadro de abordagem do tratamento analítico, e do lugar transferencial. É nesse quadro que Freud situa a verificação experimental que pretende trazer para a hipótese do inconsciente(...)”(p.27).

Esbarra-se aparentemente no empecilho de que para descrever o exercício da psicanálise, o analista escapasse da influência do próprio inconsciente. Entretanto, conforme a clínica tem demonstrado, também os descaminhos do inconsciente do analista podem sinalizar o acesso à verdade do dispositivo analítico, e é isso que pretendo trabalhar neste capítulo.

Segundo Elia, citando Lacan, a ciência recalca a “verdade em estado nascente”, entendida como a dimensão do erro em todo saber constituído, o que equivale a esquecer a função criadora da verdade (o que já estava aí antes de ser intervinda pela função simbólica). Esta observação parece dizer respeito a esse aspecto levantado por Juranville, no sentido que a aproximação da verdade psicanalítica implica em incluir o que constitui a sua estrutura. No caso específico deste trabalho, parti de uma analogia com o “erro” (percebido como

distanciamento da psicanálise) do referido artigo (sobre os critérios de indicação para tratamento) que acionou uma função de criatividade, a necessidade da investigação deste tema. Normalmente, este percurso seria recalcado num trabalho tradicionalmente científico. Isto reitera, portanto, que uma investigação do dispositivo analítico (o que é), através do método psicanalítico, não comporta essa exclusão.

Entre outros motivos, é por isto que Elia considera a psicanálise como uma nova metodologia, mais do que um novo ramo ou recorte científico. Ela não se confundiria com outras metodologias, tais como a fenomenologia, a dialética, ou o método científico, uma vez que afirma que seu objeto é o inconsciente, e que a única forma de apreendê-lo é o discurso analítico, e seu correlato dispositivo clínico.

Justifica essa necessidade a partir dos sistemáticos equívocos que a literatura psicanalítica vem cometendo em suas incursões epistemológicas. Para evitar isso seria imprescindível a explicitação do lugar e especificidade da psicanálise no plano dos saberes e das práticas.

Existem alguns fatores de ordem geral que criam a necessidade dessa definição, de um estatuto metodológico específico; de modo global, Elia exemplifica citando as tentativas dos discursos médico-psicológicos de absorverem a psicanálise, diluindo as diferenças que esta apresenta em relação àqueles. Particularmente aqui, tenho interesse pelas condições em que a psicanálise, ao ser aplicada como um saber à prática, cria questões metodológicas, e que às vezes são equivocadamente respondidas com adaptações técnica, conforme é geralmente proposto na sua aplicação institucional específica da qual viemos tratando.

Elia entende por problema metodológico aquilo que concerne ao modo de produção do saber, às relações entre teoria e prática, entre investigação (pesquisa) e aplicação, entre sujeito e objeto de conhecimento.

Ao citar, por exemplo, a questão da articulação da psicanálise na instituição psiquiátrica, dou-me conta de como ela confronta e interroga este saber sobre seus modos de produção conceitual, seu exercício clínico, suas impossibilidades e consequentes adaptações técnicas, o que aparentemente parece não se dar no consultório particular. Novamente, parece oportuno apontar que no caso deste trabalho, fica clara a função de alavanca impulsionadora de indagações que a instituição exerceu. Isto impõe à psicanálise a discussão de critérios para se falar em aplicação da teoria à prática.

Segundo Elia, poderíamos questionar se a clínica, em psicanálise, é um lugar de aplicação do saber teórico, ou seja, se é possível fazer psicanálise (ou ciência) pura. Um dos postulados propostos pelo autor, é que, em psicanálise, havendo produção teórica sobre dado objeto, necessariamente pode-se depreender princípios de intervenção clínica sobre o mesmo. Entretanto, a psicanálise não segue a estrutura geral das ciências, e assim, nela a prática não é uma aplicação parcial da teoria. Para Elia, o lugar da clínica não é aplicação de um saber pré-existente, mas a construção desse saber; não seria nem aplicação de saber, nem obscuro processo de comunicação dual de “inconsciente para inconsciente”. Seria o lugar da produção desse saber.

No que concerne ao que se entende por postura psicanalítica, Birman (1984), considera que esta é uma questão que se articula com a inserção da psicanálise no espaço social: seu consumo como bem de salvação no mercado dos bens simbólicos, define seu estatuto ideológico, que é o de ocupar lugar de destaque na economia simbólica das classes médica e para-médica. Desta maneira, esse autor afirma que cabe perguntar quais os efeitos que a assunção de certa postura teórica no campo psicanalítico possa ter no seu estatuto ideológico. Novamente, fica enfatizado que não se trata apenas de opções teóricas racionais ou melhor

construídas intelectualmente que vão definir a escolha de um determinado modelo de psicanálise.

Considerando esse aspecto, Figueiredo (1984) faz uma análise, a partir de sua investigação da difusão da psicanálise no Rio de Janeiro, que toma a questão de como as injunções institucionais e políticas, bem como o significado simbólico da psicanálise para os psicanalistas, têm uma influência determinante nos rumos teóricos que se colocam como sendo o “verdadeiro destino” da psicanálise.

Essa autora afirma que depois da intervenção realizada pela IPA (International Psychoanalytical Association) em uma das instituições de psicanálise “oficiais” no Rio, o ponto nevrálgico das discussões entre os psicanalistas dessa sociedade de formação passou a ser a questão pendente da análise didática. Em torno deste ponto, é que o grupo de oposição passou a concentrar seus esforços para “atualizar” a psicanálise, e introduzir o retorno a Freud, cancionado pelas teorias de Lacan, descentrando a hegemonia da teoria kleiniana, que até então havia disputado com a teoria freudiana as preferências desse grupo de psicanalistas. É assim que se introduz no Rio de Janeiro, no âmbito da “psicanálise oficial” (aquela reconhecida pelas instituições ligadas à IPA), a “escola francesa”, que vai servir de instrumento político para sustentar uma posição ainda frágil perante a cúpula da sociedade. Nada seria mais eficaz, neste momento, do que acusar os kleinianos de deturpação, e até mesmo, de traição da essência da psicanálise.

Figueiredo aponta, em sua pesquisa, que em 1981, Birman coloca a questão fundamental:

“Trata-se apenas de uma questão política no sentido estrito, que se resolve por um novo equilíbrio de forças no espaço institucional, remanejando o lugar de poder, ou trata-se também de uma questão psicanalítica ?”(p.141)

E, ao propor sua “análise psicanalítica”, enfatiza Figueiredo, Birman instauraria nas sociedades de formação psicanalítica legitimadas pela IPA o que a autora chama de “a revolução francesa”. Ela considera que devemos nos deter no papel da teoria na redefinição que ocorreu, no Rio de Janeiro, do campo psicanalítico. O kleinianismo era a proposta dos psicanalistas de formação médica, cuja ênfase recai sobre o modo de intervenção; é em oposição a esse modelo que o lacanismo vai se impor no Rio, segundo ela, como uma tentativa de redefinir a psicanálise para resgatá-la de seu permanente risco de descaracterização. Isto porque os paradigmas do lacanismo seriam mais teóricos que técnicos, ou terapêuticos: o que está em jogo é a definição de psicanálise.

A formulação teórica de Lacan, segundo Figueiredo, vai ter um efeito neutralizador das críticas que aparecem principalmente numa certa tendência marxista com relação ao apoliticismo da psicanálise, e de sua exclusão do determinante social em favor do individual. Estabelece-se uma analogia entre o sujeito descentrado de Lacan, que não é dono de seus atos, e o homem social historicamente descentrado, que é submetido a uma ordem cujo controle lhe escapa, que seria o ponto de vista marxista. O próprio termo alienação, ou sujeito alienado de si mesmo, é central no discurso lacaniano. O modelo lacaniano vai julgar os desvios da psicanálise, em diferentes níveis (político, institucional, teórico-técnico, profissional). Essa visão parece atender, para Figueiredo, a um apelo dos psicanalistas mais progressistas, que visam recuperar ou conquistar sua hegemonia sobre a psicanálise.

A autora enfatiza a importância desse fator, no sentido que justifica e legitima toda uma posição contestatória com pretensões de politizar a psicanálise, e principalmente ratificar sua função subversiva a partir da própria teoria. Presta-se, assim, ao combate frontal contra a hegemonia da IPA, que representa a ortodoxia sem mestre, burocratizada, que deveria dar lugar ao novo modelo que resgata e supervaloriza a transferência para a instituição que

representa o mestre. Tudo isso conviria à própria definição do que é ser psicanalista. Recoloca-se a velha questão, segundo o lugar que ele ocupa, ou seja, sua função propriamente dita. O psicanalista não pode confundir-se com o psicoterapeuta. Mas a diferença não se fazia mais profissionalmente. Em outras palavras, um sujeito, com título de psicanalista, poderia perfeitamente (segundo o ponto de vista que a autora tem sobre os lacanianos), não passar de um psicoterapeuta, para isso bastando que sua abordagem privilegie “cuidar” do paciente. A redefinição do “ser psicanalista”, que até então estava posta no número de vezes e duração de sessões como indicadores da genuína análise, são substituídos na nova abordagem pela noção de estilo, que melhor capta as formações do inconsciente. A conclusão é que a questão se desloca do eixo “quem pode ser psicanalista” (nascida da briga de mercado entre médicos e psicólogos) para “o que é psicanálise”, caracterizando um embate político entre os próprios psicanalistas sobre quem vai deter a hegemonia da psicanálise.

Desta maneira, parece-me ficar bem esclarecido este outro ângulo da questão em que a definição do dispositivo analítico não seria uma investigação epistemológica do que corresponde melhor à teoria da psicanálise, mas o investimento narcísico dos psicanalistas em seus próprios interesses egóicos (políticos e econômicos), atingidos diariamente pelo desafio da clínica.

Nesse mesmo sentido, Birman (1984) afirma:

“Nesta escolha metodológica, considerar a impostura na psicanálise implica, antes de mais nada, em se discutir a impostura do analista na prática psicanalítica, o que significa, também, em se interrogar sobre a postura do analista no processo analítico. É preciso que se tenha um modelo do que seja este processo e do lugar do analista no mesmo, para que se possa inferir legitimamente, a partir de certas situações, que elas são da ordem da impostura e que contrariam um certo modelo do que seja o processo analítico.(...) Como se define este modelo, como estabelecer os seus contornos, colocando assim uma exigência fundamental para a epistemologia da psicanálise”.(p.12,13).

De acordo com o autor, a postura do analista impõe que se coloque em destaque qual é a sua perspectiva sobre a sua prática psicanalítica, a forma pela qual ele a entende e a experimenta, a maneira pela qual ele a incorporou por um processo de transmissão. A relação do analista com seu fazer cotidiano, a forma pela qual ele escuta os seus analisandos, o código que ele utiliza nesta escuta, e como este código funciona em si mesmo, a maneira pela qual ele produz interpretações, define um campo epistemológico, institucional e ideológico. A interpretação psicanalítica se estrutura e é formulada por algo que se passa entre os dois termos da relação analista e analisando, num espaço constituído entre ambos, num trabalho compartilhado que estrutura um terceiro lugar que possibilita que algo se articule e possa ser pronunciado em algum momento, por um dos sujeitos implicados na relação transferencial.

Foi esse, inclusive, o sentido resgatado por Oury, que abordamos no capítulo anterior, no qual se baseia para justificar que o espaço transferencial na instituição apenas corresponde a uma ampliação de um *terceiro* espaço já existente entre analista e analisando, mesmo no consultório.

Figueira (1978), ao falar sobre a existência de diversos tipos de psicanálise, compara essa situação de discussão sobre o quê definiria a “verdadeira” psicanálise, com a citação de Freud (1933), sobre a dissecação da personalidade psíquica, em que ele compara a estrutura da doença mental com a fragmentação estrutural pré-determinada de um cristal: parece-lhe existir uma lógica na crise da multiplicidade de psicanálises. Considera que a responsabilidade pela fragmentação da psicanálise deve-se ao próprio Freud, que abre esse espaço nos textos em que afirma que a psicanálise é uma ciência, para no parágrafo seguinte classificá-la de arte de interpretar. Afirma que a consequência foi que a fórmula “do que é ou não é psicanálise” só foi eficaz até a sua morte. O resultado teria sido uma “babelização” crescente, trazendo o

conseqüente perigo de cruzadas moralizadoras. Considera que por trás de tudo isto está a relação entre saber, transferência, e poder.

Nesse caso parece-me estar apontando que o interesse de definir o que é a verdadeira psicanálise beneficiaria econômica ou politicamente aqueles que detivessem esse *royalty*, visando à transmissão desse saber, e dando continuidade a um tipo de relação mestre-discípulo no campo psicanalítico, que foi iniciada pelo próprio Freud. Estariam excluídos, portanto, qualquer interesse ou repercussão clínica pregnante.

Figueira continua analisando que esse tipo de raciocínio se fundamenta num sistema de classificação binária, que opõe o que a psicanálise é ou deveria ser a alguma coisa que não é ou se tornou por distorção. Se o critério é profissional, tem-se psicanálise pura ou impura; se o critério é epistemológico, temos psicanálise científica ou ideológica; se o critério é político, tem-se psicanálise progressista ou revolucionária, e reacionária. Lembra que essa cisão do campo analítico, já teria sido abordada por Castel (1973). Essa seria, para Figueira, uma posição que opera cindindo o campo psicanalítico, porque se considera herdeira do verdadeiro ensinamento de Freud, ou porque se considera capaz de identificar as não-psicanálises. É, segundo ele, uma posição que deixa de utilizar um dos legados freudianos mais fundamentais: a idéia do conflito dentro de unidades individuais, e não apenas entre tais unidades. Isso mostra como em todo analista e em toda psicanálise coexistem em estado de tensão permanente, a psicanálise que critica a ilusão ou a religiosidade, e a mística em si mesma.

Esse pensamento indica uma tentativa de definir aquilo que, no (ou *dentro do*) analista, permite ou não que ele pratique a psicanálise. Essa relevância aponta para as exigências que foram feitas por Freud aos psicanalistas, nas “Recomendações aos médicos

que exercem a psicanálise”(1912), e também para a suposição de que este modelo de psicanalista ideal seja atingível, a utopia do analista.

Para Birman (1984), no modelo da psicanálise no qual a interpretação é vista como prática de tradução:

“(...) o psicanalista seria portador de um código de interpretação, em que funcionaria como alguém inteiramente analisado, que realizou um processo analítico do qual nada restou de insólito e de não representável. O psicanalista seria a própria imagem da razão absoluta recuperada, mestre do seu inconsciente e também senhor soberano do inconsciente dos outros. A sua tarefa seria a de conduzir os seus analisandos a atingir este ideal em que a razão seria completamente transparente a si mesma, e na qual a loucura seria inteiramente domada e reconvertida para o universo da razão. Sem dúvida, num modelo como esse não haveria lugar para a investigação psicanalítica. Este modelo que aqui caricaturamos circunscreve um perfil da prática psicanalítica que imprime a esta uma quietude que é absolutamente estranha à explosividade do seu objeto. Nesta perspectiva, o psicanalista se transformaria em senhor absoluto dos enigmas do desejo, na medida em que adquiriu por direito este código interpretativo, por um processo de análise e por uma formação psicanalítica, que revelou para todo o sempre os segredos do prazer, da morte, e da dor”. (p.16-17).

