

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**PUC-SP**

Tatiana Gassen Rodrigues

**A operação diagnóstica em psicanálise:**

um ensaio sobre os conceitos de sintoma e transferência na composição de hipóteses diagnósticas em estruturas neuróticas.

**Mestrado em Psicologia Clínica**

São Paulo

2019

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**PUC-SP**

Tatiana Gassen Rodrigues

**A operação diagnóstica em psicanálise:**

um ensaio sobre os conceitos de sintoma e transferência na composição de hipóteses diagnósticas em estruturas neuróticas.

**Mestrado em Psicologia Clínica**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia Clínica**, sob a orientação do **Prof. Dr. Renato Mezan**.

São Paulo

2019

Banca Examinadora

---

---

---

**Bolsista CAPES, com apoio da FUNDASP.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Renato Mezan, por compartilhar da sua disponibilidade afetiva para a escrita e para o ensino. Seu genuíno gosto pela pesquisa e pela escrita contagia e deixa a marca de uma herança de prazer com a produção. Foi um privilégio!

À CAPES e à FUNDASP pelo investimento em meu trabalho.

Aos professores e colegas que conheci durante esse percurso e que me abriram horizontes.

À Paula Regina Peron, pelas generosas orientações durante a Qualificação que contribuíram enormemente para o enriquecimento do trabalho.

Ao Francisco Carlos dos Santos Filho, por estar comigo na Qualificação e já desde muito antes por me apresentar e me ensinar o que é psicanálise com poesia e generosidade.

Ao PROJETO – Associação Científica de Psicanálise, onde tenho o privilégio de compartilhar amizades verdadeiras, trocas e encontros de presença humana sensíveis que me tornam melhor pessoa.

Ao meu pai, por ter vivido com amor pelo trabalho, pela descoberta e pela inovação e me deixado o exemplo de uma vida que foi vivida.

À minha mãe, pela generosidade e paciência com que deseja e permite que eu cresça.

Às minhas irmãs, Thais e Tainara, pela parceria e companheirismo.

Ao meu marido, Eduardo, por estar presente, ao meu lado, trilhando o caminho junto, compartilhando a vida.

Minha gratidão!

Todo pasa y todo queda  
Pero lo nuestro es pasar  
Pasar haciendo caminos  
Caminos sobre la mar

Nunca perseguí la gloria  
Ni dejar en la memoria  
De los hombres mi canción  
Yo amo los mundos sutiles  
Ingrávidos y gentiles  
Como pompas de jabón

Me gusta verlos pintarse de sol y grana  
Volar bajo el cielo azul  
Temblar súbitamente y quebrarse

Nunca perseguí la gloria

Caminante, son tus huellas el camino y nada más  
Caminante, no hay camino, se hace camino al andar

Al andar se hace camino  
Y al volver la vista atrás  
Se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar  
Caminante, no hay camino, sino estelas en la mar

Hace algún tiempo en ese lugar  
Donde hoy los bosques se visten de espinos  
Se oyó la voz de un poeta gritar  
“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”

Golpe a golpe, verso a verso

Murió el poeta lejos del hogar  
Le cubre el polvo de un país vecino  
Al alejarse, le vieron llorar  
“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”

Golpe a golpe, verso a verso  
Cuando el jilguero no puede cantar  
Cuando el poeta es un peregrino  
Cuando de nada nos sirve rezar  
Caminante, no hay camino, se hace camino al andar

Golpe a golpe, verso a verso.

Antônio Machado

## RESUMO

Desde Freud, a preocupação em estabelecer hipóteses diagnósticas válidas é essencial para o trabalho clínico, já que embasa todo o processo de intervenção e a conduta terapêutica. Na psicanálise, esse é um processo complexo que leva em conta diferentes fatores e não possui um estatuto único, sendo compreendido e trabalhado a partir de diferentes crivos teóricos e técnicos, conforme a vertente psicanalítica. De qualquer forma, a questão do diagnóstico permanece central na psicanálise; sendo assim, este trabalho busca contribuir para a compreensão da operação diagnóstica no campo das neuroses, a partir dos textos freudianos e de autores atuais da psicanálise, considerando como os dois critérios de base para elaborar um diagnóstico em psicanálise a análise do sintoma e da transferência. Me apropriado de fragmentos de materiais clínicos para ilustrar como essas hipóteses são compostas na clínica psicanalítica e busco aprofundar a compreensão desses domínios – sintoma e transferência – para utilizá-los como parâmetros no sentido de situar as neuroses no esquema conceitual psicanalítico de elaboração de hipóteses diagnósticas, bem como delimitar sua especificidade dentro da psicanálise como uma operação, o que implica uma composição de elementos que agem balizando o tratamento, tornando a estratégia terapêutica mais acertada e, por isso, sendo parte da própria terapêutica.

**Palavras-chave:** hipótese diagnóstica, sintoma, transferência, psicanálise, operação diagnóstica.

## ABSTRACT

Since Freud, the concern to establish valid diagnostic hypotheses is essential for clinical work, as it bases the whole process of intervention and therapeutic conduct. In psychoanalysis, this is a complex process that takes into account different factors and does not have a unique status, being understood and translated from different theoretical and technical sieves, according to the psychoanalytic strand. In any case, the question of diagnosis remains central to psychoanalysis; and this work seeks to contribute to the understanding of the diagnostic operation in the field of neuroses, considering freudian texts and current authors of psychoanalysis, contemplating as two basic criteria to make a diagnosis in psychoanalysis the analysis of the symptom and of transference. I use fragments of clinical materials to illustrate how these hypotheses are compounded in psychoanalytic clinic and I try to deepen the understanding of these domains – symptom and transference – to use them as parameters to place neuroses in the conceptual psychoanalytic scheme of elaboration of diagnostic hypotheses, as well as to delimit its specificity within psychoanalysis as an operation, which implies a composition of elements that act as guides for the treatment, making the therapeutic strategy more accurate and, therefore, being part of the therapy itself.

**Keywords:** diagnostic hypothesis, symptom, transference, psychoanalysis, diagnostic operation.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>MÉTODO</b> .....	15
<b>1. A HISTÓRIA DOS DIAGNÓSTICOS EM PSICANÁLISE</b> .....	19
1.1 A construção das classificações diagnósticas em psiquiatria e sua relação com a psicanálise.....	20
1.2 Os diagnósticos em psicanálise.....	25
1.3 A neurose e a técnica em Freud.....	28
1.4 O Homem dos Lobos.....	36
1.5 Louis Althusser.....	42
1.6 As orientações técnicas sobre as hipóteses diagnósticas.....	44
<b>2. A METAPSICOLOGIA DO SINTOMA NEURÓTICO</b> .....	52
2.1 Em que consiste o sintoma neurótico.....	58
2.2 O recalque e a estruturação psíquica.....	70
2.3 O recalque propriamente dito.....	76
2.4 O sintoma e a resistência.....	81
<b>3. O CAMPO TRANSFERENCIAL E A OPERAÇÃO DIAGNÓSTICA</b> .....	87
3.1 “Para fazer um omelete é preciso quebrar os ovos” – Em que consiste a transferência.....	87
3.2 Pontos de fixação e resistência.....	88
3.3 O falso enlace.....	91
3.4 “Só o amor pode sanar”.....	93
3.5 Escuta e manejo.....	94
3.6 E a contratransferência.....	104
3.7 Neurose de transferência.....	107
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	116
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122

## INTRODUÇÃO

Diagnóstico é o tipo de palavra que contém em si certo aspecto que remete ao mágico, a nomear o que é enigmático, dar contexto ao que é desconhecido. Os diagnósticos psicopatológicos são alvo de grande interesse e debates no cenário social atual, estão em fase de expansão e são recebidos com curiosidade e – em um extremo no qual perdem seu propósito – como se contivessem a chave que soluciona o sofrimento humano.