Este modelo é muito mais presente e difundido do que possa inicialmente parecer.

Entretanto, simultaneamente, escutamos referências cada vez mais frequentes sobre a contra-transferência, que retirariam a impassibilidade do analista no processo psicanalítico. Sabemos que o ego é por natureza uma impostura, um falseador da verdade, e que esta proposição central da teoria do narcisismo é válida não apenas para os analisandos, mas também para os analistas, que disto não estão em princípio melhor guardados que os seus pacientes, apesar da sua iniciação ao processo psicanalítico.

O modelo de psicanálise apresentado criticamente por Birman, alimenta o mito corrente da figura todo-poderosa do psicanalista. O que não nega que este mito esteja calcado fundamentalmente na onipotência dos pacientes. O que este modelo não considera é a onipotência do psicanalista, identificado que fica o seu ego, sem fraturas, com este código com pretensão ao absoluto. Segundo o autor, não seria difícil assinalar o lugar de certas

análises de formação e das injunções criadas nas instituições psicanalíticas na constituição desta estrutura egóica.

De acordo com as informações obtidas sobre o contexto institucional que concerniria a Birman, a partir do trabalho de Figueiredo (citado cima), sabemos a que o autor está se referindo - o ponto nevrálgico da disputa intra-societária, a análise didática - o que indica já uma injunção de seu próprio ego nessa crítica. Nem por isto ela é menos verdadeira, e apenas nos aponta concretamente a que estamos nos referindo.

Conforme enfatiza Birman, se o ego é investido libidinalmente, se ele é especular na sua constituição, referindo-se à relação do sujeito consigo mesmo mediante uma imagem e organizado através do outro, isso coloca também em questão a relação do psicanalista com sua auto-imagem, isto é, coloca em pauta a relação que o analista estabelece com sua teoria e com sua prática interpretativa. Vale dizer, com este questionamento o analista perde a segurança absoluta que imaginava possuir quando representava a sua prática com todas as ilusões da racionalidade soberana, quando a prática interpretativa era sustentada por um ego deslibidinizado, não marcado pelas injunções narcísicas.

A hipótese fundamental de Birman é que, a partir do conceito de uma nova leitura da teoria psicanalítica,

“(...) a relação soberana que o psicanalista acreditava possuir com seu código e com sua prática interpretativa se transformou, foram colocadas em questão, e as formulações sobre o narcisismo são os efeitos privilegiados no plano do discurso do que se reordenava no dispositivo psicanalítico. Vai se realizar o estabelecimento de novas fronteiras entre a psicanálise e as práticas sugestivo-persuasivas. A transferência era considerada como um obstáculo exatamente porque se esperava que a cura deveria se realizar no plano da representação coerente. Mesmo com a descoberta da atividade fantasmática, que relativizou a teoria traumática da neurose e acabou por aboli-la, não se transformou imediatamente este modelo da prática analítica. (p.32)

A lição do fracasso analítico com Dora situa-se exatamente neste ponto. Freud levou alguns anos entre a conclusão do caso e sua publicação, nos quais elaborou o seu erro e pôde

assim formular uma nova teoria da prática psicanalítica, considerando então o lugar estratégico ocupado pela transferência na cura psicanalítica.

“A transferência continua a ser formulada como sendo da ordem da resistência, mas não é mais possível considerá-la como um elemento periférico no campo psicanalítico, mas como um instrumento fundamental da prática da cura”.(p.33)

Podemos reconhecer nesse comentário o modelo de construção teórica de que nos fala Elia (1992), e seu contraste com a ciência, onde o erro constituinte do campo do saber é recalcado, ao contrário da psicanálise.

Birman considera que, com isso, vai também se realizar um descentramento fundamental, já que, se a transferência é o substituto de uma representação que resiste a se articular no plano da palavra, ela é uma via de satisfação libidinal. Para conseguir permanecer nesses dois níveis de organização discursiva, o da representação coerente e o da representação fugidia, é fundamental a exigência de um novo tipo de escuta psicanalítica, porque o processo neurótico adquire um “estatuto de invisibilidade”

No que concerne à figura do analista interpretante, esta transformação vai se desenvolver paralela, mas de forma lenta, exatamente pelo lugar difícil em que ele vai ser colocado pela experiência transferencial. O manejo da transferência coloca em questão a economia libidinal do analista. Se a experiência analítica de Dora ensinou que a transferência deve ser campo de interpretação, sem o que conduz à impossibilidade da análise pela resistência, o seu manejo é extremamente difícil, na medida mesmo em que os efeitos da transferência são de um enorme fascínio; não apenas porque o analista se transforma num objeto fascinante para o analisando (já que é o suporte visado para sua satisfação libidinal), como também, por esta mesma razão, a transferência tem o poder de fazer desaparecer os sintomas neuróticos. Assim, a transferência (em sua vertente imaginária) “cura” magicamente os sintomas que estavam na base da demanda inicial de análise, e, com isso, o

analista corre o risco de se sentir todo-poderoso, de se sentir seduzido pela magia deste poder e, por causa disso, paralisar a sua atividade psicanalítica, perder a perspectiva de desvendamento da verdade colocado como pressuposto do processo analítico.

Birman alerta que para não mergulhar no seu fascínio é fundamental que o analista saiba lidar com a transferência, conviver com os seus efeitos de forma a não ser paralisado. Mas, para isso, o analista tem que ter condições mentais, para poder lidar com seu funcionamento psíquico e com seus processos inconscientes, sem os quais não seria possível o manejo da transferência. É exatamente apontando para este contexto que Freud elabora a questão do lugar e do manejo estratégico da transferência, e, em razão deste, que formaliza as diferenças entre psicanálise e sugestão, e que começa, também, a discutir sobre a necessidade do candidato a psicanalista ser submetido a uma análise sistemática. Para que o analista não funcione como resistência ao processo de análise, é necessário que ele possa ser o receptáculo da força da transferência, o que lhe exige como condição prévia que adquira uma certa circulação interna para não silenciar o discurso do analisando. Para tal, o analista tem que se analisar, descobrir a psicanálise numa experiência de análise.

O autor aponta que a questão é formulada como uma exigência:

“Se o analista não tiver acesso ao seu funcionamento inconsciente, que só uma análise possibilita, ele não tem condições de manejar o impacto das forças que se estruturam na cena transferencial e funcionará, inevitavelmente, como resistência à psicanálise do seu paciente. O descentramento da figura do analista é plenamente representado, retirando qualquer pretensão à soberania da razão do analista no processo psicanalítico. Assim, da mesma forma como o analisando é descentrado face ao seu ego para que sua verdade possa se articular, se constituir e emergir na cena analítica, o analista também deve ser descentrado para poder participar no processo de revelação desta verdade” (p.39).

Esta constatação confirma que os empecilhos à prática analítica são sempre as resistências, seja do psicanalista ou do analisando. E que quando ela se manifesta, o faz independente do âmbito do exercício clínico.

Nesse mesmo sentido, Figueira (1978) aponta que esse tipo de pensamento que dá poder de determinação do desejo de um sujeito sobre a organização psíquica de outro, ressalta uma concepção de contratransferência anterior à chegada do analisando. Cita Neyrant (1975), para afirmar que se o analista tem inconsciente, e é um sujeito desejante, muita coisa na análise pode estar predeterminada pela posição do desejo do analista.

Birman propõe uma comparação entre a influência dos processos inconscientes, inacessíveis naturalmente à consciência, e o que denomina de “estatuto de invisibilidade” do próprio sujeito do inconsciente. A atribuição da determinação de atos aparentemente submetidos a critérios objetivos e visíveis, tal como uma conduta clínica, a processos que seriam invisíveis a olho nu, descritos nesse estatuto da invisibilidade do mundo interno, proposto por Birman, é pelo menos igualmente pregnante como o seriam, por exemplo, as dificuldades apresentadas pelos autores que apontam as questões institucionais ou culturais como impeditivas da prática analítica. Ou seja, os limites da prática analítica determinados por esses fatores, só poderiam ser estabelecidos a posteriori do desvendamento das determinações inconscientes do analista que intervêm em sua prática.

Birman enfatiza que quando o parâmetro de situação psicanalítica apresentada por Freud, aponta cada vez com mais insistência a necessidade de acompanhar, compartilhar e manejar com veracidade o cenário transferencial, analista e analisando ficam submetidos ao mesmo processo, ao mesmo universo da invisibilidade, no qual ninguém a priori é o seu senhor. Apenas o inconsciente, que estrutura as coordenadas fundamentais deste cenário, detém a sua soberania, e, por isso mesmo, é o seu único mestre. Também não é arbitrário que é neste contexto discursivo que o processo psicanalítico seja comparado a um jogo de xadrez, exatamente pela dificuldade do seu aprendizado, no qual apenas os lances de abertura e de fechamento são passíveis de uma descrição completa, e que as jogadas intermediárias - que

constituem o fundamental da partida - não são passíveis de serem ensinadas. O que significa dizer que não há regra absoluta no processo analítico, mas apenas grandes linhas de desenvolvimento que admitem uma infinidade de possibilidades. Portanto, segundo esse autor:

"(...) o processo analítico não é um lugar minuciosamente controlado por normas rígidas, mas um espaço aberto de estratégias, que admite uma infinidade de lances num campo sustentado por coordenadas básicas". (p.40-41).

Nesta perspectiva, Birman lembra que Freud vai também postular que todas as regras se reduzem a uma apenas (a comunicação das livre associações e a escuta com atenção flutuante), o que reitera como o espaço representado da análise é o de um campo aberto de estratégias. E, complemento necessário desse postulado, a técnica pode variar de acordo com o estilo do analista, sendo que os princípios orientadores que ele descreve são aqueles compatíveis com sua maneira de ser e com sua experiência na prática analítica, retirando, assim, qualquer ilusão quanto à existência de um modelo de regras canônicas. Esse tipo de abordagem introduz a dimensão da ética definindo os contornos do dispositivo analítico.

A singularidade de cada analista é enfaticamente sublinhada, o que nos permite com isso registrar, também, que ninguém pode pretender ocupar o lugar de um código interpretativo absoluto. A racionalidade do método é marcada pelo tipo de investimento que realiza o analista, o que significa dizer que o código deve ser situado no seu contexto libidinal, isto é, como ele funciona no espaço interno do analista, que pode perfeitamente deformar as verdades do método segundo a demanda de seus desejos.

" Nestes termos, o analista não é mais soberano no acesso à verdade do outro, já que ele também sofre os efeitos do impacto de suas pulsões, que são intensamente mobilizadas pelo processo transferencial. Enfim, no descentramento radical em que foi situado o analista, o seu ego não tem esta transparência do óbvio, pois ele é também especular, marcado pelas dissonâncias impostas por seu narcisismo". (p.42)

Figueira(1978) ressalta que o desejo de atingir um modelo de invariância dirigido a alguns aspectos do manejo técnico, como por exemplo uma pretensão de invariância no método interpretativo, promete um perímetro, uma fronteira, alguma clareza sobre o que está dentro e fora, sobre o que é e o que não é psicanálise. A invariância, segundo esse autor, fascina porque é uma promessa de identidade, de cidadania psicanalítica, com a qual se pode contar nesse espaço de instabilidade crônica.

Assim, o narcisismo foi introduzido como problemática no campo psicanalítico, colocando basicamente em questão o lugar da figura do analista, que não seria mais detentor, nesta posição, de um poder soberano. A impostura poderia finalmente ser definida como o psicanalista acreditar na soberania desta posição, no domínio absoluto de um código interpretativo, como se o campo psicanalítico frequentemente não o colocasse diante de sua própria análise, na demanda de continuá-la e de questioná-la com cada novo analisando, interrogando assim o lugar soberano do seu analista originário e, evidentemente, da instituição que funciona como suporte desta experiência iniciática. Coloca-se simultaneamente em questão, a relação do analista com a psicanálise, e com o seu próprio processo de institucionalização, que forneceu a formalização codificada da postura analítica, inicialmente incorporada na experiência da análise.

Esta última relação é geralmente tratada, entre nós, psicanalistas, em termos muito acomodados, e, portanto, passível de estar sendo constituída em normas rígidas. Porque, se o analista simplesmente repete, com pequenas variações, o que incorporou na sua análise e no discurso institucional mediante as práticas supervisionadas, o que aqui se coloca radicalmente em questão, em termos psicanalíticos, é o estatuto de sua inserção na triangulação edípica, sua postura de não independência e de ausência de criatividade face ao discurso parental. Enfim, é a sua imagem narcísica que está em questão nesta problemática, a qualidade de sua

economia narcísica, como neste momento fundamental da história da psicanálise quando foi cunhado o conceito de narcisismo.

Desta maneira, está em jogo o processo de identificação pelo qual passa o psicanalista, o que define sua escolha profissional, e a forma como pode ou não sublimar seus investimentos, que definirão se o seu exercício clínico coloca em marcha ou não o dispositivo analítico. Ao adentrar nesse domínio, ao qual fomos conduzidos pelo rastreamento da resistência no analista, deparamo-nos com uma situação de complexidade, conforme salienta Taillandier (1994), na resenha do seminário “A Identificação”, de Lacan (1961-2):

“Não há, em toda a teoria psicanalítica, domínio mais confuso, mais exasperante para o leitor do que o da teoria da identificação”(p.17)

Neste ponto, parece-me importante retomar o que considero ser o ponto central dessa investigação, que começa com uma pista falsa, um deslocamento. Ao confrontar-me, conforme explicitarei no início do trabalho, com o meu próprio distanciamento dos preceitos psicanalíticos, isto abriu um campo de indagações. A partir daí passei a dialogar com pressupostos teóricos, de ordem sociológica, antropológica ou psicanalítica, que apontavam o exercício da psicanálise fora do *setting* clássico e população socialmente compatível, como o responsável pelos desvios que o psicanalista cometesse.

Ao longo desse percurso, fui levada a concluir que essa atribuição de causalidade era em si mesma um desvio, que conduziu ao próprio modelo de investigação da psicanálise: a busca da verdade do sujeito, e as estratégias que ele utiliza para desviar-se dessa verdade. Deparei-me, assim, com que o fato do analista estar submetido às mesmas determinações inconscientes que o paciente, implica em que as razões dos desvios que ocorram, em sua prática, dos preceitos psicanalíticos, sejam causados prioritariamente pelo estilo profissional que terá sido construído na trajetória de identificações do próprio analista, tendo sido esta

sinalizada e balizada pelos tipos de repressão que efetuou e as resistências que teve que ir acionando para mantê-las (às repressões) eficazes.

A esse respeito, encontrei a concordância de alguns autores que tratam do mesmo tema. Assim, para Ginette Michaud (1994):

“Reencontramos a relação entre identidade e identificação, por outro lado, no próprio cerne do problema da formação de analistas. Apoiando-se no ideal do eu, a identificação com o pai volta a entrar em jogo na formação, ao indicar a relação com a filiação, ou seja, o que provém, em certo analista, ou grupo de analistas, de sua relação com Freud e as teorias deste” (p.35)

Da mesma maneira, Joël Dor (1994) considera que:

“As identificações do psicanalista na situação analítica são muito numerosas. Para citar somente algumas, lembremos: a identificação do psicanalista com Freud; a identificação do analista com seu próprio analista ou com seu supervisor; e ainda as identificações do analista que se inscrevem no contexto de seu romance familiar. Mas trata-se, para Conrad Stein, de examinar as identificações do psicanalista com seus próprios pacientes, pela dimensão da transferência”. (...)“Percebe-se melhor isso quando nos perguntamos o que se produz na primeira de todas as análises, a análise original, aquela que, para os analistas saibam eles ou não, desempenha um papel de cena primitiva; não é necessário que a ela tenhamos assistido para que estejamos condenados a repeti-la”. (...)“Essa repetição à maneira de uma imitação de Freud consiste, de certo modo, em prosseguir nossa análise elucidando nossas identificações com nossos pacientes”. (...)“Na situação analítica, a corrente de pensamentos do analista à escuta de seu paciente depende de um jogo complexo de processos identificatórios”.(p.93,94,95).

Para compreender melhor o funcionamento desse processo, recorri à comparação que Freud fez entre a identificação histórica e o processo pelo qual o analista constrói uma interpretação. Em A Interpretação dos Sonhos, Cap.IV, Freud (1895) diz sobre o raciocínio das históricas:

“(...) se esse tipo de motivo leva a esse tipo de crises, eu também posso ter essa crise, pois tenho os mesmos motivos (...) A identificação não é então simples imitação, mas apropriação, fundada em uma mesma etiologia; ela exprime um “bem como” e tem o traço de uma associação que permanece no inconsciente”.

É nesse sentido que enfatiza Dor (1994):

“Quando o analista produz uma imagem inspirada no sonho de sua paciente, não estará exprimindo uma concordância sobre certo ponto ? Não será também uma apropriação cuja via,

diferente daquela da imitação histórica, não se apóia menos em um mesmo processo psíquico de identificação ?” e conclui: “Ou é fácil para o analista expulsar, em sua prática, suas identificações, quer dizer, suas apropriações daquilo que provém de seus pacientes, ou as forças das quais elas procedem não cessam de criar problemas”(p.95,97)

Conrad Stein (1977), ao aprofundar-se nesse tema das identificações com os pacientes, afirma em “Uma conferência sobre a Identificação com Freud “:

“Tal interesse pela significação escondida não poderia proceder, senão da criança sempre presente, com todos os seus impulsos, a qual, como lembra Freud, não deixa nunca de aparecer.(...) Esse interesse comum tanto pode proceder da curiosidade sexual infantil quanto da atenção que cada um dedica à constituição de seu próprio romance familiar. Mas o analista acaba sempre atribuindo suas próprias identificações com seus pacientes ao interesse pela análise” (p.98)

Parece-me que Stein quer enfatizar com isso que o analista tem sempre que se confrontar com (e contra) o pensamento mágico onipotente a respeito de si próprio, de que não está sujeito às leis da determinação inconsciente de seus atos, que suas motivações são sempre éticas, morais, e racionais. Pode-se retomar com essa ótica a questão do estilo de analista inquisitorial, que mais aparenta realizar uma formação reativa a respeito do tema das resistências, aparentemente não admitindo identificar-se com seu paciente nesse aspecto, considerando-o como inadmissível ao seu próprio código de comportamento.

Para Stein fica claro que sua identificação com Freud, no decorrer de sua análise, recobria de fato uma identificação infantil, que punha em questão seu próprio romance familiar. Daí , para ele, o caráter preocupante de tal identificação com Freud, cuja elucidação será sempre necessário prosseguir para que interfira o mínimo possível em sua escuta psicanalítica.

Em outro momento, para delimitar melhor o sentido do que entende por “livrar-se”, Stein propõe:

“Aquilo de que é preciso se livrar, o que cria obstáculo, não é precisamente a transferência do psicanalista, mas, ao contrário, o desconhecimento de suas transferências” (p.107).

Estão sendo abordadas, portanto, ao longo dessas conceituações, dois tipos de identificações nas quais o analista se vê envolvido: as identificações que foram delineando seu estilo como psicanalista, seja incorporadas como traços , ou tendo sido mantidas como ideais , e aquelas que estabelece com seus pacientes, que pelo visto servem de suporte, nessa malha tecida com os fios desses dois tipos de identificações, ancoram seu código interpretativo, sua seleção de material, sua pontuação na escuta.

Proponho-me, assim, a examinar algumas questões a respeito do processo de identificação, que envolvem o significado do ideal em termos metapsicológicos, e sua relação com o processo da sublimação, sob o ângulo da dessexualização da libido. A partir dessas noções, pode-se refletir a respeito do desejo de cura de quem trata, e de como ele necessita ser “dessexualizado”, para liberar um tipo de atenção, na escuta, que ponha em marcha o dispositivo analítico. No meu entender, seria necessário que a “libido profissional” do psicanalista esteja sublimada, a fim de que ele possa praticar seu ofício, como num processo artístico, a partir de uma função criadora, para que seu ato analítico seja genuíno, e não uma impostura oriunda, suponho, de uma idealização imitativa da função de psicanalisador.

Qual é o ideal de ego do analista ? Que tipo de satisfação ele procura obter em sua prática profissional ? Como isso determina sua escuta e interpretações ? Qual o caminho percorrido entre idealizar, “ter” um modelo, e imitá-lo (tentando reconstituir um gozo narcísico, ou “ser” como ele), renunciando assim a esse investimento e dessexualizando-o e sublimando essa identificação na prática psicanalítica ?

Para desenvolver mais fluentemente a questão de como o analista forma seu ideal de psicanalista, com quem se identifica ou idealiza, e de como isso determina que possamos ou não chamar sua prática de psicanálise, terei que falar um pouco sobre os conceitos implicados nesta análise de como um psicanalista se estrutura, sublima suas catexias objetais e portanto

sexuais dirigidas ao objeto de seu ato clínico (o paciente). A meu ver, somente se ocorreu uma passagem do “ter” para “ser como” seus modelos, é que o psicanalista estará fazendo psicanálise, sem nada “desejar” de e para seu paciente, e dessexualizando, assim, o desejo de cura. É isso que qualifica por em ação o dispositivo analítico e não a instituição que o legitime, ou um conjunto de normas técnicas que, como todos sabemos, são completamente mutáveis e singulares, ou mesmo declarações de princípios teóricos.

O conceito de identificação em Freud pode ser objeto de um rastreamento epistemológico, que vai desde Totem e Tabu, e Luto e Melancolia, de 1912 a 1915, passando pela Introdução ao Narcisismo, em 1914, e continua a ser desenvolvido em Psicologia de Grupo, em 1921, avançando em 1923, no Ego e o Id, até as Novas Conferências Introdutórias em 1933, quando foi feita a última abordagem ao tema, e onde Freud acaba por definir o ideal de ego como diferente do superego como instância crítica.

Segundo a teoria freudiana do processo de desenvolvimento libidinal, este se dá a partir da imaturidade biológica que o bebê humano apresenta ao nascer, pautado pelo surgimento de instintos parciais que têm suporte nas necessidades físicas, e que vão constituindo os primados das zonas erógenas ao longo desse desenvolvimento, que deverá se completar até a latência, na unificação desses instintos (fusão), a partir da instalação e dissolução do Complexo de Édipo.

A primeira necessidade, ditada pela sobrevivência, de alimentação, vai constituir a fase oral, e estabelecer o primeiro modelo de incorporação do alimento; com a repetição das experiências de satisfação, vai surgindo a primeira diferenciação da necessidade física e psicológica: a primeira catexia de objeto vai se originar no anseio. O desenvolvimento biológico vai dando margem à incipiente estruturação do ego, através da captação da própria imagem no outro, a quem se desejará incorporar, possuir, a partir da dentição, passando pela

sua destruição. É a primeira forma de relação, a identificação primária. Da satisfação ao gozo auto-erótico, a experiência da relação com as figuras parentais, que participam da instauração da onipotência primária, momento histórico da constituição da auto-imagem unificando o corpo fragmentado, vão organizando o ego originário, o narcisismo primário, o ego-ideal, que vai se afirmando no poder do controle muscular e posteriormente esfíncteriano, tudo isso marcando o surgimento das pulsões sexuais.

Ao instalar-se paulatinamente o primado das zonas anais, as atividades desse ego incipiente já vão se diferenciando, a partir da aprendizagem da expulsão e retenção - já não existe somente a incorporação. A satisfação auto-erótica onipotente começa também a ser ameaçada, pela percepção da censura parental em relação aos produtos desse corpo representante do ego-ideal. É assim que os primeiros sinais culturais se introduzem mais marcadamente a partir da educação esfíncteriana. Seguindo o movimento biológico, se incluem as primeiras oposições, atividade e passividade, introjeção e projeção, proibição e transgressão, e está instaurada a ambivalência, elemento que será acrescentado à identificação primária, e irá preparar o caminho para o próximo passo de desenvolvimento e estruturação, na fase genital, com a formação do ideal de ego na triangulação edípica (experiência que faz a catexia objetal avançar para a escolha objetal).

Seguindo esse curso de evolução da vida erótica, os instintos parciais relativos à erotização de cada zona, vão se fundindo, até mais ou menos os cinco anos, em consequência do avanço irresistível no sentido de unificação da vida mental, e o Complexo de Édipo origina-se dessa confluência. O estabelecimento da repressão, torna-se imprescindível no processo de socialização e na constituição dos pais como objeto de amor marcado pela sexualidade pré-genital, objetivo que terá que ser renunciado, e que irá dar origem à constituição do ideal de ego e da possibilidade de idealização, bem como à transformação dos

instintos inibidos em seu objetivo sexual em relação aos pais, em emoções afetuosas que permitem à criança permanecer ligada a eles sem conflito.

Em Além do Princípio do Prazer, Freud (1920) lembra, ao descrever a humilhação da dissolução edípica, que o florescimento precoce da vida sexual infantil é condenado à extinção. Seus desejos são incompatíveis com a realidade, pois ocorreram numa etapa inadequada do desenvolvimento, e o processo chega ao fim nas mais aflitivas circunstâncias. A experiência vivida como perda do amor e fracasso, produz uma cicatriz narcisista, que contribui mais do que qualquer outra coisa para o sentimento de inferioridade dos neuróticos, pois o laço que ligava a criança ao genitor sucumbe ao desapontamento.

A renúncia edípica é da ordem da impossibilidade, do insucesso, e do temor à castração, originando uma experiência tão penosa que determina um processo (no melhor dos casos) de intensidade diferencial da repressão, que é a dissolução e destruição. Caso isso não seja possível, se o ego não conseguir nada além de uma repressão dos desejos sexuais, estes persistem em estado inconsciente no id, e se manifestarão, mais tarde, sob forma patogênica. Tomando o Édipo masculino como padrão, observa-se o menino com o narcisismo ferido e ameaçado de castração pelo pai, projetando a libido narcísica na figura parental oponente, que passa a constituir-se num ideal a ser imitado e idealizado, recuperando, através da introjeção de algumas características deste no ego, a unidade narcísica perdida, no narcisismo secundário.

O “sentimento de si” parece estar na base da renúncia efetuada mediante o recalque, pela ameaça da realidade frente ao desejo de possuir o objeto depositário da catexia libidinal. A identificação secundária reside em trazer para si o que, do objeto, suscitou imaginariamente a revivência do gozo narcísico primário, desencadeando o mecanismo de deslocamento. É a sexualidade que tenta atravessar o abismo entre o ideal projetado no outro, na experiência amorosa, e o ego. É quando essa sexualidade se torna proibida pelo recalque, que a

identificação, em operação sofisticada e que compreende estágios e mecanismos simultâneos, resgata para o “si próprio” a libido objetal. Isso ocorrerá somente se esse “si próprio” está bem formado, pela identificação primária que precedeu as primeiras catexias objetais, na satisfação narcísica primária, na satisfação do desejo de onipotência, e na gratificação recebida dos objetos de amor. A introjeção, no ego, da imagem das características do pai, que proíbe ter a mãe, mas que amparou e protegeu, é o que dá forças e suporte para a dessexualização, que é secundariamente a sexualidade voltada para si próprio, libido “lavada” e desprovida do suporte das necessidades corporais, colocada à disposição para as funções egóicas, como a criatividade artística ou intelectual.

Esse processo pode ou não constituir o modelo definitivo de identificação, que implicará na noção de dessexualização da libido objetal, a ser colocada à disposição do ego sob a forma de libido narcísica (protótipo da sublimação), de acordo com a possibilidade de uma efetiva dissolução, no sentido de abolição, dos desejos edípicos. Nesse caso, não se trata de introduzir no ego o objeto, o que marcaria uma identificação defeituosa, e poderia introduzir o sentimento de culpa inconsciente, com uma identificação marcada pela formação reativa. Se a oposição ambivalente for intensificada por um pai hostil, ou marcada por uma omissão, ou se a força instintual for muito intensa, gerando a necessidade de uma repressão excessiva, o objetivo sexual não logrará ser abandonado, mas apenas disfarçado, deslocado. A identificação que dá origem à dessexualização da libido, que constituirá o protótipo do processo sublimatório, terá que se dar pela unificação do instinto homossexual parcial, que, caso tenha que ser reprimido (e não fusionado), dará origem ao protótipo da idealização.

Assim, a sublimação é um processo de metabolização da pulsão; vem da identificação, uma operação onde o ego renuncia a encontrar seus objetos ideais no exterior de si mesmo, e, pela introjeção, precedida da renúncia a esses objetos, ele os faz seus elementos

constitutivos. É um trabalho de luto das imagens ideais que permite que os objetos não sejam nem rejeitados, porque decretados inacessíveis, nem erigidos como suporte de uma relação de fascinação, mas se vêm conservados no investimento de uma atividade.

No artigo "Luto e Melancolia", Freud (1917) considera que a característica mais significativa deste texto foi o relato do processo pelo qual uma catexia objetal é substituída por uma identificação. No capítulo III de "Ego e o id" (1923), esclarece que esse processo não se restringe à melancolia, mas é de ocorrência geral. Essas "identificações regressivas" são em grande medida a base do que se descreve como o caráter de uma pessoa. O que Strachey, no prefácio do "Luto e Melancolia", aponta como importante, seria que Freud sugeriu que as mais antigas dessas identificações (aquelas derivadas da dissolução do Édipo) vêm ocupar posição especial, e formam o núcleo do superego. Postula que os impulsos instintuais libidinais sofrem repressão se entram em conflito com a ética/cultura do indivíduo. A repressão provém do amor-próprio do ego, para o qual a formação de um ideal seria o fator condicionante da repressão.