O desenvolvimento de manuais e códigos de doenças mentais leva à ampliação das categorias de diagnóstico psiquiátrico e à discussão sobre novas patologias<sup>1</sup> (ESPÓSITO, 2015). Vecslir<sup>2</sup> (2007, p.47) propõe que:

Historicamente existiu certa oposição entre o ponto de vista psiquiátrico centrado em critérios nosográficos que estabelecem categorias diferenciáveis e o ponto de vista psicanalítico, menos preocupado pelas classificações e mais centrado na compreensão da organização e o modo de funcionamento psíquico. As distintas correntes psiquiátricas e psicanalíticas tendem a entender o fenômeno psicopatológico a partir de seus próprios esquemas conceituais e partir dali cada qual segue seus próprios critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas.

Além dessa distinção com o ponto de vista psiquiátrico, dentro da psicanálise também há distintas posições quanto ao diagnóstico, primeiramente porque até mesmo falar em “diagnóstico em psicanálise” já é, muitas vezes, recebido com desconfiança pelo risco de fechamento classificatório que traz ao enunciar uma afirmativa que denomina a patologia.

Um elemento que complexiza a questão dentro da psicanálise é, como proposto por Sternbach<sup>3</sup> (2007, p. 138), o seguinte: “como demarcar as bordas entre psicopatologia e

---

<sup>1</sup> ESPÓSITO, Bruno. Superfície do Corpo, Continentes do Eu. *Revista Percurso*, n. 54, p.73-83, jun 2015.

<sup>2</sup> VECSLIR, Mercedes. Las Fronteras de la Clínica. In: *Organizaciones Fronterizas, Fronteras del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

<sup>3</sup> STERNBACH, Susana. Organizaciones Fronterizas y Tramas Intersubjetivas. In: *Organizaciones Fronterizas, Fronteras del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

produção social de subjetividade, entre enfermidade e mal estar na cultura?” Desde Freud, das origens da psicanálise, as condições culturais, e portanto, de subjetivação se alteraram, e encontram-se novas formas de sintomatologia, bem como uma proliferação de diagnósticos que se tornam propriedade de senso comum. As modificações nas condições de subjetivação implicam em novas manifestações sintomáticas e, nesse processo, é importante compreender como a psicanálise faz acréscimos, ao mesmo tempo que mantém a sua especificidade.

Em minha experiência clínica, a reflexão a respeito da elaboração de diagnósticos foi marcada, de início, por uma exigência formal de definir códigos psicopatológicos psiquiátricos para o atendimento de pacientes através do convênio com planos de saúde. Isso me levou a estudar o funcionamento dos códigos psiquiátricos e a me interrogar sobre como isso poderia se traduzir em termos da psicanálise. As diferenças não se dão somente nos critérios utilizados para a elaboração das hipóteses, como também no uso que se faz das mesmas durante um tratamento, já que em psicanálise o diagnóstico é um processo flexível e aberto, que age nos bastidores do tratamento, como um pano de fundo para o trabalho. Talvez esse caráter de pano de fundo seja um dos motivos por que os critérios psicanalíticos de elaboração de hipóteses diagnósticas sejam pouco discutidos fora da própria psicanálise e, muitas vezes, dentro da mesma.

A pergunta: como um psicanalista compõe hipóteses diagnósticas? Me levou ao meu problema de pesquisa que parte da hipótese de que esse processo pode ser feito utilizando dois crivos complementares e interligados: o entendimento metapsicológico do que constitui um sintoma e o entendimento do campo transferencial.

Considero essencial que possamos discutir sobre a operação diagnóstica dentro da psicanálise não somente para a própria prática clínica, como também para articular como funcionam esses critérios e dialogar com os critérios psicopatológicos psiquiátricos, bem como da psicologia em geral. O presente trabalho busca contribuir nesse sentido estudando, partindo dos textos freudianos e de contribuições de autores atuais da psicanálise, a compreensão metapsicológica do sintoma e do campo da transferência, portanto, no âmbito das neuroses, utilizando de fragmentos clínicos para ilustrar essa discussão.

Para posicionar esse problema, o capítulo inicial deste trabalho faz um apanhado histórico de questões relacionadas ao diagnóstico em psicanálise, e os dois capítulos seguintes examinam como esses dois parâmetros conceituais – sintoma e transferência – servem de crivos para estudar em que se embasa a operação diagnóstica dentro desse referencial teórico psicanalítico.

Mezan<sup>4</sup> (2014) divide a obra de Freud em quatro dimensões, considerando-a epistemologicamente formada por: uma teoria geral da psique, composta por uma metapsicologia que define tópica, dinâmica e economia psíquicas; uma teoria do desenvolvimento psíquico, através do desenvolvimento libidinal; uma teoria da patologia; e uma teoria do processo analítico, das intervenções e da cura. Descreve como as grandes escolas se desenvolveram a partir do trabalho de Freud gerando matrizes clínicas que descrevem “um tipo determinado de organização psicopatológica, com sua estrutura própria, seus conflitos originadores e suas modalidades características de defesa” (p. 34), ou seja, estruturaram um determinado conjunto particular de conhecimentos para compreender o objeto a que se propõe a psicanálise.

Esse processo levou à criação de diferentes dialetos dentro da psicanálise e complexizou a compreensão de como ela funciona, já que há mais de uma psicanálise possível, embora todas mantenham em si o conjunto conceitual essencial composto, conforme propõe Bleichmar<sup>5</sup> (1996), pelos conceitos de inconsciente, sexualidade infantil, recalque e transferência. A autora assinala a necessidade de um conjunto conceitual que permita observar o fenômeno e, ao mesmo tempo, a possibilidade de criar hipóteses conforme a própria observação avança. Essa posição aberta em relação às hipóteses diagnósticas parece ser a mais adequada ao espírito de trabalho analítico, pois exige do analista uma constante revisão ao longo de todo o decurso de uma análise, não contentando-se com rotular inicialmente a doença, mas considerando as próprias respostas, avanços e retrocessos do paciente ao trabalho como parte do processo diagnóstico.

Em psicanálise, portanto, não se restringe o diagnóstico à descrição de sintomas, sendo necessário fazer a conexão de sentido que permite desvelar, na neurose, o desejo e a defesa que se organizam de forma singular de acordo com a história de um sujeito e que se atualizam na trama transferencial para elaborar hipóteses adequadas.

Além disso, o diagnóstico é o que permite compreender o tipo de trabalho requerido no encontro analítico e, portanto, influencia nas decisões técnicas do analista e em suas próprias respostas ao encontro com o paciente, visando propor um projeto terapêutico que possa se sustentar, ou seja, é levando em conta esse complexo diagnóstico que se define o enquadre. O método é instituído de acordo com o objeto que se pretende transformar; portanto as condições para a análise dependem da compreensão da estrutura psíquica com a qual se

---

<sup>4</sup> MEZAN, Renato. *O Tronco e os Ramos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

<sup>5</sup> BLEICHMAR, Silvia. Novas Patologias a Um Século da Fundação da Psicanálise? In: SLAVUTZKY, Abrão; BRITO, César Luís de Souza; SOUSA, Edson Luiz André de. *História, Clínica e Perspectiva nos Cem Anos da Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

trabalha.

Assim é que, ao longo de toda sua obra, Freud manteve constante preocupação em situar o caráter da neurose, através da definição de sintomas e seus significados, classificando diferentes elementos que pudessem compor parâmetros de trabalho e a diferenciação de organizações psíquicas compostas pelas diferentes tramas estabelecidas para a circulação pulsional.

No quadro das neuroses, as hipóteses necessariamente passam pela compreensão da formação de sintomas, já que o próprio quadro psicopatológico da neurose pressupõe a composição de uma estrutura psíquica cindida topicamente, em que haja recalque, conflito e retorno do recalcado. Nesse sentido, proponho trabalhar o sintoma, pensando-o vinculado ao recalque e à formação de compromisso intrasistemas psíquicos em sua natureza metapsicológica de formação, comparando-o à diferentes perturbações psíquicas, como modos de contrainvestimento compulsivo e emergências psicossomáticas em que não há a formação de compromisso que caracteriza o adoecimento neurótico em sentido estrito (BLEICHMAR, 1996). Não se trata de buscar “homogeneidades estruturais” ou de encontrar “tipos puros”, mas de fazer uma adequada compreensão metapsicológica da dominância da patologia que se vai abordar, demarcando como se formam e como se manifestam os modos de mal estar psíquico presentes na neurose.