Para Oury (1994), existe uma analogia entre identificação e luto, bem como entre desejo e remorso:

"Quando se diz "o luto", trata-se do caminho que permitirá que haja manifestação do desejo. Sabe-se bem que a palavra desejo provém de *desiderium*, quer dizer, qualquer coisa da ordem do remorso' (p.44)

Alguns autores, como Chasseguet-Smirgel (1975) e Mellor-Picaut (1983), trabalharam especificamente as ressonâncias desses processos mentais na vida adulta, particularmente no que diz respeito à função da criatividade artística e intelectual, no sentido de que só seria possível uma produção artística e intelectual de qualidade autêntica (no sentido do chiste, revelando simbolicamente o reprimido), caso sejam oriundas de processos sublimatórios. Caso contrário, seriam produzidas obras marcadas pela impostura do processo de idealização,

que não metaboliza a pulsão, mas desloca-a, evitando a repressão. Podemos fazer uma analogia desse mecanismo descrito por essas autoras, com as proposições de Birman a respeito das posturas e imposturas no campo psicanalítico, sendo este processo o que definiria mais precisamente e num sentido mais verdadeiro, referido às determinações inconscientes, o que seriam as imposturas nessa prática .

Parece possível uma comparação entre as motivações profissionais do analista, e os mecanismos de produção de prazer ou desprazer, e como a repressão se reverte no chiste. Conforme postula Freud (1915) no artigo A Repressão:

“Desenvolveram-se técnicas especiais, com o propósito de provocar tais mudanças no jogo das forças mentais, que aquilo que de outra forma daria lugar ao desprazer, pudesse nessa ocasião resultar em prazer; e sempre que um dispositivo técnico desse tipo entra em funcionamento, elimina-se a repressão de um representante instintual, que de outro modo seria repudiado. Até agora isso só foi estudado no chiste. Via de regra a repressão só é removida temporariamente, reinstalando-se imediatamente. Observações como esta permitem-nos notar outra característica da repressão. Ela não é só individual em seu funcionamento, como também extremamente móbil. O processo de repressão não deve ser encarado como um fato que acontece uma vez, produzindo resultados permanentes (tal como matar um vivo, que passa a morto); exige um dispêndio persistente de força; se esta viesse a cessar, o êxito correria perigo, tornando necessário um novo ato de repressão. Assim, a manutenção de uma repressão acarreta ininterrupto dispêndio de força, ao passo que sua eliminação, de um ponto de vista econômico, resulta numa poupança. A mobilidade da repressão também encontra expressão nas características psíquicas do estado do sono”(p.174).

Smirgel propõe a hipótese de que os homens que não são bem sucedidos em projetar seu ideal de ego no pai e seu pênis (representante fálico), e cujas identificações, conseqüentemente, estão defeituosas, serão levados - por razões narcísicas óbvias - a tentar adquirir a identidade que lhes falta de várias formas, o ato criativo sendo uma delas. O trabalho criativo irá simbolizar o falus; não tendo ocorrido a introjeção das qualidades paternas, e os desejos relativos a esse processo tendo sido reprimidos e contra-catequizados, a pessoa não terá a seu dispor a libido dessexualizada (sublimada) necessária para a criação de

seu trabalho. A força motriz será o ideal de ego, mas a matéria prima não terá sofrido modificação (o instinto). A identidade assumida será sempre “usurpada”; a idealização supõe falha identificatória e evasão de obstáculos, enquanto a autêntica criatividade implica em sublimação do instinto.

Para Smirgel, identificação primária é com a mãe, secundária com o pai ou outras figuras, e estas repetições e variações de identificação reduziriam a distância entre ego e ideal. O processo de internalização, nesse sentido das identificações secundárias posteriores à paterna, é relacionado com a substituição de objetos externos por símbolos que são reencontrados nas análises, por exemplo, para representar figuras parentais impessoais. Isto marcaria o processo transferencial. A intelectualidade criativa da sublimação marca a habilidade do ego em integrar satisfatoriamente, num nível complexo de desenvolvimento; a atuação (acting-out) por outro lado, é caracterizada por tendências desintegradoras. Partindo da identificação, ocorre uma assimilação de uma figura parental idealizada na sublimação, e projeção e destruição de uma “mã” figura no caso de uma atuação. A etiologia de tais condições, segundo Helene Deutsch (citada por Smirgel), estaria relacionada a uma desvalorização do objeto que teria servido como modelo para o desenvolvimento da personalidade infantil.

No sentido do exercício da psicanálise, segundo essa compreensão, pode-se supor que estaria havendo uma atuação do analista, em sua prática clínica, caso essas identificações não tivessem sido elucidadas e promovido a capacidade sublimatória.

No que tange à definição da escolha profissional do analista, é possível pensar que tipo de ideal erotizado com vistas a restabelecer a unidade narcísica teria sido deslocado para a função de psicanalista, por exemplo. Em suma, caberia retomar aqui a questão da marcação

libidinal que sustenta a priorização de um determinado modelo de psicanálise, aparentemente sustentada por motivos racionais.

Freud (1908) propõe, em “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância”, que parece viável identificar as posições de idealização e sublimação na perspectiva do vir a ser da curiosidade sexual infantil (a partir da ação subjacente de um processo de idealização na inibição). Explicita que existem três destinos possíveis da curiosidade infantil, em que a inibição parece ser sempre inevitável: a inibição intelectual (global, do espírito crítico); a obsessão intelectual (inibição da escolha); e a sublimação (inibição do tema sexual). A inibição procede em geral do sentimento da dimensão do ato a realizar confrontado às possibilidades reais do sujeito.

O ideal de ego do analista seria o desejo de cura (para obter satisfação sexual no sentido psicanalítico, da gratificação narcísica pelo re-encontro com o objeto - poder e onipotência médicas). Para ser analista há que sublimar (dessexualizar o desejo de cura, cujo objeto suporte é o ideal de ego médico), não ter desejo em relação ao paciente. No artigo “Estar amando e Hipnose”, Freud (1923) afirma que quando ocorre o estabelecimento da repressão, mais ou menos até 5 anos, se dá a renúncia à maior parte dos objetivos sexuais infantis. Estabelece-se uma profunda modificação na relação com os pais. A criança permanece ligada a eles por instintos inibidos em seu objetivo - as emoções afetuosas. As tendências sensuais permanecem preservadas no inconsciente (a corrente original continua a existir). Nesse sentido, isso só parece possível no caso do analista ter dissolvido seu Complexo de Édipo, o que lhe permitiria ter acesso - conhecer - a sublimação, e lhe possibilitaria estabelecer em relação ao paciente uma corrente de emoções afetuosas. De outra forma, não tendo deslibidinizado um possível endereçamento de identificações regressivas, em termos de recalque primário, e o paciente fatalmente ocuparia o lugar de um objeto de

investimento do analista, situação na qual este provavelmente estaria aliado ao desejo de onipotência do paciente, formando ambos uma aliança perversa.

A diferença entre sublimação e introversão narcísica da libido, em termos dinâmicos, (dirigida aos fantasmas ou a um retorno ao ego) seria que, sublimar não é troca do objeto pelo ego, é “limpeza de energia”, através do ego, na identificação. Essa limpeza de energia da sublimação, vista como a transformação da libido do objeto em libido narcísica que se produz, é definida a partir do processo de identificação de uma parte do ego com o objeto, ao qual é preciso renunciar. Quando o ego incorpora os traços do objeto para impor-se ao amor do Id e se consolar da perda do objeto, não pode tratar esse objeto interiorizado transformado em parte do ego, como se fosse um objeto exterior, e então a meta sexual deve ser abandonada.

Conforme já foi dito, sublimação é um processo de metabolização da pulsão; vem da identificação, numa operação onde o ego renuncia a encontrar seus objetos ideais no exterior de si mesmo, e pela introjeção precedida da renúncia a esses objetos, ele os faz seus elementos constitutivos. A sublimação é um trabalho de luto das imagens ideais que permite que os objetos não sejam nem rejeitados porque decretados inacessíveis, nem erigidos como suporte de uma relação de fascinação, mas se vêm conservados no investimento de uma atividade.

A pergunta que se apresenta é: o que é sublimar no sentido do exercício profissional do psicanalista em relação ao paciente, da função analítica. A que objeto tem-se que renunciar, a que relação de objeto; qual é a renúncia (o recalque) do analista, onde está a satisfação sexual da cura? Retomo as proposições de Elia, que vão no mesmo sentido das de Leclair, no capítulo anterior, para apontar a questão da necessidade do recalque teórico como metáfora da castração a que o analista terá que submeter-se, e mesmo supor que o destino da curiosidade infantil teria uma relação simbólica com a escolha da função analítica como exercício profissional. Nesse sentido, o controle da teoria, “tê-la” na “tela” da consciência,

representaria essa gratificação narcísica, e evasão da castração, estando diretamente ligada ao sentimento de onipotência, e desejo de cura.

Já que foi estabelecida tal analogia, seria importante ter uma noção de como se processa o mecanismo da sublimação economicamente (o que constitui seu aspecto mais complexo). Em o Ego e o Id, Freud (1923) diz que o caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história das escolhas de objetos. Deve-se considerar casos em que a alteração de caráter é paralela à catexia (antes do objeto ser abandonado). No capítulo “As Duas Classes de Instintos”, Freud fala, a respeito do problema econômico do ódio e amor na ambivalência edípica, que estes afetos não são transformáveis, mas deslocados reativamente, uma energia retirada do impulso erótico e adicionada ao hostil, já que nesse contexto teria mais probabilidade de descarga, isto é, de satisfação. Isso levanta a hipótese da energia deslocável e neutra, um “Eros dessexualizado” (procedente do “estoque narcísico da libido”) que justificaria economicamente a sublimação.

No artigo “A dissolução do complexo de Édipo”(1924), Freud faz menção àquilo que estamos supondo que Lacan veio a chamar de deslizamento (da libido deslocável) na cadeia de significantes:

“Ela desliza ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer, do pênis para um bebê”(p.233).

Na libido deslocável, considerando-a como um processo análogo, existiria uma indiferença quanto ao caminho ao longo do qual a descarga se efetua, desde que se realize (o que é uma característica da catexia do Id); também existe indiferença em relação aos objetos. Este processo tornar-se-ia evidente na transferência ou com atos neuróticos, indicando uma “frouxidão” nos deslocamentos por processo primário. Isso indica uma posição secundária dos caminhos da descarga. A libido dessexualizada é igual à energia sublimada. A sublimação se dá pela mediação do ego, que trata as primeiras catexias objetais do Id, na identificação,

retirando a libido dela para si próprio, e ligando-as à alteração do ego produzida pela identificação. Na medida em que requer o abandono de objetivos sexuais, a dessexualização é vista por Freud como o ego trabalhando em oposição aos objetivos de Eros, o que é o narcisismo secundário.

Para Freud (1921), em “Psicologia de Grupo e Análise do Ego”, a respeito de identificação, existe uma distinção importante, uma diferença entre identificação com o pai e a escolha deste como objeto. É ser e ter. A distinção depende de o laço se ligar ao sujeito ou ao objeto do ego. É difícil estabelecer uma diferença metapsicológica. Onde haja repressão, a escolha de objeto retroage para a identificação - “forma mais primitiva e original do laço emocional”. Na Conferência “Dissecção da Personalidade Psíquica”(1933), Freud descreve como a base da formação do super ego é a identificação, que é diferente da escolha objetal. Na modificação do ego que ocorre na identificação, existe um querer ser como o ideal de ego; na escolha de objeto, que não modifica o ego, existe um querer ter , o que , por formação reativa , forma a instância crítica (que proíbe ter o que quer). Quando ocorre a perda do objeto, existe a regressão à identificação no sentido primário, com incorporação.

Ter um objetivo (que pode ser comparado a uma catexia objetal) de eficácia no tratamento, querer (no sentido de perseguir) a melhora, tomar o sintoma na mesma significação médica, como um sinal de anomalia, é almejar “ter” o objeto idealizado, imitar uma função revestida de um significado idealizado (conforme aponta Birman, a psicanálise consumida como bem de salvação no mercado dos bens simbólicos, ocupando lugar de destaque na economia simbólica dos psicanalistas). Como o âmbito em que se pratica a psicanálise pode influir nisso ?

Retomando a questão do exercício da psicanálise no consultório institucional e no consultório particular, surge a indagação de se é possível que em algum destes dois contextos

o analista não tenha metas, cuja obtenção proporcionaria uma diminuição da distância entre seu ego ideal e ideal do ego, através da sensação de eficácia e sucesso, reconstituindo o gozo narcísico. Acaso seria isso o que o consultório particular (ou o institucional) prometeriam ao analista ?

Para colocar em marcha o dispositivo analítico (que implica a abstinência do analista, o que vale dizer renúncia ao investimento libidinal nessa função), tem que ser feito um deslocamento da concepção econômica capitalista, no sentido de ter, possuir o ideal, que é a economia de posse da idealização narcísica do ter, do re-encontro com o objeto, para uma economia do desejo, que seria caracterizada pelo “ser como o ideal”, em si mesmo, que caracteriza o processo sublimatório. Quando a psicanálise se diz restrita a operar exclusivamente no consultório particular (privado), que é o sentido capitalista do ter, possuir, o bem, podemos colocar em questão seu exercício. Quando o psicanalista diz que só TEM a psicanálise no consultório privado, só aí se re-encontra com ela como objeto perdido, podemos desconfiar de uma prática imitativa, e de uma impostura analítica. Parece-me que essas noções já permitiriam esboçar uma hipótese de como se processaria a aquisição das identificações de um psicanalista.

Sabe-se que a identificação secundária é desencadeada pela interdição das instâncias paternas e, calcadas nestas, ocorrem múltiplas identificações posteriores, com traços de modelos investidos libidinalmente, ou mesmo, conforme explicita a teoria, com a introjeção de aspectos globais da personalidade de figuras que significaram perda amorosa e das quais não se processou o luto. Estou considerando, em primeiro lugar, que as identificações do psicanalista com seus próprios analistas, supervisores, professores, colegas, ou linhas teóricas, sofrerá a determinação da sua própria resolução edípica. Ou seja, caso se haja processado uma verdadeira dissolução edípica, com a aquisição da possibilidade de efetuar uma

identificação, ou se houve apenas uma repressão dos investimentos libidinais em jogo no drama edípico.

Segundo a teoria, inferimos que isso seria viabilizado, no caso da análise do analista, se a transferência negativa tivesse sido bem elucidada, provavelmente libertando o futuro analista de processos marcados pela formação reativa, para dar conta de uma ambivalência que tivesse se tornado demasiadamente intensa. Essa possibilidade, conforme foi advertida na descrição freudiana do processo econômico da sublimação, implica um deslocamento da catexia amorosa para a hostil, o que equivale a uma operação defusionante relativa aos instintos homossexuais parciais, e sua vinculação com a possibilidade (ou impossibilidade) de submeter-se ao analista (como anteriormente ao pai).

Além disso, há que levar em conta se a análise do analista sofria uma determinação institucional, no sentido, por exemplo, de ter sido uma análise didática ou conduzida por um candidato de sociedade de formação, controlada portanto institucionalmente, e submetida a todas as vicissitudes que este fato implica, ou se foi anterior ou correu paralela à sua formação profissional, mais influenciada portanto pelos seus sofrimentos psíquicos e escuta “restrita” ao seu analista (e no máximo de seu supervisor).