O segundo parâmetro a ser analisado neste trabalho – o campo transferencial – refere-se ao aspecto que Mezan<sup>6</sup> (2002, p. 502) define como o fato de que “é inegável que a prática da análise também afeta a economia psíquica do terapeuta, no mínimo porque seu inconsciente, suas defesas, suas fantasias e seu narcisismo são constantemente mobilizados pelo íntimo contato com outro ser humano”. Desde Freud, a possibilidade de desenvolvimento de uma relação transferencial é que irá se constituir no motor que propulsiona o tratamento analítico. A neurose de transferência se institui no vínculo com o analista, de modo que a dimensão intersubjetiva está no âmago do próprio processo. O fator intersubjetivo, portanto, é parte do processo diagnóstico em psicanálise. A transferência implica que haverá repetição da história dentro da relação estabelecida com o analista. Assim o processo envolve o analista, que passa a fazer parte do campo e necessitará considerar também suas próprias reações ao material que um paciente lhe apresenta, como parte do trabalho diagnóstico.

A vivência transferencial como sustento essencial para todo o processo analítico, envolve o analista no jogo pelo qual o analisando se movimenta, e coloca sempre à mercê do

---

<sup>6</sup> MEZAN, Renato. Sobre a Epistemologia da Psicanálise. In: *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

encontro com o desconhecido que é a alteridade do outro. A própria capacidade de estabelecimento de um vínculo transferencial, portanto, é condição para formular uma indicação de análise. Segundo Aulagnier<sup>7</sup> (1989, p. 184) “a experiência analítica, bem mais do que a experiência psiquiátrica, ensina imediatamente como é difícil construir uma ideia sobre o que pode esconder o quadro sintomático que ocupa o primeiro plano, e os riscos que esse não-visto e esse não-escutado podem comportar”.

Nesse sentido, ao analista cabe fazer um diagnóstico que também contempla uma espécie de autodiagnóstico no que se refere à capacidade dele próprio investir e preservar uma relação transferencial com o sujeito singular que se apresenta para tratamento.

Agregam-se, assim, aos critérios de analisabilidade referidos pela compreensão metapsicológica, uma segunda ordem de critérios estabelecidos pela auto-interrogação do analista acerca do campo transferencial que poderá ser estabelecido. Compreender esse campo significa levar em conta que no contato de um analista com um determinado sujeito que vem para análise forma-se um cenário único, uma espécie de névoa que não é consciente, a qual o analista começa a responder em um nível metapsicológico consciente e, também, em um nível muito menos elaborado que se trata da transferência e da contratransferência. É nesse plano que se definem reações distintas – e que necessitam ser compreendidas – diante do modo invasivo de um determinado sujeito, ou respostas diferentes quando o analista se vê confrontado com características evasivas de outro.

Essa massa, que vai envolvendo o analista e torna característica sua resposta, é recuperada, muitas vezes, *a posteriori* do encontro em si. Considera-se que em todo encontro analítico estão presentes dois níveis indissociáveis; um composto por todo o equipamento do processo secundário do analista, do qual faz uso para produzir uma intervenção; e um segundo que lhe escapa, pela natureza de seu próprio aparelho psíquico cindido topicamente, que terá de recuperar e analisar conforme trabalha.

Compreendo que a operação diagnóstica, que muito embora desde as origens da psicanálise seja uma preocupação presente, prossegue sendo uma questão complexa para o campo de estudo e trabalho. Nesse sentido, minha questão diz respeito a como um analista compreende de que se trata a essência da patologia que aflige o sujeito que lhe fala, como elabora sua compreensão metapsicológica, e, através do delicado processo dinâmico transferencial que se gera quando alguém procura por uma análise, decompõe o discurso de um paciente para identificar os aspectos econômicos envolvidos em seu sofrimento.

---

<sup>7</sup> AULAGNIER, Piera. *O Aprendiz de Historiador e o Mestre Feiticeiro*. São Paulo: Escuta, 1989.

Este trabalho é um ensaio teórico clínico, que busca explorar não somente uma compreensão de como se diagnostica no mundo diagnóstico de hoje, mas como se arma o diagnóstico dentro da complexidade da psicanálise a partir da linha de compreensão escolhida (HERRMANN; LOWENKRON<sup>8</sup>, 2004). Se o que define as estruturas psíquicas são: a composição de determinados espaços (tópicas), a maneira como a pulsão circula e o destino que terá (dinâmica e economia psíquicas), com este trabalho busco elucidar como um analista pensa, ao escutar, a estrutura psíquica que um sujeito apresenta e como esse entendimento se articula dentro do tratamento.

---

<sup>8</sup> HERRMANN, Fabio; LOWENKRON, Theodor. *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

## MÉTODO

A psicanálise, por sua especificidade, desenvolve características no seu processo de pesquisa que a tornam epistemologicamente distinta do método experimental. Esse método específico Rudge<sup>9</sup> (2012) denomina por método clínico e o descreve como um campo cuja natureza é a de um instrumento clínico que busca alterar algo no sujeito, ao mesmo tempo que se constitui em uma forma de investigação.

Tanis<sup>10</sup> (2006) demarca, a partir de Freud, que a psicanálise possui uma tríplice constituição, primeiramente como uma teoria singular sobre a psique humana, segundo como um método de pesquisa da cultura e da subjetividade individual, e terceiro, constitui uma intervenção clínica. Defende a necessidade de pensar a psicanálise dentro dessa especificidade no contexto das práticas clínicas, institucionais e acadêmicas atuais. Nesse sentido, descreve que o específico da psicanálise diz respeito à natureza inconsciente da subjetividade, motivo pelo qual o “humano” é irreduzível ao discurso neurobiológico. Da mesma forma, essa especificidade necessita considerar o aspecto subjetivo do analista, sendo que, por isso, a formação do mesmo nunca se reduz a uma formação teórica.

O autor utiliza dessa descrição da psicanálise para introduzir as questões de como ela se relaciona com a universidade. O contexto da universidade é caracterizado pela pesquisa, pela produção de investigações dos fenômenos e geração contínua de conhecimento a partir das mesmas, sendo esse conhecimento determinado pelas condições de produção do saber, através do rigor metodológico. A psicanálise possui um estatuto científico que inclui um método de investigação adequado ao seu objeto, método esse que não se enquadra nos padrões das ciências duras. Por um longo período da história da psicanálise, essas características específicas fizeram com que os psicanalistas se retirassem das universidades e desenvolvessem instituições próprias de formação e estudos.

Foi a partir da década de 1970 que esse quadro se modificou de forma mais marcante no Brasil e no mundo. As transformações culturais ao longo do século XX levaram a um interesse por parte da universidade pela psicanálise, o que possibilitou sua inserção, através de diálogos com áreas diversas como a filosofia, a antropologia, a sociologia e a literatura. Da

---

<sup>9</sup> RUDGE, Ana Maria. Destinos do método clínico na contemporaneidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p.512-523, set. 2012.

<sup>10</sup> TANIS, Bernardo. Formação – Pesquisa; Sociedades de Psicanálise – Universidade: a delicada questão das fronteiras. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 39(70), p.309-325, jun. 2006.

parte dos psicanalistas o interesse pela inserção na universidade surgiu com maior ênfase no período pós Segunda Guerra Mundial, através de diálogos com departamentos de psiquiatria e a expansão dos cursos de psicologia, nos quais a psicanálise passou a ser ensinada como uma vertente clínica com teoria e técnica próprias. O autor destaca ainda que, na década de 1970, o movimento de cisão que se deu dentro da psicanálise francesa foi um ponto importante de expansão para o mundo, através de um ensino da psicanálise em seminários e programas de doutorado. Os interesses desses psicanalistas em vincular-se à universidade eram os de aprofundar o estudo da psicanálise epistemologicamente e de forma crítica, bem como dialogar com outras disciplinas, e também de poder pesquisar, tanto através do estudo de conceitos e de diferentes vertentes teóricas psicanalíticas, como da clínica, das intervenções e do método, e da cultura, de maneira que a pesquisa pudesse ser pensada de forma mais isenta das pressões transferenciais dos grupos psicanalíticos.

Uma questão debatida nesse âmbito é a metodologia de pesquisa, sendo que tanto pesquisas psicanalíticas que usam de metodologias com características mais próximas da pesquisa empírica, quanto estudos teórico conceituais e clínicos, utilizam do método psicanalítico. Atualmente, há divergências em relação à essas metodologias, considerando, por exemplo, se a pesquisa empírica poderia manter a especificidade do método psicanalítico; além disso, se discute se a pesquisa conceitual poderia ser avaliada e discutida sem a clínica para pesquisar, e a clínica psicanalítica também não se presta para ser pensada de forma estatística e em uma compreensão que desvincule o par transferencial, ou seja, o próprio observador do objeto de estudo (TANIS, 2006).

O método psicanalítico, portanto, nos oferece um campo complexo e com questões abertas para a pesquisa, mas nem por isso, menos essencial para a própria psicanálise. A pesquisa é intrínseca ao método psicanalítico desde a sua constituição enquanto ciência. Ela é essencial para manter o vigor da teoria e da técnica, não como verdades inquestionáveis, mas como um método que possui suas especificidades de estudo e investigação, sua própria heurística.

Dessa maneira, fica claro que quando se fala em pesquisa em psicanálise, não se está fazendo referência à utilização, de modo geral, de processos de pesquisa no modelo de investigação empírico convencional, de participantes selecionados para observação e previsão de resultados. Para compreender o funcionamento da pesquisa em psicanálise é necessário atentar, de início, ao seu objeto de investigação, ou seja, o inconsciente. (MEZAN<sup>11</sup>, 1994).

---

<sup>11</sup> MEZAN, Renato. Que Significa “Pesquisa” em Psicanálise? In: *A Sombra de Don Juan e Outros Ensaio*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Quando se faz um estudo em psicanálise é preciso considerar tanto a história singular como o campo transferencial privilegiado, que se desenvolveu durante um determinado processo terapêutico. A pesquisa em psicanálise, portanto, possui um caráter necessariamente clínico, já que o acesso aos fenômenos do inconsciente provém da clínica. Mezan (1994) argumenta que mais do que a clínica, o que é específico da pesquisa em psicanálise é o estudo de um material, que pode ser um relato clínico ou um texto, a partir de um determinado tipo de processo de análise do mesmo. Portanto, é o emprego do próprio método analítico para compreender uma modalidade discursiva, extraindo dela as formações do inconsciente e as redes de significação que provém dele, que caracteriza a essência do que é pesquisa em psicanálise.

A partir dessa definição, podemos compreender porque Freud<sup>12</sup> (1912), no texto *Conselhos ao Médico sobre o Tratamento Psicanalítico*, indicava que a pesquisa científica não deveria ser realizada concomitantemente ao tratamento psicanalítico, pois o interesse do analista em pesquisar algum aspecto específico da situação em andamento tornaria inviável a execução do tratamento, interferindo negativamente na capacidade de escuta e de trabalho analítico.

A pesquisa em psicanálise consiste, então, em um segundo momento que poderá existir somente a partir de um trabalho analítico prévio. É um momento posterior ao trabalho clínico em si, em que o analista se debruça sobre o processo que se deu e busca compreender esse processo com as lentes da teoria, ou seja, vai em busca de localizar como os mecanismos psíquicos trabalharam dentro daquele contexto específico e singular que lhe ocorreu estudar.

O estudo da operação diagnóstica no presente trabalho se realizou através de um ensaio teórico clínico psicanalítico, considerando, a partir da obra freudiana, como se articulam os conceitos vinculados à essa operação, utilizando vinhetas clínicas para evidenciar esses conceitos.

O trabalho foi feito através de um levantamento bibliográfico embasado nas obras de Freud e de alguns autores da psicanálise atual. Esse levantamento bibliográfico teve a intenção de situar os conceitos essenciais que norteiam a singularidade dessa operação no campo psicanalítico. Partiu de dois referenciais técnicos para construir essa argumentação; primeiramente a compreensão metapsicológica de sintoma e, em segundo lugar, o entendimento do fenômeno transferencial. Complementando esse estudo teórico, foram utilizados alguns fragmentos de materiais clínicos passados, devidamente redigidos de forma

---

<sup>12</sup> FREUD, Sigmund. *Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico (1912)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

a preservar o sigilo da identidade. Portanto, este estudo é um ensaio com utilização de vinhetas clínicas, trazidas pela necessidade de elementos da prática analítica que pudessem demonstrar onde a análise dos conceitos investigados se traduz em hipóteses diagnósticas.

O material clínico interessa aqui para observação dos processos psíquicos em estudo, sendo que para tanto me baseio na Resolução 510/2016<sup>13</sup> Art. 1 Parágrafo único que afirma que “Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: Item VII – pesquisa que objetiva aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”.

O compromisso ético ficou assegurado considerando que são recortes bastante específicos de entrevistas e sessões, sendo que não há mais contato com esses pacientes e as vinhetas têm um período de vários anos desde que transcorreram, sendo redigidas a partir da minha compreensão e releitura do que se passou naquele momento. Foram omitidas ou deformadas quaisquer informações que pudessem direta ou indiretamente identificar a identidade dos indivíduos, garantindo o sigilo e sendo utilizadas somente de forma ilustrativa dos argumentos.

---

<sup>13</sup> CNS. Resolução CNS 510/16, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Brasília, DF, abr 2016. Disponível em: <[http://www. http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://www.http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

## 1. A HISTÓRIA DOS DIAGNÓSTICOS EM PSICANÁLISE

A psicanálise tem um método e uma forma própria de diagnosticar. Trata-se de uma forma bastante peculiar, que tem sido comumente questionada ou desqualificada por outros discursos, como algumas correntes do discurso médico e psicológico, em nossos dias. Nesse sentido, este capítulo busca sistematizar como é que essa questão se organizou historicamente, traçando um percurso que dê conta de expor como o diagnóstico tem sido pensado dentro e fora do campo psicanalítico.

Podemos observar que diagnosticar é um ato cotidiano na clínica psicanalítica, mas não é habitual debruçar-se e descrever como essa operação diagnóstica se concretiza nas situações clínicas específicas com as quais nos deparamos. Além disso, considerar esse tema, que não é uma novidade, torna-se difícil porque ele já era uma preocupação desde Freud e pode ser trabalhado de maneiras distintas. Contudo, essa discussão é necessária para que a psicanálise possa manter um discurso e uma prática com espaço dentro do contexto atual da psicologia e da medicina. Nesse sentido, a psicanálise necessita apresentar quais são os parâmetros que utiliza para compreender o sujeito, considerando que trabalha adentrando um mundo intersubjetivo profundo, do qual é preciso poder emergir com um sujeito que apareça e possa ser apresentado.

Desde os primeiros trabalhos de Freud, havia um interesse em poder diferenciar as patologias. Esse interesse era de gerar uma classificação diagnóstica, justamente porque uma nosografia poderia orientar um tratamento de forma mais adequada e eficaz. Contudo, as ressalvas e temores com o diagnóstico dentro da psicanálise estão sempre presentes, inclusive desde o início com Freud, pelo risco que a classificação traz consigo de rotular e engessar uma compreensão do que se passa com o paciente. Nesse sentido, muitos dos estudos realizados por psicanalistas que abordam o diagnóstico, o fazem de modo comparativo para com o sistema classificatório médico, em especial com as classificações psiquiátricas advindas dos manuais diagnósticos como o DSM<sup>14</sup>. Para situar a discussão, contextualizo primeiramente como se desenvolveu a construção desse tipo de classificação, para em seguida adentrar naquilo que é específico ao se caracterizar a operação diagnóstica psicanalítica.

---

<sup>14</sup> DSM é a sigla para o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da Associação Americana de Psiquiatria.