Por outro lado, parece-me importante incluir nesse jogo de forças, o tipo de analista com quem foram feitas as identificações, no processo de análise. Frequentemente ocorrem alianças do desejo de onipotência do paciente, com a necessidade de satisfação narcísica do analista, que se oferece subliminarmente, ao longo das análises, como modelo de ideal para o analisando, num manejo transferencial que opera milagres de técnica sugestiva e transferência imaginária. Se desse processo dito analítico, o paciente for outro futuro analista, quase com certeza se pode inferir que sua prática de psicanálise será imitativa, já que lhe terá sido

prometido, por seu analista, que ele não teria que abandonar as pretensões edípicas, e não precisaria submeter-se à castração.

Ocasionalmente esse tipo de análise pode ocorrer sem nenhum enquadre institucional - no sentido arquitetônico e administrativo do termo - (refiro-me às instituições de psicanálise ligadas à IPA, por exemplo), mas particularmente em alguns casos, sabemos que as promessas de sucesso econômico (derivação automática de pacientes, futuros candidatos em análise didática, etc.) e prestígio na comunidade da mídia científica (já que os membros das sociedades de psicanálise oficiais são de maneira geral considerados notório saber) quase indefectivelmente vendem a ilusão de que uma vez terminada a análise e/ou a formação, não será mais necessário renunciar a nada, para ser psicanalista ... (conforme talvez tenham tido oportunidade de testemunhar que seus próprios psicanalistas não renunciaram a satisfazer-se narcisicamente em suas análises).

A posição transferencial favorece a ilusão de o analista colocar-se num lugar idealizado, do psicanalista perfeito, com vistas a restabelecer a experiência narcísica onipotente do paciente. O psicanalista, assim como a mãe do perverso, pode aliar-se nessa falsificação e prometer que não é preciso passar pelo dissabor da castração, e que tem algo para oferecer ao paciente a respeito dele próprio (a cura, talvez). Algo de estrutural transforma-se no dispositivo da cura analítica, quando essas questões são colocadas.

Percebe-se que o dispositivo analítico, para ser desencadeado, pressupõe uma solução da economia psíquica que coloca em questão as privações e interdições mais fundamentais do desenvolvimento do psiquismo. Sobre esse lugar vazio, em que só deve haver lugar para o discurso do analisando. Nicéas (1984) afirma a esse respeito:

“Nós convivemos mal com o vazio. A tentação, em nossa prática, de aclarar a escuridão dos buracos do discurso, é muito forte em quase todos os momentos de nosso encontro com os pacientes. Se nós dispomos de um saber herdado, positivo, construído, nós não sabemos nada de cada um daqueles que vêm deitar-se em nossos divãs. Nada, a priori,

sobre o que surgirá a cada reencontro. Talvez por isso mesmo abduquemos tão facilmente de nossa função de suporte da transferência para, através de uma aplicação do saber, tantas vezes confundida com a interpretação, interpor esse saber, tornado nosso objeto de desejo, nos preservando, assim, por uma racionalização reasseguradora, contra um desejo outro que irromperia em toda a sua exigência de resposta. Em nossas teorizações, nem sempre testemunhamos a experiência que nos tornou analistas e que nos conduziu, de interrogação em interrogação, ao final de um percurso onde nenhuma resposta se revelou acabada, definitiva, onde nenhum saber se revelou derradeiro.” (p.67)

Lacan declara no Congresso de Bonneval em 1960, o que entende que seja o exercício das funções de um analista:

“(...) suportar o discurso do paciente, restaurar o efeito de sentido, pôr-se em questão ao responder-lhe, assim como ao calar-se, igualmente (...)”(p.319)

E, ainda, sobre qual é o lugar que o analista ocupa, de onde é que ele interpreta na transferência marcada pela resistência, para ter acesso ao inconsciente, que é o que define o dispositivo analítico:

“(...) O lugar em questão, é a entrada da caverna em relação à qual sabe-se que Platão nos conduz à saída, enquanto que se imagina aí ver entrar o psicanalista. Mas as coisas são menos fáceis, porque é uma entrada em que se chega sempre somente no momento em que se a fecha (esse lugar não será jamais turístico), e que o único meio para que ela se entreabra, é chamar do interior”(p.322)

Freud, em Psicoterapia da Histeria (1895) já dimensionava esse lugar impossível:

“É muito difícil obter uma visão nítida de um caso de neurose antes de tê-lo submetido a uma análise completa”(p.312).

Indica a necessidade de o analista suportar a viagem no túnel escuro, guiado pelas mãos de alguém com os olhos vendados, como ele mesmo define.

Assim, somos levados a refletir sobre o que nos dificulta, como analistas, sustentar esse lugar, o da abstinência. Podemos falar da ansiedade experimentada pelo analista na experiência analítica, como sendo um processo análogo à formação da ansiedade não realística, e do medo à castração. Em Inibição, Sintoma, e Ansiedade, Freud (1926) diz que ao longo do desenvolvimento do ego, cada período de vida tem seu determinante apropriado

de ansiedade. A ansiedade oriunda do desamparo psíquico seria correspondente a um período de ego imaturo; a ansiedade pela perda de objeto se daria até a primeira infância (dependência de outros); aquela relacionada ao perigo da castração vigoraria até a fase fálica; e a ansiedade por medo do superego seria sentida até o período de latência.

Em relação aos perigos, ele fala, nesse artigo:

"A ansiedade é a reação ao perigo. Os perigos são o destino comum da humanidade; são os mesmos para todos"(capítulo X-p.166)

Isso nos faz crer que o psicanalista está incluído neste destino, no exercício de sua função. No Apendice B desse artigo, ele explicita melhor as nuances do conceito de ansiedade, que adiante retomaremos aplicadas ao nosso tema:

"Ansiedade é semelhante a uma expectativa, é indefinida e falta objeto. Medo é a ansiedade com objeto. A ansiedade neurótica é por perigo desconhecido (instintual). Na análise, tornando esse perigo consciente, o analista transforma ansiedade neurótica em realística. A essência do perigo é o desamparo face ao perigo (físico ou psíquico), orientado por experiências reais, um desamparo vivido num trauma."(p.190).

Essa aproximação já havia sido iniciada em O Ego e o Id (1923):

"Podemos perguntar qual é o medo do ego. O ego é a sede real da ansiedade; ameaçado por perigos, ele retira sua catexia da percepção ameaçadora e emite-a como ansiedade. O que o ego teme do perigo externo e do libidinal não pode ser especificado; o medo é de ser esmagado ou aniquilado. O que se acha escondido por trás do pavor que o ego tem do superego, é o medo da consciência. O temor de castração é provavelmente o núcleo em torno do qual o medo subsequente da consciência se agrupou; esse temor persiste como medo da consciência. O medo da morte só pode ser o fato do ego abandonar em grande parte sua catexia libidinal narcísica - i.e., de ele se abandonar; o medo da morte é algo que ocorre entre o ego e o superego".(p.153)

O medo da morte só aparece sob duas condições : reação a um perigo externo, ou um processo interno, como na melancolia. Pode-se fazer uma associação com esse processo e o lugar do analista, a dificuldade de permanecer nesse lugar, frente ao vazio, e ocupando o lugar do morto, como afirma Lacan. Que inferências podemos fazer ?

Em relação ao tema desse trabalho, faço uma comparação com os processos identificatórios e o exercício da psicanálise no âmbito do consultório institucional ou privado. Supondo, conforme postula a teoria da identificação, que esta é sempre precedida por uma perda, proponho considerar esta perda como sendo a do amor do super-ego pelo ego, sempre que o analista é colocado, na sessão analítica, em situações que ponham em dúvida sua competência profissional. No caso da natureza da função analítica, pode-se considerar que isto ocorre toda vez que o material do paciente não é compreendido pelo analista, ou que haja interrupção das associações consideradas profícuas para o tratamento, nas situações de silêncio do paciente, ou de transferência negativa; em suma, muito mais freqüentemente do que os analistas desejariam.

Imaginemos que o analista seja levado a resguardar-se de ataques super-egóicos, provocados por essa constante frustração a que seu ideal de ego se vê submetido nesse lugar abstinente, e que o apelo das identificações implique uma compensação econômica que faça frente à ansiedade (ou talvez pudéssemos dizer à depressão - ansiosa). A saída para esse aparente labirinto parece ser, sempre, abrir lugar à representação, o acesso à palavra, ao nome, que faz frente à repetição compulsiva, e que restitui (ao menos parcialmente) a mobilidade egóica colocada a serviço da função criativa.

Octave Mannoni(1994), em seu artigo sobre A Desidentificação, diz:

"No entanto, é preciso justamente que sejamos nós mesmos para nos descobrirmos identificados ao outro. Desta maneira, sendo inconsciente a identificação, é impossível torná-la consciente de outro modo que não seja desidentificando-se.(...) A identificação é inconsciente. Contudo, é importante notar que tomar consciência desidentifica. O distanciamento começa aí, e um certo distanciamento vai devolvê-lo a si mesmo".(p.175-176).

Mais adiante, esse autor precisa mais o conceito, quando esclarece que não basta que algo assinale as identificações para que elas desapareçam, é a diferença do que acontece quando alguém se surpreende a si mesmo, numa identificação. Mannoni explicita que a

identificação é um “modo de pensamento” que não precisa ser justificado. Não temos que procurar a causa - o porquê - da identificação, temos apenas que considerar o como; em outras palavras, para ele, na análise, a identificação não é interpretável em si mesma; ou, ainda, não há outra interpretação além da desidentificação.

Esta é provavelmente a senha que conduz o psicanalista ao fim do túnel, pois ao submeter sua prática à mesma escuta que submete o material do analisando, assenhora-se de suas identificações, e, desidentificando-se, devolve-se a si mesmo.

Para terminar, faço minhas as palavras do mesmo Mannoni:

“(...) Creio que isso funciona assim. Não garanto. Não posso me basear em nenhuma teoria para dizer o que digo. Não posso dizer: “Freud afirmou isso”, ele não o fez. Estou tentando transpor os limites. Posso estar errado. Mas se vocês me disserem: “Freud não disse isso, isso aí não serve para nada porque ele não falou disso”, então, nesse caso, não me incomoda a crítica “Freud não disse isso”...”(p.196).

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES

Penso que a melhor maneira de concluir esse trabalho seria ir retomando as observações que fui fazendo ao longo do texto, aquelas que considero pertinentes, conclusivas, e que foram deixadas em aberto. Para isso, seguirei a ordem cronológica em que esses momentos foram se apresentando no texto, de acordo com a divisão dos capítulos.

Fica claro que o conceito de identificação é um conceito central neste trabalho, não apenas sustentando a hipótese de que esse fenômeno encontra-se no cerne das resistências do analista ao exercício da psicanálise, como também metodologicamente, na medida que essa investigação nasce justamente de um processo de desidentificação.

Fui, assim, ao longo do texto, desvinculando a libido represada em certas representações, que se configuravam como concepções aparentemente teóricas, mas que de fato consistiam em introjeções das instâncias super-egóicas de alguns modelos de identificação. Pois, conforme esclarece Freud (1933), na conferência sobre a Dissecção da Personalidade Psíquica, a identificação não se dá com as pessoas ou modelos, mas com traços de representação das instâncias formadoras do ideal desses modelos.

À medida em que ia percebendo as implicações do processo que estava se deslanchando, durante esse trabalho, pude dar-me conta, ao longo das sessões com meus pacientes - fosse no consultório ambulatorial, do hospital, ou no consultório particular - de diversas situações em que se revelavam interdições, objeções à aplicação do dispositivo analítico. Situações que manifestavam não uma repressão da teoria (que é o que se supõe que deva acontecer, a supressão da idéia que sustenta a intervenção) mas sim uma inibição do ato. Ao mesmo tempo, certas motivações que pautavam algumas intervenções pareciam levar a marca de traços que se opunham à psicanálise como uma atividade lícita, benéfica, ou

possível. Ou então, pude observar que algumas interpretações nasciam de idéias teóricas conscientes, onde o material era imediatamente traduzido numa compreensão teórica que parecia mimetizar um modelo ideal (embora inexistente e equivocado) de analista, que tudo compreende, porque tem à mão (ou à consciência) todo o instrumental teórico necessário para o exercício da psicanálise. Esse tipo de ato analítico acarreta a construção de interpretações de conteúdo, em que necessariamente o dito é privilegiado em relação ao dizer, e onde a percepção distanciada do que está ocorrendo na relação transferencial não tem lugar. Por outro lado, esse tipo de interpretação ou assinalamento parece ser induzido por uma tentativa de não exercer uma prática ideológica, como se qualquer coisa que não evidencie uma correspondência imediata com um paradigma teórico possa ser assim classificado.

O lugar vazio do analista, para ser ocupado, implica que não haja uma ameaça premente do risco do ego perder o amor do super-ego, é preciso que isto não esteja em jogo a todo o momento. No tocante às identificações que fui examinando e desfazendo, ao longo desse trabalho, havia uma premência em provar ao super-ego, a todo momento, que ser psicanalista não é nocivo ao bem estar comum; e, além disso, que o “não-saber” concernente a esse lugar não precisa remeter à humilhação da incompetência infantil frente à disputa edípica, experimentada um dia (na melhor das hipóteses), por todos nós, em cada romance familiar.

Posso exemplificar essas percepções, no trato dispensado ao silêncio ocorrido durante sessões, interrompido algumas vezes por ansiedade, principalmente no consultório ambulatorial, onde o alibi de um cuidado com a diferença cultural entre mim e o paciente justificaria a necessidade de uma prática mais falante, mais conversadeira. Ou ainda, na hora das entrevistas preliminares, ao avaliar o pedido de tratamento que é apresentado, aparece o impulso latente de considerar que o paciente alí presente não vai se beneficiar do tratamento, caso não traga o pedido de maneira clara. Poderia ser uma tentativa de fugir à sensação de ser

um agente de repressão (embora estivesse sendo um alvo de minha própria repressão) política, estigma que fica talvez associado à nossa função, por herança de um Amílcar Lobo.

Um dos próprios autores citados nesse trabalho (Borges) chega a mencionar levemente esta situação de impasse em que o profissional de saúde mental teria sido colocado. Simultaneamente, esse processo se manifestava no consultório particular aproveitando justamente a suposta semelhança cultural, induzindo à manifestação da resistência à análise por meio da construção de interpretações de conteúdo, e não da função transferencial.

As interpretações da função transferencial parecem reeditar as principais ansiedades que assediam o ego ao longo da evolução libidinal. Suponho que possa ser feita, segundo a concepção freudiana das identificações primárias e secundárias, uma analogia entre o medo da perda (morte) ou separação do objeto das primeiras identificações (a mãe), ou mesmo das identificações secundárias (com as instâncias paternas) - nas quais está em jogo a perda de amor do super-ego pelo ego (separação no sentido do aumento da distância entre o ego ideal e o ideal de ego) e o risco do aniquilamento do ego (a morte), e o medo da perda (separação por interrupção da análise) ou morte (suicídio) dos analisandos. Estou considerando que as interpretações de conteúdo favorecem uma aliança perversa entre analista e analisando, que não reedita em ambos esses tipos de ansiedade, e contempla os objetivos da resistência mútua. Já as interpretações dirigidas à função transferencial do material, por estarem voltadas à significação e revelação desse tipo de conteúdo regressivo, tornam-se mais ansiogênicas e mobilizadoras da resistência do analista. Por isso são mais difíceis, e contam com a cumplicidade, na racionalização montada para não ter que enfrentar esse esforço, das argumentações que propõem a sua inviabilidade na instituição psiquiátrica ou com população de baixa renda, conforme tem sido assinalado.