## 1.1 A construção das classificações diagnósticas em psiquiatria e sua relação com a psicanálise

A prática clínica médica classificatória teve início na medicina ocidental durante o século XIX, momento em que se começou a criação de hierarquias e organizações de doenças em famílias, classes e gêneros. Nesse período, houve uma mudança de enfoque na relação do médico com o paciente, marcada por uma alteração na questão médica mais ampla sobre o que é que ocorre com o paciente, para a pergunta: “onde dói?” O que situa a busca pré-delimitada pela identificação do sintoma (PRISZKULNIK<sup>15</sup>, 2000).

A pesquisa pela associação de sintomas reconhecíveis vinha ao encontro com os objetivos dos ideais científicos de investigação e de organização dos conhecimentos de forma racional, clara e universal. Assim, a medicina se tornou o discurso científico sobre a doença. Nesse contexto, se desenvolveu uma epistemologia constituída a partir de três dimensões: uma dimensão descritiva, proveniente da observação clínica, outra anatômica e ainda a dimensão etiológica, que compõem a nosografia de uma entidade patológica (PRISZKULNIK, 2000).

Dunker e Kyrillos Neto<sup>16</sup> (2011) dirigem a atenção para como esse processo foi evoluindo dentro da medicina, chegando ao predomínio, na atualidade, de um discurso sobre a psicopatologia, em geral determinado por externalidades, em oposição a uma compreensão intuitiva. Os autores discutem como a psicanálise se relaciona e ingressa nesse discurso, e como o DSM historicamente foi elaborado com o objetivo de eliminar as ambiguidades de termos semiológicos e diagnósticos, funcionando como uma orientação única que sirva como elemento de arbitragem e código unificado para as patologias.

Fazendo uma revisão histórica, dizem que o DSM tem suas origens no levantamento de classificações estatísticas que a Associação Psiquiátrica Americana que a Comissão Nacional de Higiene Mental nos Estados Unidos utilizou para gerar um Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos, tendo partido de uma primeira divisão entre idiotice e insanidade e que se ampliou, gradativamente, para 22 classificações. Os autores apontam como um elemento importante nessa compreensão as diferenças entre as classificações propostas por Kraepelin e por Adolf Meyer, sendo que o segundo centrou-se em aspectos

---

<sup>15</sup> PRISZKULNIK, Léia. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p.11-28, 2000.

<sup>16</sup> DUNKER, Christian I. L.; KYRILLOS NETO, Fuad. A Crítica Psicanalítica ao DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

relacionados à história de vida da pessoa, como fatores etiológicos para diferentes quadros patológicos; no entanto, esta não se tornou a vertente predominante na evolução da psiquiatria.

Um dos motivos para que a psiquiatria adotasse outra vertente epistemológica diversa daquela proposta por Meyer pode ser encontrado na história da psiquiatria, que é marcada por um certo desprestígio. Isso desde as críticas que vem de outras áreas do saber sobre a saúde mental, que a consideram historicamente como um mecanismo de controle social de comportamentos, inclusive tendo sido em suas origens um tratamento moral, até críticas da parte da medicina que questionam sua indefinição de objeto e práticas clínicas. Para agregar sobre essas críticas, ainda, dentre os próprios psiquiatras há um profundo desacordo quanto às categorias nosológicas empregadas (PEREIRA<sup>17</sup>, 2017).

Na segunda versão do DSM podemos observar que, apesar de ainda manter predominantemente o caráter da psicodinâmica psiquiátrica de Meyer, inicia-se um processo importante de alteração na forma de diagnosticar. Nessa versão, o manual utiliza uma classificação de 180 distúrbios, uniformizados a partir de estatísticas de hospitais psiquiátricos e do Exército norte americano. As críticas a essa classificação referem-se ao fato de que gerava uma espécie de compromisso entre uma psiquiatria que gradativamente assumia uma fisionomia normativa e uma psicanálise retrógrada em que, por exemplo, nessa versão associava-se histeria e feminilidade, homossexualidade e perversão.

O DSM-III veio dar uma concepção pragmática e utilitarista para a psiquiatria, que tinha agora um conjunto diagnóstico no qual não se lavava em conta a ontologia da doença mental. Se consolida uma visão majoritária de compreensão das psicopatologias como *disorders*, ou seja, de estados mentais sintomáticos e comportamentos alterados que são descritos em nível puramente nosológico centrado no diagnóstico dos elementos observáveis. A revisão que gerou o DSM-III, publicado em 1980, tinha por objetivos padronizar as práticas e a validade dos diagnósticos psiquiátricos, utilizando categorias descritivas. Nessa revisão, o conceito de neurose foi retirado por ser considerado não científico e vago. E foi essa revisão que passou a ser considerada um marco na psiquiatria, buscando oferecer um sistema operacional que alterou a prática psiquiátrica, já que seria “um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental” (DUNKER E KYRILLOS NETO, 2011, p.617).

---

<sup>17</sup> PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Freud, o Sujeito da Psicopatologia e o Futuro da Psiquiatria. In: *Por Que Freud Hoje?* Org. Daniel Kupermann. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

O DSM-IV listava 297 desordens quando publicado em 1994, e marcou, como apontam Dunker e Kyrillos Neto (2011, p.618), que “nos vinte anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica”. Os autores refletem que essa mudança implica em uma ruptura na própria razão diagnóstica, nos princípios e no paradigma que regulam aquilo que é científico.

As consequências dessa alteração são sentidas em muitos aspectos. Por exemplo, Laznik, Touati e Bursztejn<sup>18</sup> (2016), examinando a evolução do diagnóstico de autismo nas classificações das doenças mentais, identificam que a entrada desse diagnóstico no CID<sup>19</sup> foi em 1975, dentro das psicoses específicas da infância. Nesses primeiros estudos sobre o quadro, ele era considerado uma síndrome bastante rara, com uma prevalência de 2 a 4 para cada 10.000. Quando da publicação do DSM III em 1980, os autores marcam que houve uma “virada histórica das classificações. Esse manual apresentava descrições aparentemente independentes de qualquer teoria etiopatogênica” (2016, p.13).

Na sequência dessa evolução dos diagnósticos de autismo e psicose na infância, os autores concluem que, em quinze anos de revisões dos manuais de classificação, o autismo foi gradativamente, através do diagnóstico de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ocupando o foco que anteriormente era da psicose. A forma como se diagnostica o autismo passou a abranger desde retardos mentais severos até situações de sintomas mais brandos, passando da prevalência de 2 a 4/10.000 da década de 1970, para 1 a 3/1.000 durante a década de 2000.

Na mesma linha dos questionamentos sobre o diagnóstico de autismo, Pereira (2017) nos apresenta um estudo histórico que expôs as inconsistências do diagnóstico psiquiátrico. O estudo consistiu em um comparativo dos diagnósticos de esquizofrenia feitos em Nova York e Londres, publicado em 1971. O propósito do estudo era observar onde haviam desacordos na forma de diagnosticar e avaliar a psicopatologia, mas seus resultados expõem uma imensa divergência de critérios inclusive para uma condição tão aparentemente clara como a esquizofrenia. O autor nos conta sobre os resultados:

os psiquiatras americanos, em geral, aplicavam esta etiqueta diagnóstica a uma variedade muito mais ampla de condições clínicas

---

<sup>18</sup> LAZNIK, Marie Christine; TOUATI, Bernard; BURSZTEJN, Claude. *Distinção Clínica e Teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

<sup>19</sup> CID é a sigla para a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde*, da Organização Mundial de Saúde.

do que seus colegas britânicos. Por exemplo, quando comparadas as admissões de pacientes no Instituto de Psiquiatria de Nova York com as do Hospital Maudsley de Londres (incluindo as primeiras admissões e readmissões) entre 1950 e 1967, a porcentagem de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos nos Estados Unidos poderia chegar a 80%, no mesmo momento em que no Reino Unido essa taxa era de apenas 20%! (PEREIRA, 2017, p.170).

Lacan<sup>20</sup> (1955-56) também descreve como, dentro da história dos diagnósticos de psicose, a paranoia como era apresentada no início do século XIX dentro da psiquiatria alemã, levava a que 70% dos internos em manicômios fossem diagnosticados com paranoia. Sendo assim, a maior parte do que hoje se designa por psicose, nesse período era considerado paranoia. Já na França esse diagnóstico era reservado para certos aspectos caracteriais: “uma pessoa má, um intolerante, um tipo de mau humor, orgulho, desconfiança, suscetibilidade, sobrestimação de si mesmo” (p.13). E havia uma compreensão de que quando o paranoico se tornava “por demais paranoico”, então delirava.

Todos esses comparativos interessam no sentido de problematizar um campo que poderia aparentar ser consistente e organizado a partir das classificações e manuais diagnósticos. O que observamos é que os manuais não contemplam a sua pretensão de fazer um sistema classificatório ateuórico, apesar de buscarem não conter uma psicopatologia, no sentido de uma compreensão da etiologia que compõe os quadros, enfocando em uma descrição formal, empírica e isenta de fatos clínicos.

Dessa tendência surge a medicina baseada em evidências, que protege a prática clínica através da padronização dos procedimentos, mas a torna mais centrada em uma tarefa epidemiológica, levando-a, como descrevem Dunker e Kyrillos (2011) a um “colapso das práticas clínicas como forma de intermediação entre o conhecimento geral das disciplinas clínicas e o sujeito que sofre” (p. 623). Nesse sentido, a divergência entre a definição diagnóstica na psicanálise e na psiquiatria está focalizada em relação às causas, em questões como por exemplo as que os autores fazem em relação à depressão: “ficamos tristes porque há menos serotonina, ou há menos serotonina porque ficamos tristes? O que causa a depressão é a diminuição da recaptção da serotonina no interior dos neurônios, ou essa é apenas uma descrição do processo?” (p. 623).

---

<sup>20</sup> LACAN, Jacques. O Seminário. *Livro 3: As psicoses (1955-56)*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

São modelos médicos que se tornam mais voltados à bioengenharia do que à clínica, no sentido da escuta e compreensão do sujeito. Se convida a medicina, nos dias atuais, para assumir cada vez mais a responsabilidade pela construção de um novo homem, que responda melhor aos projetos racionais e modelos socioculturais, em que a patologia é considerada algo a ser medicado e extirpado (PEREIRA, 2017).

A patologia, porém, não foi, desde sempre, considerada pela medicina como algo em separado do doente. A medicina a compreendia como um campo de práxis, uma prática do cuidado que era fundamentada na ciência porém não redutível à ciência, e foi gradativamente evoluindo para seu papel de localizar e delimitar a doença e o doente. Dessa maneira se operou uma alteração na concepção ontológica da doença na medicina, passando a pensar a doença como “resultado de um ataque provindo de um agente exterior ao sujeito, reduzido aqui à condição de vítima e de paciente” (PEREIRA<sup>21</sup>, 2014, p. 1039). E é esse novo modo de pensamento da medicina que está em pleno vigor quando surge a psiquiatria contemporânea entre os séculos XVIII e XIX.

Nesse mesmo sentido Pereira (2014) propõe que há uma crise contemporânea na psiquiatria centrada no diagnóstico, justamente porque nesse modelo se perde a dimensão da singularidade e da escuta desse sujeito. A busca por marcadores biológicos específicos – que se amplia a cada versão dos manuais diagnósticos – que deem legitimidade e fixem a psiquiatria de uma vez por todas no rol das especialidades que possuem validade científica, acaba por expor justamente as dificuldades epistemológicas desse projeto. A aposta em uma patofisiologia que pudesse resultar na descrição biológica do adoecimento mental em todas suas formas é uma “esperança e promessa sempre renovadas, mas nunca cumpridas, de que um dia a psiquiatria seria capaz de descrever suas entidades mórbidas em termos exclusivamente fisiopatológicos” (p.1038).

O autor está ressaltando a impossibilidade epistemológica desse projeto pela eliminação de um aspecto central do próprio objeto de estudo: a subjetividade. Descartar o contexto histórico-cultural e linguístico das manifestações clínicas significa não tomar em conta como o sintoma vai se registrar no conjunto de desejos de um sujeito. O psicopatológico não pode ser pensado em termos biológicos sem considerar também esses outros fatores, porque eles influem inclusive naquilo que se considerará patologia. Ainda, segundo o autor:

---

<sup>21</sup> PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A Crise da Psiquiatria centrada no Diagnóstico e o Futuro da Clínica Psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1035-1052, 2014.

pode-se conceber que todo progresso nos conhecimentos neurobiológicos relativos aos padecimentos psíquicos são necessários e indispensáveis. Mas não decorre necessariamente daí que esses mesmos conhecimentos tornariam obsoleta a psicopatologia enquanto disciplina fundante da psiquiatria enquanto especialidade médica (PEREIRA, 2014, p.1047).

Por isso a necessidade de uma antropologia médica que possa responder à questão: o que é o homem? Ter um entendimento dinâmico do que é esse objeto humano, de forma que o psicopatológico seja inscrito como um fenômeno intrínseco ao humano e não como um fator externo que ataca um hospedeiro. Nesse sentido a psicanálise pode estabelecer uma relação de contribuição com a psiquiatria.

## 1.2 Os diagnósticos em psicanálise

O diagnóstico em psicanálise é composto para além do aspecto estrutural, porque está engatado na própria função terapêutica. Uma das questões problema dos diagnósticos em psicanálise é como traduzir para as ciências e tornar claro na cultura atual sua teoria e contribuição na prática clínica.

Vieira<sup>22</sup> (2001) discute como diagnóstico é um “problema” dentro da psicanálise porque, se considerado enquanto afirmação ou fechamento de um sujeito dentro de um quadro, é contrário à própria psicanálise pois classificá-lo obriga a perder algo do singular daquele sujeito. Por ser essencial na psicanálise a preservação do sujeito, esta se caracteriza por um número pequeno de categorias diagnósticas tomadas da psiquiatria clássica, que em muito difere da psiquiatria moderna em que a multiplicação de categorias vai em busca de conceitos que perderam esse caráter singular. O problema que o autor questiona é se a relação da psicanálise com o diagnóstico não seria como a de uma formação de compromisso, ou seja, ao modo de um sintoma, em que “trataríamos o diagnóstico tanto como um mal-necessário quanto como um bem perigoso, que deve ser buscado mas jamais inteiramente alcançado” (p.173).

---

<sup>22</sup> VIEIRA, Marcus André. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Ana Cristina Figueiredo. (Org.). *Psicanálise - pesquisa e clínica*. 1 ed. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001 (p. 171-181).

Além disso, Romaro<sup>23</sup> (1999) aponta que uma das dificuldades no estabelecimento de um diagnóstico no campo psicanalítico é que a presença de sinais e sintomas necessita ser compreendida dentro da composição do quadro clínico, inclusive considerando as evoluções que ocorrem no transcurso da vida daquele sujeito, especificamente diante de diferentes exigências do ambiente ou momentos de desenvolvimento. A autora está apontando para a função adaptativa que cada indivíduo necessita desenvolver em seu contexto sociocultural, pois assim a avaliação do que é considerado sintoma ou patologia também depende desse aspecto. Considerar a cultura também como fator determinante na construção daquilo que se considera patológico, desnaturaliza o discurso do diagnóstico racional e utilitarista que os manuais diagnósticos têm buscado atender (PEREIRA, 2017).

Essas são questões necessárias para situarmos o campo do diagnóstico psicanalítico. Freud reconhece, desde seus primeiros escritos, que, pela especificidade da psicanálise, o diagnóstico não poderia ser feito nesse campo como o é na medicina, a não ser que fosse pensado como parte da análise, uma operação que se dá no decorrer do próprio trabalho analítico. Embora, como destaca Violante<sup>24</sup> (1997), podemos observar em seus históricos clínicos publicados, que Freud nunca iniciava uma análise às cegas; pelo contrário, a formulação de hipóteses está presente de forma constante desde o início de seu trabalho clínico.