O processo de luto que está implicado nos processos identificatórios vai sendo resgatado e resignificado ao longo desses diálogos teóricos que venho realizando nessa investigação. Vai continuamente liberando o produto dessa energia desinvestida dos modelos aos quais ora renuncio, e que por isso vai se colocando à minha disposição, dessexualizada e reinvestida no ego profissional, abrindo a possibilidade de uma devolução da mobilidade cassada nos processos defensivos que são utilizados nesses tipos de identificação que foram sendo construídos nos moldes das identificações primárias (incorporação oral). Isso tem possibilitado modificações substanciais na minha clínica, verificadas nos pedidos dos pacientes de aumento da frequência de sessões (em ambos os consultórios), ou na diminuição das indicações de tratamento equivocadas na instituição, por exemplo.

Conforme pude perceber, ao contrário do que comumente se diz ou possa parecer, o consultório particular facilita uma ilusória tranquilidade narcísica que não obriga o psicanalista a pensar sobre a sua prática. Não ocorrem “interrupções”, é mesmo uma bolha transferencial, um útero onde nada precisa incomodar, cutucar, alterar, onde se é “independente do Outro”, e se pode evitar, mágica e onipotentemente, a carência, a frustração, a privação. Contudo, para não cair no mesmo tipo de maniqueísmo primário (do processo primário, princípio do prazer) que tentamos evitar com relação à instituição, é preciso enfatizar que não é o consultório ou instituição em si que promove a satisfação narcísica, mas sim a resistência, que em função das determinações inconscientes, procura não perder, ou ainda, recuperar essa satisfação irremediavelmente perdida.

As argumentações que restringem a aplicabilidade da psicanálise revelam o descrédito no inconsciente, que é a verdadeira resistência que o analista deve temer, e é quando ele não acredita no inconsciente que se institucionaliza, burocratizando sua prática, transformando-a no re-encontro do objeto perdido. É esse o novo sentido que descobri para a afirmação de que

a instituição psiquiátrica coloca a psicanálise em cheque, colocando indagações que não são, em geral, levantadas no consultório particular; a instituição aparece apontando, analisando, as fissuras no discurso psicanalítico.

Para que ela, a instituição, possa ser percebida desta forma, como analisador do discurso da psicanálise, é preciso que não se esteja identificado com ela, pois nesse caso ela apenas poderá ser percebida como um entrave ao processo analítico, e será projetada nela uma resistência à psicanálise. Foi a partir da revelação da alienação do desejo de ser psicanalista que se desencadeou em mim essa desidentificação, e que se deslocou a questão da viabilidade da psicanálise em instituições psiquiátricas. Desta maneira se desdobra o sentido da analogia estabelecida entre o termo institucional e resistência. O processo de identificação com a instituição implica um “ser institucional” que configura a identidade como processo de resistência.

De acordo com o que já mencionamos acima, as tensões em ser psicanalista levam à resistência a esse lugar, e uma das manifestações desta resistência é projetá-la nos determinantes institucionais ou no código cultural do paciente. Embora existam efetivamente mecanismos institucionais que podem justapor-se às tentativas da resistência de atrapalhar o processo analítico, de levantamento das repressões, (dos quais falaremos mais adiante) foi ficando claro que resistência é considerar-se protegido das tensões em ser psicanalista no consultório privado.

Esta é uma tese que trata da necessidade de a clínica ser objeto da própria análise, para não se institucionalizar no sentido aqui colocado; refazer o caminho que levou à resistência à prática analítica, utilizando em mim mesma o código da escuta analítica, para desfazer as resistências a essa prática. Nesse sentido, conforme foi afirmado anteriormente, já que o que

define o dispositivo psicanalítico é a epistemologia da psicanálise, o que importa é o canal pelo qual o meu arsenal psicanalítico foi incorporado.

Retomando o percurso das minhas identificações, creio ter assumido neste trajeto uma significativa importância, a desvalorização simbólica que a psicanálise sofreu para mim durante meu processo de formação. Se, no início, reconheço que a função analítica equivalia para mim a uma idealização daquele que a agenciava (como satirizou Birman: uma visão do psicanalista sendo o detentor dos segredos do prazer, da morte, e da dor) a experiência de formação que tive numa das instituições legitimadas pela IPA - permeada de incidentes marcados por desvios éticos da instituição e seus representantes - encarregou-se de desfazer esse equívoco, abrindo uma ferida narcísica que custou a cicatrizar. Foi, sem dúvida, uma reedição importante da renúncia à posse do objeto perdido. Embora isso tivesse sido fundamental no sentido de confrontar-me com o desejo em ser psicanalista, e não com a satisfação narcísica que essa “profissão” pudesse proporcionar-me, percebo ter sido, naquele momento, literalmente “jogada nos braços” da alternativa de ainda tentar reconstituir uma identificação idealizada com a facção da psiquiatria progressista. Entretanto, os psicanalistas nesse meio eram vistos com enormes restrições. Como é que, ao ser vista com desconfiança por ser psicanalista, conseguiria realizar identificações com esses modelos psiquiátricos ? O que significava, para mim, ser vista com desconfiança ? E, ainda, a desconfiança com que eu própria passava a olhar os psicanalistas, como viria a determinar esse processo ? Evidentemente, a possibilidade de resgate e elaboração destas experiências teriam que contar com o tempo necessário, e uma resignificação da experiência analítica em minha análise pessoal, e no próprio exercício profissional.

Nesse sentido, reside a importância e o significado de se conseguir estabelecer essa distinção fundamental entre a psicanálise e a psicologia, que fica identificada com uma prática

médica. A discriminação de como a prática psicoterápica, não analítica, que por ser ideológica, é que consiste numa “violência política”, redime a censura implícita na identificação com aquele modelo. E, conforme ficou explícito nesse trabalho, foi abrindo espaço para o diálogo com os autores que representavam basicamente para mim esses modelos identificatórios.

Pude concluir, no que diz respeito à conceituação da construção da subjetividade, a necessidade imperiosa de nos desvencilharmos da confusão entre as noções de sujeito e indivíduo. Alguns autores, ao criticar a psicanálise, sustentam sua argumentação nesta confusão de conceitos, o que a torna inconsistente. Portanto, a objeção ao uso da psicanálise com as classes populares, baseada nesse tipo de postulação teórica, a meu ver, não se sustenta inclusive porque não se verifica na prática, o que tenho tido oportunidade de verificar em minha experiência.

Cabe dizer, que minha clínica institucional, bem como a de outros colegas (que inclusive escreveram teses sobre esse tema), fornece inúmeros exemplos de que a psicanálise só funciona *sem adaptações técnicas* seja com classes populares ou com os segmentos de média e alta renda. Ou seja, funciona desde que se acione o dispositivo analítico, o que supõe um rigor de sustentação da posição do analista, conforme já foi explicitado ao longo do texto. Isso, sem dúvida, é bastante difícil, com qualquer classe de sujeito, e só admite uma classe de analista: aquele que não duvida da existência do inconsciente. O lugar do analista implica em ter fé na existência da determinação inconsciente, e convicção irrestrita de que ele se manifestará nas fissuras do discurso.

Aproveitando a descrição de Figueira (já citada no capítulo dois), considero que também para o analista, e não só para o analisando ,

“(...) a situação de não olhar, não se mover, falar e não ser respondido diretamente, constitui alterações de códigos rituais cotidianos muito básicos (...) Alterados de modo como o são,

na situação analítica, levam a uma série de dimensões fantasmáticas”.

Parece que são também as dimensões fantasmáticas do analista que são mobilizadas nesse lugar, simetricamente ao analisando. É simétrico inclusive porque o analista (se não evadir-se desse lugar), sustenta que é o analisando que sabe. A dificuldade naqueles que advogam um impasse da psicanálise com as classes populares, é que supõem que esse paciente não sabe “de fato” (ignorando o dito freudiano de que o não saber do paciente é de fato um não querer saber).

No tocante à reafirmação da posição do genuíno sentido libertador que a psicanálise aporta, volto a enfatizar que seu ponto de partida, nas construções interpretativas, são os atos involuntários, marcados por um desconhecimento, uma negação do desejo. O ato psicanalítico é, portanto, orientado na contra-mão do suposto desejo, é assim que a psicanálise liberta, é sempre (ou quase sempre) violando a vontade. Nesse sentido, a psicanálise é sempre constrangedora. Entretanto, o psicanalista será opressor se, ao afastar-se do lugar de analista, intervier ideologicamente; as interpretações de conteúdo, a meu ver, são sempre ideológicas - porque este conteúdo foi selecionado e julgado segundo a moral e o inconsciente do analista, e equivalem a um ato de poder sugestivo - e cerceadoras do direito à liberdade. O analista precisa estar ciente de que “o cobre da sugestão”, garimpado pelo fantasma do paciente, confere a uma interpretação de conteúdo a conotação de ordem jurídica. A psicanálise alia-se a práticas coercitivas quando o analista sai de seu lugar. Conforme enfatiza Clavreul (citado no capítulo dois), alguns analistas só fizeram retomar o sentido da continuidade direta do discurso médico com o discurso sugestivo, considerando que seu papel era dar ao paciente a justa teoria de sua organização libidinal, e que sua função era triunfar sobre as resistências, constituindo essa atitude um endoutrinamento médico mais sutil.

O objetivo da psicanálise é, portanto, repetindo a citação de Elia :

“(...) levar o sujeito até os limites de sua determinação, de forma que ele possa, deste lugar, retificar ou ratificar suas escolhas (...)”.

Da mesma forma, o analista deve buscar os limites de suas determinações como analista (nas identificações), para retificar ou ratificar suas opções. Ao longo deste trabalho, fui tendo a oportunidade de retificar algumas escolhas teóricas fundamentais, para sustentar-me no lugar de analista.

Essa proposição que adoto, de que uma vez mantido o lugar do analista, a psicanálise reveste-se de caráter libertário (conforme abordei no segundo capítulo), é contestada pelos autores citados (Castel e Figueiredo). Entretanto, da mesma forma que Figueiredo supõe que o discurso analítico carrega em si uma flexibilidade que permite acoplá-lo a praticamente qualquer ideologia, e levanta a indagação de porque os analistas não se questionam a esse respeito, acho importante apontar a flexibilidade com que certos autores tomam qualquer discurso que se auto-intitule de psicanálise como tal, sem submetê-lo a um confronto com os paradigmas dos conceitos psicanalíticos.

Retomando o trabalho dessa autora, que enfatiza o papel da imigração argentina nos aspectos de exacerbação e inadequação da difusão que imprimiram à psicanálise, parece-me que a promessa que os argentinos trazem principalmente aos psicólogos e a determinado setor progressista da classe médica - de serem psicanalistas sem precisar manter-se imóveis nesse lugar - atingiu a praticamente mais de uma geração de psicólogos, nos quais me incluo. Essa promessa incluía restaurar a ferida narcísica que sofremos, ao ver aumentada quase que incomensuravelmente a distância entre o nosso ideal de ego e o ego ideal, não só na disputa pelo mercado de pacientes, como também na maneira como essa proposta redimia, “lavava a alma da psicanálise” do lugar em que as instituições filiadas à IPA, tanto no Brasil quanto na Argentina, a colocaram. Isso transforma os portadores dessa promessa, os argentinos que se exilaram no Brasil (assim como suas propostas teóricas e técnicas), em modelos de

identificação irresistíveis, para aqueles que queriam ser psicanalistas mas sofriam interdições (fossem econômicas ou políticas) e conflitos éticos relativos a esse desejo.

Parece-me que se pode inferir que algumas identificações, portanto, servem à resistência. Forças destinadas a manter, no caso, a repressão da lembrança da desilusão com a própria competência, ou a humilhação de ter pares profissionais que se sujeitam a alinhar-se com as forças repressivas de uma ditadura militar, por exemplo. Alinhar-se não apenas por omissão ou participação política, mas seguramente por tentar introduzir a “ditadura militar” na própria relação analítica, nas práticas institucionais, nas análises didáticas, e no primado do ego oferecendo-se como ideal a colegas e pacientes.

Com respeito à discussão acerca da instituição psiquiátrica, o motivo pelo qual a classifiquei de um mar bravio, creio já ter ficado claro na seção 2, do capítulo 2. Por outro lado, seria interessante exemplificar em que circunstâncias o “tempo vira”, quais os sinais que marcam o desencadeamento de turbulências entre o analista e o analisando no consultório de um ambulatório institucional.

As interrupções das sessões são uma dificuldade freqüente, a que analista e analisando estão submetidos no âmbito institucional. Não somente outros pacientes, que chegam adiantados ou atrasados batem indignadamente ao encontrar a porta do consultório trancada, como também atendentes, querendo entregar prontuários tardiamente, ou coordenadores, diretores, zeladores, sempre querendo falar sobre algum assunto urgente; porteiros, chamando ao telefone; seguranças, pedindo para mudar o carro de lugar, no estacionamento; às vezes até mesmo os gritos dos pacientes do setor de internação, que funciona em outro andar, no mesmo prédio.

Ao longo da minha experiência, fui atravessando vários estágios, com respeito à minha reação às interrupções de sessões, que foram variando da exasperação absoluta, a uma

falsa impassibilidade zen (a máscara da neutralidade imaginária ...). Hoje, percebo que todas essas intervenções podem e devem ser consideradas da mesma maneira que as interrupções das associações: como resistência ao trabalho analítico. Todas as vezes que algum desses fatos ocorre, esforço-me para manter a concentração na fala (ou no silêncio) do analisando. Pude constatar que a minha atitude na grande maioria das vezes, condiciona e determina a atitude dos pacientes. Ao observar que eu me mantenho no meu lugar, eles se mantêm produzindo material, ou seja, associando.

Evidentemente, ocasionalmente a intensidade ou o caráter repentino ou violento das interrupções fazem com que tanto eu quanto o paciente demos sinal de que sabemos existir este apelo “de fora”, mas não nos dispomos a interromper nosso trabalho. Eventualmente, um de nós dois pega uma “carona”. Quero dizer: ou a atenção se perde, ou os comentários sobre o ocorrido excedem a um assinalamento, ou viram tema do resto da sessão. Mas da mesma maneira que, no consultório particular, o zumbido do ar-condicionado cessa, por um defeito (o silêncio repentino também é uma interrupção); uma barata aparece, inesperadamente (pode ser necessário matá-la ou não; isso vai depender do momento, do tamanho da barata, ou da fobia do paciente); o telefone toca e a secretária eletrônica não engatilha; o paciente ou o analista sentem uma vontade irresistível de ir ao banheiro; enfim, tudo vai depender da resignificação da intromissão na “bolha” transferencial.