Então, um aspecto que podemos observar como característico do diagnóstico psicanalítico é seu caráter flexível porque está intrincado com o trabalho analítico. Dessa forma, diferente de um médico que quando revisa seu diagnóstico o faz por um erro inicial ou por um contexto de alteração da patologia, o psicanalista mantém o diagnóstico como em aberto, sendo característico da própria operação.

Em *Estudos sobre a Histeria*, Freud<sup>25</sup> (1895) comenta o caráter paradoxal desse tema, já que é preciso escutar e manter uma postura aberta em relação ao diagnóstico, porém ao mesmo tempo ele é necessário para definir do que é que se está tratando. Lowenkron<sup>26</sup> (1999) diz que no proceder do psicanalista sempre há um privilégio dado à escuta, de forma que é uma avaliação diagnóstica cujo caráter é subjetivo; porém, mais especificamente que isso, é

---

<sup>23</sup> ROMARO, Rita Aparecida. O Estabelecimento do Diagnóstico em Psicanálise. *Revista PSICOUF*, v. 3, n. 2, p. 23-37, jul-dez 1999.

<sup>24</sup> VIOLANTE, Maria Lucia Vieira. Em Defesa de uma Hipótese Diagnóstica Preliminar na Clínica Psicanalítica. *Psicanálise e Universidade: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da PUC-SP*, n.7, São Paulo, O Núcleo, 1997.

<sup>25</sup> FREUD, Sigmund. *Estudios sobre la Histeria (1895)*. In: *Obras Completas – Vol II*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>26</sup> LOWENKRON, Theodor S. Considerações sobre o diagnóstico em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 4, São Paulo, out-dez 1999.

inter-subjetivo, já que se constitui *in situ* na comunicação que se estabelece entre o par analítico. O diagnóstico, por isso mesmo, adquire uma ambiguidade já que ele é, a um só tempo, necessário para decidir sobre questões de como conduzir o tratamento, e deliberadamente posto em suspenso, já que depende também da própria relação analítica que ainda está por se estabelecer.

Freud<sup>27</sup> (1913) se refere a uma fábula de Esopo para ilustrar como pensar a questão sobre as hipóteses relacionadas à quanto tempo durará uma análise, ou seja, como prever o ritmo desse tratamento e, portanto, da relação transferencial. Podemos pensar que também aqui está em jogo a questão não somente de qual o diagnóstico, mas também de qual o prognóstico. A fábula conta que quando um peregrino pergunta sobre quanto falta para chegar, Esopo lhe responde que é preciso caminhar, somente caminhando se vai conhecer o passo do caminhante. A isso Freud acrescenta que no decorrer de uma análise, “o neurótico altera *seu tempo* e em certos períodos só faz progressos muito lentos” (1913, p.130). Portanto, é preciso abandonar o ideal de um progresso contínuo, como um tratamento com melhoras ulteriores como se fossem peças de um dominó que ao término resultaria em um sujeito “curado”. Os períodos lentos a que Freud se refere muitas vezes coincidem com os momentos em que a análise mais se aproxima de um ponto regressivo do funcionamento neurótico, justamente os pontos em que necessita aprofundar-se para transformar um quadro sintomático. O passo está marcado pela atemporalidade dos processos inconscientes e não obedece às intenções puramente da consciência. Figueiredo e Coelho Junior<sup>28</sup> (2000, p.18) lembram que é uma advertência para que o analista renuncie ao desejo de “ir ao fim do caminho da cura em uma linha reta e em um ritmo regular”. A convicção no método analítico faz com que precise respeitar esse ritmo e modo de funcionamento peculiar daquele que faz o caminho da análise.

Assim, podemos observar como na clínica psicanalítica o diagnóstico e o tratamento se organizam por outra via em comparação com a medicina. Freud localiza uma etiologia das patologias nas fantasias dos neuróticos e funda a psicanálise como uma ciência para as doenças nervosas fora do campo da neurologia, embora não contrário a ela. Na psicanálise, o ponto de partida é o trabalho terapêutico, a escuta e identificação de processos inconscientes, e a própria prática constitui o exame do paciente. Conforme Prizskulnik (2000, s.p.):

---

<sup>27</sup> FREUD, Sigmund. *Sobre la Iniciación del Tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis (1913))*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>28</sup> FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; COELHO JUNIOR, Nelson. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

a clínica psicanalítica tem uma acepção muito peculiar do que seja o diagnóstico. Ele não é realizado de maneira objetiva, ou seja, a pessoa tem tais sintomas, então, tem tal doença ou distúrbio. Ele não aponta simples e diretamente a interpretação analítica a ser feita, ou seja, o diagnóstico (tal doença) não dá, prontamente, sustentação para a atuação do profissional (tal medicamento, p.ex.). Ele não se vale de roteiros, previamente estabelecidos, a serem seguidos. (...) O diagnóstico deve ser preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem um certo tempo de análise (tratamento). Essa é uma peculiaridade da clínica psicanalítica, já que ela não se vale de coordenadas externas, de noções de valor geral e de previsões, itens que são exigidos pela pesquisa objetiva do método científico. É preciso, no entanto, estabelecer o diagnóstico, mesmo o preliminar. O analista precisa de certos elementos para balizar seu trabalho.

O analista propõe fazer uma virada da queixa-sintoma que o paciente traz quando busca ajuda, para um sintoma-enigma, em que o próprio paciente se vê convocado a refletir sobre seu sofrimento. Diferente do modelo biomédico, em que a queixa é transformada em sintoma, o que desconsidera todos aspectos do desejo e da satisfação presentes no processo, ou seja, todos os aspectos que se referem ao sujeito por inteiro.

Considerando essas características, podemos pensar que o que Freud faz é redefinir o próprio campo da psicopatologia, como uma dimensão constituinte do ser humano, de forma que há uma dimensão incurável que não poderá ser normalizada ou adaptada, e sim assumida pelo sujeito, compreendida e que lhe permitirá encontrar outras vias para lidar com seu desejo.

### **1.3 A neurose e a técnica em Freud**

Freud tinha uma preocupação central em poder delinear o mecanismo psicogênico no conjunto de afecções denominadas neuróticas. Considerando suas preocupações em distinguir dentro dos quadros neuróticos e também psicóticos um referencial metapsicológico que desse conta desses fenômenos psíquicos, podemos destacar dois textos em que o vemos trabalhar os modelos conceituais da psicanálise a partir de experiências clínicas com as quais ele se defronta.

O primeiro desses textos é intitulado *Um caso de paranoia que contradiz a teoria psicanalítica*<sup>29</sup> (1915) que examina um caso clínico que parece ser contrário ao que havia determinado anteriormente como o mecanismo de formação da paranoia a partir da análise do Caso Schreber. O caso é contado por Freud através de duas entrevistas realizadas com uma jovem mulher, encaminhada até ele pelo advogado que ela contratou para proteger-se de um homem que a perseguia. Em sua primeira entrevista, a jovem relata a Freud que trabalha em um cargo de responsabilidade e que vive junto à mãe idosa. Não tem irmãos e o pai é falecido há muito tempo. Em seu trabalho, um colega começou a interessar-se por ela e ela não pôde deixar de interessar-se também por ele, embora houvesse a presença de circunstâncias externas que impediam a possibilidade de um casamento entre ambos. Ela conta como cedeu ao convite desse homem para encontrá-lo em sua casa, onde se beijaram, abraçaram e deitaram-se juntos. Durante esse encontro amoroso, houve um momento em que ela ouviu um ruído, como um “tictac”, que a assustou. O homem lhe disse que provavelmente fosse o som de um relógio que estava no quarto. Ao sair da casa ela encontrou com dois homens na escada que traziam um pequeno objeto oculto e, ao vê-la, disseram algo entre si. Nesse dia, durante o caminho que essa mulher fez até sua casa, começou a sentir uma suspeita de que aquele objeto oculto que traziam pela escada poderia ser uma câmera fotográfica, que essa câmera poderia ter estado escondida atrás de uma grossa cortina que tinha no quarto, e que o som que ouviu foi o da máquina tirando fotos suas. Essa suspeita tornou-se constante desde então, sendo que as explicações que exigiu de seu amante não lhe acalmaram em nada. O amante lhe escreveu um conjunto de cartas que ela entregou ao advogado e levou a Freud para que olhasse; nelas ele lamentava que essa ideia enferma estivesse arruinando tão belo encontro.