Essas vicissitudes levam a refletir acerca da intensidade de concentração necessária na situação de análise. Pode-se dizer que seria a possibilidade sublimatória do mecanismo de isolamento tão usado pelos neuróticos obsessivos, que redundaria numa capacidade de concentração bastante aguda, capaz de manter sob controle, por exemplo, a atenção no silêncio prolongado de uma sessão, sem “aproveitar” o tempo para outras atividades. Cheguei a imaginar certa vez, como poderia ser concretizado um “taxímetro psicanalítico”, onde cada

vez que o analista dispersasse seu pensamento ele pararia de rodar ... Ou então, ao final da sessão, o analista diria: “ - Hoje a sessão vai custar menos, pois divaguei muito” ... Poderia ser lícito, também, ao invés de interromper-se a sessão em função de um silêncio prolongado e renitente do paciente a interpretações ou encorajamentos, que esta sessão fosse cobrada a mais. A “mais valia” do benefício secundário da resistência não sairia barata ...

Nesse sentido, uma vez mais podemos equivaler o institucional à resistência, pois as interrupções da sessão no consultório particular às vezes são negadas ou tratadas burocraticamente, pelo fato de não haver dúvida que aquela é uma sessão de análise, uma vez que existe um divã, um psicanalista, e nenhum mecanismo institucional intervindo.

Creio existir, no consultório hospitalar, uma perplexidade generalizada, com a interdição às interrupções das sessões, como um resquício da tradição, no atendimento médico, de que este seja observado, controlado, e “auxiliado” por um terceiro, por exemplo na figura do enfermeiro. O enfermeiro também está ali para isentar de qualquer suspeita a situação íntima que está sendo vivida por dois indivíduos, inclusive quando um deles frequentemente tira suas roupas, na situação típica do exame clínico. Para tal, é preciso que a porta não esteja trancada, permitindo entradas inesperadas e abruptas, que garantem que, a qualquer momento que se adentre naquele recinto, nenhuma situação ilícita será flagrada.

Além disso, mais especificamente no que concerne à instituição hospitalar psiquiátrica, contamos com a herança ideológica da conotação de periculosidade do doente mental. Assim, mesmo nos dias de hoje, ao passar pelo corredor de um ambulatório psiquiátrico, vemos as portas dos consultórios dos psiquiatras abertas (mesmo daqueles que se dizem psicanalistas em seus consultórios particulares).

Essa atitude parece denotar uma interdição à fala do paciente, como a não deixar dúvidas que ele está ali apenas para ser medicado (para que se acalme, durma, ou saia de sua

apatia). Quando fica claro que o paciente quer “apenas” falar, ele é encaminhado ao psicólogo. E deparamo-nos com outra turbulência : a questão da indicação e do pedido de tratamento.

Retomando ainda Clavreul, há que considerar as diferenças de enfoque ao pedido de tratamento da medicina para a psicanálise, e como a instituição lida com o impasse da transgressão da convenção implícita da consulta médica, que é o pedido de cura. Para a psicanálise, o pedido de tratamento não corresponde necessariamente a um desejo de cura, e muitas vezes recebo pacientes indicados por médicos (que não suportam ser colocados nesse lugar transferencial), em que a demanda é a de ser reconhecido apenas num lugar de doente no discurso médico, que detenha a verdade sobre seu sofrimento, e o apazigúe. A prescrição é igual à sanção legal, um enunciado dogmático: não é admissível que o paciente não deseje curar-se. Essa distinção radical entre a psicanálise e medicina, põe em questão a função superegóica, que é a de uma ordem perante à qual devemos nos curvar e adaptar. Nesses momentos parece estar-se caminhando sobre o fio de uma navalha, em que uma recusa em responder à demanda de tratamento da instituição pode fechar a possibilidade do estancamento do deslizamento da cadeia de significantes que representa a tentativa de reencontro com o objeto perdido, e ao mesmo tempo uma mera aceitação do tratamento seja viabilizar o deslocamento da prescrição do medicamento para um tratamento analítico, dando continuidade ao deslizamento da cadeia. É preciso discutir a questão da demanda/desejo de análise, quando é genuíno ou não. O que é genuíno no choro do bebê ? É o chamado, o pedido de ajuda. Quando, então, se deve recusar satisfazer essa demanda ?

Entretanto, sabe-se que o psicanalista não lida com indicações equivocadas apenas no consultório ambulatorial. Com a difusão exacerbada da psicanálise, são inúmeros os casos de relações amorosas em que um dos parceiros coloca como condição da continuidade do

relacionamento, que o outro vá fazer análise. Temos ainda os célebres casos dos estudantes de psicologia ou medicina que recorrem à análise “para se conhecer melhor - embora não precisem de tratamento”, ou ainda as imposições familiares, escolares, hoje em dia até mesmo as empresariais, etc. O que dizer, então, da questão da busca de tratamento nas instituições de formação analítica que legitimam o processo de análise didática como requisito indispensável à conclusão do curso.

A saída parece sempre apontar na mesma direção: a escuta, o silêncio, a abstinência, a espera da fissura no discurso, que irá revelar o que determinou alguém a pedir uma análise. A importância e duração indeterminada das entrevistas preliminares fica assim definida tanto no consultório particular como no ambulatorial.

Outro impasse na discriminação da psicanálise e da metodologia médica, é a questão dos resultados. Em psicanálise, é preciso não desejar, não buscar efeitos, suportar a tensão da expectativa do paciente. Essa possibilidade de contaminação e desvio da psicanálise determinados pela ordem médica, podem eventualmente ser percebidos com relação aos próprios psicanalistas. Conforme aponta Juranville, deve-se travar um verdadeiro combate à tendência empirista no próprio movimento psicanalítico. As exigências de uma prática psiquiátrica tradicional são voltadas para a obtenção de uma eficácia que tem suas bases na cientificidade empirista. Mas o sintoma não é alvo da tarefa analítica, e sua cura vem como consequência da modificação da economia psíquica, o real objetivo do tratamento em psicanálise, alcançado pela superação das resistências. Na minha experiência, pude constatar que essa é uma tentação que assedia o analista tanto no consultório particular, quanto no ambulatorial: a de ceder ao canto das “sereias-sintomas”, atirar-se ao mar do conteúdo do discurso, das estórias, dos contos das mil e uma noites dos “analisandos-Sherazade”, que hipnotizam o analista para retardar a morte do desmascaramento narcísico, adulterando sua

escuta, para que saia do seu lugar, se interesse pelo que está sendo dito, ajude, aconselhe, oriente, reconstitua a eficácia da repressão, qualquer coisa que não desencadeie a regressão, a aplicação de clichês estereotípicos, que não coloque em marcha a função transferencial, que o analista lhe diga o que “sabe”, para que ele continue não querendo saber.

Pude observar que a questão da diferença de código cultural, quando se trata de um paciente de baixa renda, nem sempre (conforme afirmam alguns autores) potencializa essa conduta evitativa por parte do analisando, que seria identificada por uma dificuldade maior em suportar os silêncios, ou a falta imediata de resposta às perguntas diretas, ou ainda o corte da sessão como pontuação, em meio a um assunto “inacabado”. Fica bastante claro, nestas ocasiões, o mecanismo de como o levantamento de uma repressão, tornando consciente determinado material inconsciente por meio de uma interpretação ou assinalamento, ao liberar ou recompor energia psíquica antes represada ou defusionada, produz mais material inconsciente, que se observa pela continuidade das associações. Desta maneira, ao se dar conta do funcionamento do processo analítico, pela via da micro-difusão da psicanálise em sua própria análise à medida que vai experimentado *insights*, e não da macro-difusão cultural (conforme descreve Figueira) o paciente de baixa renda vai permitindo-se entregar a, e, principalmente, suportar situações que eventualmente lhe pareçam estranhas ou incompreensíveis, tais como a falta de relação dual ou diálogo, com o analista. Entretanto, já tive a oportunidade de lidar com esse tipo de intolerância, ao contrário do que se espera, com pacientes de alto poder aquisitivo e sofisticado código cultural (teoricamente familiarizados com o código psicanalítico difundido e consumido pela mídia), com um baixíssimo limiar de frustração, acostumados à satisfação quase imediata de suas demandas, e com um sentido distorcido de pertinência social, em que a priori todos lhe devem obediência, inclusive o analista, que não passa de outro “funcionário” em sua vida.

Ou seja, novamente nos defrontamos com que não existem regras previsíveis a que possamos burocraticamente adaptar-nos. Percebi, contudo, que determinadas identificações que possam se processar de minha parte com relação ao paciente (no sentido das identificações históricas abordado por Octave Manonni no terceiro capítulo desse trabalho), podem favorecer o afastamento do lugar do analista. Em outras palavras, existem variáveis na experiência analítica que nos levam a buscar inconscientemente resultados, efeitos, melhoras sintomáticas, que podem vir a aproximar nossa prática da clínica médica, institucional num sentido amplo, mesmo no consultório particular.

Retomando a questão da transferência como automatismo de repetição ou função criadora, as nuances que esses conceitos podem imprimir ao entendimento do trabalho analítico, conforme foi levantado no segundo capítulo, seriam a possibilidade de associação ao conceito de interpretação de função ou de conteúdo. A interpretação de conteúdo parece seguir a mesma lógica ou princípio do que significa a concepção da transferência exclusivamente como automatismo de repetição, porque isso implicaria uma noção praticamente catártica do transferido (Lacan explica que as interpretações de conteúdo se fazem de ego a ego). Seguimos assim o entendimento de se colocar distância entre o ego ideal e o ideal de ego, reduzindo a sugestão hipnótica da transferência, no sentido de diferenciar a prática analítica da ordem médica.

Nesse seguimento, com relação à maneira como o analista experimenta as resistências do paciente, e se essa experiência sofreria modificações, quando vivida no consultório institucional ou no particular, creio que a questão é não se colocar afetivamente em relação à resistência do paciente, como um médico em relação à ética médica (aquela espécie de repulsa pelo não querer curar-se do paciente, pela recusa de sentido que o paciente expressa no sintoma). Quando isso se torna impossível, é provável que o paciente esteja sendo objeto da

satisfação narcísica do analista, que a sua cura esteja sendo por ele investida libidinalmente. Não me parece que pudemos concluir nada a respeito do *setting* onde a satisfação narcísica em ser analista, e a conseqüente utilização do paciente como objeto de gozo é mais evitável ou inevitável, a não ser que isso é determinado pelo manejo das forças inconscientes do analista. Desta maneira, podemos ter uma idéia de que o incômodo com as resistências do paciente transformado em interpretação de conteúdo, implica sempre uma concepção de racionalidade do processo analítico, nesse estilo inquisitorial de que nos fala Lacan, remetendo à resistência do analista, já que é uma evasão do trabalho psicanalítico.

Seria interessante pensar ainda como o espaço da clínica foi ficando definido nesse trabalho, a partir das colocações de Elia, de que este é constituído pela definição dos eixos teóricos em jogo. A instituição parece ter funcionado como analisador do sintoma do analista, ocupando, ao contrário do que comumente se afirma, a função daquele que revela as fissuras no discurso. O ideal de ego do analista parece não se ver tão ameaçado no consultório particular, enquanto que a instituição, se por um lado esmera-se em produzir satisfações substitutivas ao paciente, não promove nenhum tipo de satisfação narcísica ao analista, além de atacar seu ideal.

Assim, fico com a impressão que foram sendo desmontados alguns blocos de conceitos pré-concebidos a respeito do exercício da psicanálise, e do significado simbólico do consultório particular e da instituição psiquiátrica. Conforme aponta Figueira, é preciso não esquecer que em todo analista e em toda a psicanálise coexistem em estado de tensão permanente a ilusão, e a crítica à mística psicanalítica; ou seja, coexistem a psicanálise com a não-psicanálise.

Neste trabalho de desmontagem de blocos de implícitos, venho colocando em pauta a relação que estabeleço com minha auto-imagem, com a teoria, e com minha prática

interpretativa. Conforme enfatiza Birman, com esse questionamento fica impossível representar a prática com as ilusões da racionalidade soberana.

Retomando a imagem do analista como um Ulisses amarrado ao mastro, na tempestade e em meio ao canto das sereias, o efeito de fascínio que exerce a transferência, coloca em questão a economia libidinal do analista, em função do seu difícil manejo. Não é à toa que a experiência transferencial é evitada no discurso médico. Pode perceber de que maneira uma identificação com as críticas à transferência como prática sugestiva, e alienante, por vezes dificulta o seu manejo, no exercício clínico.

Complementando a noção da prática cujo contorno é definido pela economia libidinal do analista, faz-se necessário precisar a noção de estilo. Birman (1991) afirma que a finalidade da experiência analítica é a de promover a constituição de um estilo no sujeito. Parece-me que está se referindo tanto ao paciente, quanto ao analista. A idéia de estilo em psicanálise, segundo esse autor, é derivada da categoria de estilo nos campos da literatura e da arte. Nesse sentido, a pretensão do ato psicanalítico seria a de produzir uma modalidade de existência subjetiva marcada pela singularidade e pela diferença. Apesar dessa finalidade última da psicanálise, é regra geral a busca da invariância, referida por Figueira, invariância que se destinaria a aplacar a angústia da singularidade, e da diferença.

Birman sugere que a constituição do estilo de existência do sujeito se inscreve nos registros ético e estético, pois a assunção do desejo pelo sujeito e o seu reconhecimento pelo outro, implicam a satisfação estética de seus circuitos pulsionais, e a regulação destes pelos valores reconhecidos pelo sujeito. Ele afirma que é entre a universalidade da lei simbólica e a particularidade das demandas pulsionais que o sujeito - como diferença e como singularidade - pode se constituir como sujeito do desejo. Considera que a demanda de análise apenas se estabelece quando o sujeito não consegue mais sustentar a satisfação de suas demandas

pulsionais, apenas quando se encontra num impasse crucial para a reprodução de sua diferença e de sua singularidade.

Os termos de singularidade e diferença implicados na satisfação pulsional, bem como seus impasses, tocam profundamente na questão das identificações que desenvolvemos neste trabalho. Cada analisando coloca-nos diante do que faltou ser analisado pelo analista originário, ou das repetições que fazemos de seus atos analíticos através das identificações - sempre questionando a impostura da soberania da posição de analista, e se interrogando, “por que saí do lugar de analista, neste momento, com este paciente ?” Lembrando Stein, há que se referir à análise que para os analistas representa a análise original, a que desempenha o papel de cena primitiva.

Tomando os cânones da resistência para Freud, tal como o silêncio, a falta, devemos perguntar-nos como lidava o primeiro analista do analista com essas questões, ou mesmo com a resistência daquele que hoje é analista. O que poderia ter acontecido? Uma imitação ou uma possibilidade de por em ação a função criadora, o que revelaria uma vivência de identificação, da ordem de uma renúncia edípica, na transferência.

Nesse caso, não está em jogo prioritariamente como se instrumentaliza o silêncio com um paciente de outro nível sócio-cultural, ou na instituição, mas como o silêncio ou a falta eram instrumentalizados pelo analista original. Para o analista, as identificações com seu paciente atualizam essas experiências. Repetindo o dito freudiano, a identificação tem o traço de uma associação que permanece no inconsciente, e são esses traços que moldam nossas construções interpretativas, pinçando os elementos da teoria que se adequam a eles, assim como acontece ao suporte transferencial que o analista fornece para a manifestação do inconsciente do analisando. É nesse sentido provavelmente que podemos falar em recalque da

teoria. O risco não é o das identificações, mas o do desconhecimento, como diz Freud, o não saber pelo não querer saber, de fato.

Conforme se sabe, a identificação secundária reside em trazer para si o que, do objeto, suscitou imaginariamente a revivência do gozo narcísico primário, desencadeando o mecanismo de deslocamento. Na hipótese da dessexualização da libido profissional, que foi proposta no terceiro capítulo, tomei analogamente o postulado de que ao se proibir a sexualidade, pelo recalque, a identificação, em operação sofisticada, resgataria para o “si próprio” a libido objetal, sublimada. Isto, conforme já foi enfatizado anteriormente, apenas se o “si próprio” do analista estiver bem formado, nas resoluções transferenciais de sua própria análise.

O que os psicanalistas buscam na própria análise ? Segundo Lacombe (1994)², é, em geral, o que a instituição médica diz que deve ser buscado. O verdadeiro retorno a Freud é o retorno ao ponto em que nasceu a psicanálise, aquele ponto em que Freud tentou livrar-se da instituição médica enquanto objetivos. Êsse retorno se faz com cada caso de psicanálise, que reconta sua história.

No caso de uma identificação defeituosa do analista, pode-se indagar se ele trataria, por formação reativa (que é o mecanismo que estaria marcando não uma dissolução, mas repressão edípica) de introduzir-se, como objeto, no ego do paciente, constituindo para este um ideal a ser imitado. Este tipo de relação parece ser a que estrutura as práticas terapêuticas ideológicas e sugestivas, que por vezes se justificam como necessidade de fazer frente a adaptações técnicas requeridas no contexto institucional.

²Lacombe, Fábio, psicanalista da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro - Comunicação informal

Como bem lembrou Oury, a respeito da analogia entre desejo e remorso, é deste remorso de não ter sido analista que provém esse desejo de ser analista (*desiderium*, qualquer coisa da ordem do remorso) - é um luto do ideal de ser analista, na sublimação desta satisfação, que permite que essa função não seja mais rejeitada (porque decretada inacessível) nem erigida como suporte de fascinação, mas se vê conservado (o desejo), no investimento de uma atividade.

Para finalizar, gostaria de registrar a intenção do aprofundamento dessas questões, parafraseando Freud (1915-17), em Conferências Introdutórias:

"Não desejo suscitar convicção; desejo estimular o pensamento e derrubar preconceitos".

Parece-me, como foi minha intenção realizar, que alguns preconceitos podem ter sido, se não derrubados, pelo menos abalados, no que tange a determinadas argumentações teóricas a respeito do campo da psicanálise; além disso, simultaneamente desencadeou-se certamente um processo de estimulação do pensamento que se tornou possível pela elaboração de alguns conflitos identificatórios.

Contudo, não se pode deixar de reiterar que a proposta desse trabalho se restringia a mudar o enfoque de um problema tradicionalmente abordado por um viés antropológico (e deixando a instituição psiquiátrica como resíduo), e trazê-lo para a ótica dos processos internos do psicanalista, e, com isso, experimentar submeter a psicanálise à sua própria razão crítica. Essa é uma análise apenas iniciada, e provavelmente tão interminável quanto qualquer outra

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALINT, A. & M. (1947). *On Genital Love/Love for the Mother and the Mother Love, Primary Love and Psycho-analytic Technique*, Londres, Tavistock Publications.
- BEZERRA, B. (1983). *A Noção de Indivíduo: Reflexão sobre um Implícito Pouco Pensado*, Dissertação de Mestrado, UERJ.
- BIRMAN, J. (1982), *Em Casa de Ferreiro ... Espeto de Pau - Notas sobre a Psicanálise e a Instituição Psicanalítica*, in *Crise na Psicanálise*, Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1984). *A Razão da Impostura*. In: *O Objeto na Teoria e na Prática Psicanalítica (Teoria da Prática Psicanalítica 3)*, Rio de Janeiro, Editora Campus.
- _____ (1991). *Entre a Cura e o Estilo*. In: *Impasses da Clínica Psicanalítica, Cadernos de Psicanálise*, Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Barrister's Editora Ltda.
- BOLTANSKI, L. (1979). *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro, Graal
- BORGES, L.A.M.C. (1987). *Atendimento Psicoterápico aos Setores Populares: Um Estudo das Representações de Terapeutas e Pacientes*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- CASTEL, R. (1973). *O Psicanalismo*, Rio de Janeiro, Graal.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1975). *The Ego Ideal: A Psychoanalytic Essay on the Malady of the Ideal*, Nova York, W.W. Norton & Co., 1985.
- CHEIB, R.J. (1989). *Sobre o Lugar do Analista*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- CLAVREUL, J. (1983). *A Ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico*, Rio de Janeiro, Editora Brasiliense.

COSER, O.A., (1994). *Crepúsculo das Ilusões: uma Crítica Psicanalítica da Razão Depressiva*, Tese de Doutorado, PUC-SP.

COSTA, J.F. (1979). *Ordem Médica e Norma Familiar*, Rio de Janeiro, Graal.

_____ (1982). *Projeto Psicoterápico*, Rio de Janeiro, mimeo.

_____ (1984). *Violência e Psicanálise*, Rio de Janeiro, Graal.

DALMÁRIO, E.C. (1991). *Linguagem do Sujeito na Prática Social : Questões para uma Psicoterapia com Diferentes Grupos Socio-culturais*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.

DOR, J. (1991). *Estruturas e Clínica Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Taurus-Timbre.

_____ (1994). *As Identificações do Psicanalista com seus Pacientes*, Resumo de uma Intervenção de Conrad Stein, in *As Identificações na Clínica e na Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Relume Dumará.

DUARTE, L.F. (1986). *Da Vida Nervosa*, Rio de Janeiro, Zahar.

DUMMOND, L. (1965). *The Modern Conception of the Individual*, Londres, Paladin, 1972.

ELIA, L. (1992). *Para Além da Sexualidade: A Psicose na Psicanálise*. Tese de Doutorado, PUC-RJ.

_____ (1995). *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*, Rio de Janeiro, Uapê Espaço Cultural Barra Ltda.

FIGUEIRA, S.A. (1981). *O Contexto Social da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Francisco Alves

_____ (1978). *Individualismo e Psicanálise*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.

_____ (1991). *Nos Bastidores da Psicanálise - Sobre Política, História, Estrutura e Dinâmica do Campo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, Imago Editora.

FIGUEIREDO, A.C.C. (1984). *Estratégias de Difusão do Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.

FOUCAULT, M. & SENNETT, R. (1981). *Sexuality and Solitude*, in London Review of Books, Londres.

FREUD, S. (1912). *A Dinâmica da Transferência*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 12.

_____ (1926). *Inibições, Sintomas e Ansiedade*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 20.

_____ (1914). *Sobre o Narcisismo: uma Introdução*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.

_____ (1917). *Luto e Melancolia*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.

_____ (1895). *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 2.

_____ (1913). *Sobre o Início do Tratamento*. Rio de Janeiro, Edição Standard, 12.

_____ (1933). Conferências Introdutórias, no XXXI, *A Dissecção da Personalidade Psíquica*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 22.

_____ (1920). *Além do Princípio do Prazer*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 18.

_____ (1914). *Recordar, Repetir, Elaborar*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 12.

_____ (1912). *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 12.

_____ (1900). *A Interpretação dos Sonhos*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 4.

_____ (1915). *O Inconsciente*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.

_____ (1923). *O Ego e o Id*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 19.

_____ (1924). *A Dissolução do Complexo de Édipo*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 19.

_____ (1921). *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 18.

_____ (1917). *Linhas de Progresso na Terapia*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 17.

_____ (1913). *Totem e Tabu*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 13.

_____ (1916). *Conferências Introdutórias, nº 16*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 16.

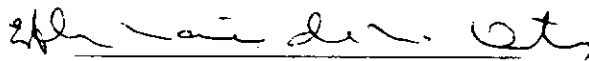
- _____ (1910). *Leonardo da Vinci e uma Lembrança da sua Infância*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 11.
- _____ (1915). *A Repressão*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.
- _____ (1910). *Lição nº 5 da Clark University*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 5.
- _____ (1915). *Introdução à Metapsicologia dos Sonhos*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.
- _____ (1937). *Análise Terminável e Interminável*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 23.
- _____ (1927). *Fetichismo*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 21.
- _____ (1909). *O Pequeno Hans*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 10.
- _____ (1930). *O Mal Estar na Civilização*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 21.
- _____ (1930). *Sexualidade Feminina*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 21.
- _____ (1924). *Distinção Anatômica entre os Sexos*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 19.
- _____ (1903-4). *O Método Psicanalítico de Freud*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 7.
- _____ (1904-5). *Sobre a Psicoterapia*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 7.
- _____ (1915). *Amor Transferencial*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 12.
- _____ (1913). *O Interesse Científico da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 13.
- _____ (1915). *Ligação entre Símbolo e Sintoma*, Rio de Janeiro, Edição Standard, 14.
- GAY, P. (1988). *Freud - Uma Vida para o Nosso Tempo*, São Paulo, Cia. das Letras.
- JURANVILLE, A. (1987). *Lacan e a Filosofia*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores.
- KLEIN, M. (1952). *The Origins of Transference*, in *Revue Française de Psychanalyse*, nº 1, mimeo.
- LACAN, J. (1954). *O Seminário I - Os Escritos Técnicos de Freud*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.

- _____ (1956-7). *Seminário A Relação de Objeto e as Estruturas Freudianas*, Porto Alegre, mimeo, publicação para circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1992.
- _____ (1960-61). *O Seminário VIII - A Transferência*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1992.
- _____ (1960-64). *Escritos - Posição do Inconsciente no Congresso de Bonneval Retomada de 1960 e 1964*, São Paulo, Editora Perspectiva.
- _____ (1966). *Escritos - Situação da Psicanálise e Formação do Psicanalista em 1956*, São Paulo, Perspectiva, 1978.
- _____ (1968). *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Analista da Escola*, in Boletim nº 0, da Letra Freudiana, RJ, 1983.
- LAGACHE, D. (1951). *La Teoria de la Transferencia*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Vision, 1986.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. (1970). *Vocabulário de Psicanálise*, Santos, Martins Fontes Editores, 1978.
- LECLAIRE, S. (1968). *Psicanalisar*, São Paulo, Perspectiva, 1977.
- MACALPINE, I. (1950). *The Development of the Transference*, in The Psychoanalytic Quaterly, XIX, nº 4, mimeo.
- MANNONI, M. (1971). *O Psiquiatra, seu "Louco" e a Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar
- MASLOW, A.H. & MITTELMANN, B. (1941). *Principles of Abnormal Psychology. The Dynamic of Psychic Illness*, Nova York, Harper.
- MELLOR-PICAUT, S. (1983). *Idealisation et Sublimation.*, in Nouvelle Revue de Psychanalyse, 27, Printemps, 124/40, Paris.

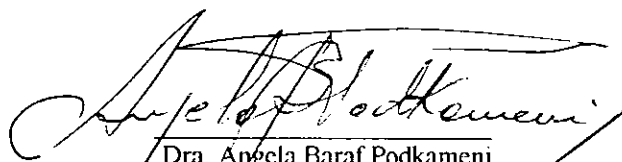
- MENEZES, M.G.P.T. (1993). *O Círculo do Horror: a Reclusão Hospitalar na Infância - Uma Proposta de Intervenção Psicanalítica*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- MICHAUD, G. (1994). *Improvisos*, in *As Identificações, na Clínica e na Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- NASCIMENTO, W.F. (1994). *Da Possibilidade de Atendimento Psicanalítico às Classes Trabalhadoras - um Estudo de Caso*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- NEYRANT, M. (1975). *Le Transfert*, Paris, Presses Universitaires de France.
- NICÉAS, C.A. (1986). *Além da Castração, a Sexualidade: Indicações Freudianas*. in: *A Ordem do Sexual, Teoria da Prática Psicanalítica 6*, Rio de Janeiro, Ed. Campus Ltda.
- _____ (1986). *O Freudismo do Cardeal e a Ética dos Psicanalistas*, in: *A Ordem do Sexual, Teoria da Prática Psicanalítica 6*, Rio de Janeiro, Ed. Campus Ltda.
- NUMBERG, H. (1951). *Transference and Reality*, in: *Int. J. Psa.*, vol.XXXII, mimeo
- OURY, J. (sem data). *Espace et Transfert (2)*, in *L'Interdit - Revue de Psychanalyse Institutionnelle*, Paris, mimeo.
- _____ (1994). *Sobre a Identificação*, in *As Identificações na Clínica e na Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- PONCZEK, I.S. (1980). *Transposição de Aspectos da Técnica Psicanalítica para Ambulatórios de Instituições Psiquiátricas - Questionamentos e Proposições*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- REY, P. (1990). *Uma Temporada com Lacan - Relato*, Rio de Janeiro, Rocco.
- RUSSO, J.A. (1982). *Os Efeitos Terapêuticos da Psicanálise: Uma Discussão*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- SENNET, R. (1976). *The Fall of Public Man*, Londres, Cambridge University Press.
- SZASZ, T. (1975). *A Ética da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

- TAILLANDIER, G. (1994). *Resenha do Seminário IX "A Identificação", de J. Lacan*, in *As Identificações na Clínica e na Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- TOCQUEVILLE, A. (1956). *A Democracia na América*, Rio de Janeiro, Ed. Itatiaia, 1977.
- TRÓIAN, G.N. (1992). *Considerações sobre o Atendimento à População de Baixa Renda : Um Pensar Psicanalítico*, Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- VELHO, G. (1981). *Coexistência e Contradição entre Códigos em Camadas Médias e Urbanas*, in *Individualismo e Cultura*, Rio de Janeiro, Zahar.

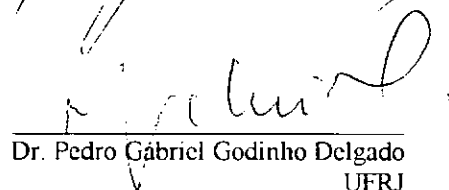
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/Rio pela aluna Márcia Dória Romeo, intitulada o Processo de Desidentificação do Analista - Elaboração da Resistência à Psicanálise na Instituição Psiquiátrica, e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Dra. Esther Maria de Magalhães Arantes
Orientadora - PUC/Rio

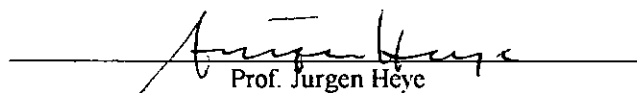


Dra. Angela Baraf Podkameni
PUC/Rio



Dr. Pedro Gábel Godinho Delgado
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 29 de setembro de 1995



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa
do Centro de Teologia e Ciências Humanas