Nesse ponto do texto, Freud passa a fazer um comparativo entre a situação enferma dessa mulher e os fatores etiológicos que deveriam estar presentes em uma paranoia. A partir do que essa mulher relata não é possível encontrar as tendências homossexuais contra as quais estaria se protegendo ao tornar o seu amado em seu perseguidor, não havia a renúncia a um vínculo homossexual, mas a transformação direta do amado em perseguidor.

Antes de qualquer conclusão, Freud lhe pede uma segunda entrevista para compreender melhor os detalhes do que lhe ocorreu. Já na nota introdutória de James Strachey ao caso, ele diz ao leitor que esse texto, além de suas intenções de confirmação sobre a etiologia da paranoia, também serve de alerta aos profissionais “sobre o perigo de emitir uma opinião apressada sobre um caso embasando-se em um conhecimento superficial dos fatos”

---

<sup>29</sup> FREUD, Sigmund. *Un Caso de Paranoia que Contradice la Teoría Psicoanalítica (1915)*. In: *Obras Completas – Vol XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

(p. 262). Esse modo de proceder, tomando tempo e deixando em aberto as hipóteses, já é parte daquilo que estou designando por operação diagnóstica da psicanálise, ou seja, a própria disponibilidade para pôr em espera as conclusões para que o processo, através do relato do paciente, vá sendo corroborado e ajustado.

A segunda entrevista que Freud nos conta cumpre com seu papel de esclarecer aspectos essenciais do contexto em que a sintomatologia surgiu e se desenvolveu naquele caso. É nesse segundo relato que ficamos sabendo que houveram duas visitas à casa do jovem e o ruído ocorreu somente na segunda dessas. Como no primeiro encontro “não havia se passado nada demais”, a paciente não havia relatado o mesmo anteriormente à Freud. O interessante que se descobre, no entanto, é algo que se deu no intervalo entre os dois encontros. É nesse elemento terceiro que Freud localiza o aspecto homossexual que contribui para a formação do quadro. Na empresa onde essa mulher trabalhava, sua seção era chefiada por uma mulher mais velha que a tratava com grande ternura e predileção, uma figura materna a seus olhos. Após a primeira visita à casa do jovem, ela o viu conversando com sua chefe sobre algo do serviço. É nesse momento que “nasce nela a certeza” de que ele havia contado à chefe sobre seu encontro e, além disso, de que ele e a chefe tinham uma relação já há mais tempo. Eis o ponto original do desenvolvimento do delírio de perseguição, a chefe passa a ser a perseguidora que desaprova seus encontros e lhe insinua sua censura como se fosse uma consciência moral. Essa chefe é a representante do complexo materno dessa mulher, de seus vínculos infantis com a imagem materna.

Quando a paciente sente uma forte ligação afetiva com um homem, busca fazer um corte no investimento homossexual que tinha em relação à mãe. A mãe, pela formação paranoica do delírio, se transforma em uma perseguidora. O homem por quem ela estava atraída se torna o perseguidor quando ela encontra um conjunto de contingências que justificam suas fantasias de desconfiança e, por consequência, o afastamento dele. Nesse ponto, o complexo materno triunfa, pois ela regride da escolha de um amor heterossexual, para um ponto em que se identifica com a mãe. Como diz Freud “a enferma se defende do amor ao homem com ajuda de uma formação delirante paranoica (...) sobre o terreno da paranoia, avança da mulher para o homem como objeto” (1915, p.270).

O segundo texto de Freud que quero apresentar em que o vemos preocupado com distinções diagnósticas é *A Predisposição à Neurose Obsessiva*<sup>30</sup> (1913a), em que traz uma situação clínica de uma mulher que ele tratou por um longo período e que por vários anos

---

<sup>30</sup> FREUD, Sigmund. *La Predisposición a la Neurosis Obsesiva (1913a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

sofria de uma histeria de angústia, despertada após uma vivência traumática, e que, de súbito, transformou-se em uma neurose obsessiva grave. Esse caso lhe traz questões e problemas sobre a eleição da neurose e, como já coloca no título do trabalho, a predisposição à neurose. Ele inicia o texto buscando relacionar a eleição da neurose com a teoria sexual através dos pontos de fixação da libido e da regressão a esses modos de funcionamento infantil quando há alguma perturbação psíquica que pode levar a pessoa a ficar enferma, ou seja, gerar um sintoma neurótico.

Diferencia que na formação do caráter também entram em jogo as mesmas forças pulsionais que estão presentes na formação do sintoma neurótico, porém no caráter não entra em ação o recalque como mecanismo que opera a formação do sintoma. De todo modo, os pontos de fixação são inibições do desenvolvimento porque mantém parte da libido retida<sup>31</sup>. Freud distingue que quadros de parafrenias, como a paranoia e a *dementia praecox*, estão relacionados à momentos do desenvolvimento libidinal mais primitivos, na constituição do autoerotismo e do narcisismo. Já as neuroses de transferência – a histeria e a neurose obsessiva – possuem pontos de fixação em fases posteriores.

No caso que Freud descreve, sua questão é como explicar a mudança de sintomas a partir da ideia de que a predisposição à neurose é dada por determinados pontos de fixação. Ela teria múltiplos pontos de fixação? Em resposta a essa questão, ele nos conta que a análise desse caso lhe permitiu diferenciar o desenvolvimento da neurose obsessiva não como uma segunda formação sintomática frente a um mesmo trauma, mas como uma resposta a uma segunda experiência que se impunha como mais traumática que a primeira.

O início de seu padecimento se deu a partir da descoberta da infertilidade do marido, que a paciente amava e de quem tinha muito desejo de engravidar. A histeria de angústia veio como um revide a desejos tentadores de ainda assim ter filhos, engravidar de outro homem. Embora a paciente buscasse evitar que o marido pudesse perceber os motivos de sua angústia, este sensivelmente compreendeu e desenvolveu uma impotência sexual, passando a evitar a esposa. Nesse momento do casamento, quando o marido está regressando para casa de uma viagem, é que surgem os sintomas obsessivos, através de compulsões a lavar-se e de limpeza. Freud diz que “os neuróticos obsessivos têm que desenvolver uma hipermoral para defender seu amor de objeto contra a hostilidade que por detrás desse amor espreita” (1913a, p. 345) Associa, portanto, os sintomas obsessivos dessa mulher com aspectos seus vinculados a essa fase anterior – em comparação com a formação da histeria de angústia – em que o sadismo e o

---

<sup>31</sup> Sobre os pontos de fixação da libido são trabalhados no Capítulo III – O Campo Transferencial e a Operação Diagnóstica.

erotismo anal estão em vigor.

Em textos como esses que descrevi acima, podemos observar que as preocupações de Freud com a constituição de uma nosografia são claras, porém, caracteristicamente no desenvolvimento da psicanálise essa nosografia foi pensada em consonância com uma nosologia que dá à teoria efetivamente aquilo que se pode denominar por psicopatologia. Como Pereira (2017) explica, a partir de uma retomada histórica da psiquiatria e da contribuição da noção de sujeito de Freud para o campo, a psicopatologia, muito mais do que uma ciência das doenças mentais, necessita trazer:

O caráter problemático e central da posição do sujeito, não apenas enquanto substrato humano de uma doença biológica, com todas as vicissitudes decorrentes dessa posição, mas que nos obriga a incluir no campo da patologia as dimensões de desejo, de satisfação inconsciente, do papel decisivo das fantasias do paciente (que incluem o próprio médico) e a enorme distância que separa a queixa do paciente, seu desejo inconsciente e as formas clandestinas de satisfação de suas fantasias no interior da própria clínica psiquiátrica. (PEREIRA, 2017, p.181)

O diagnóstico por si, assim como a definição do sintoma, é um tipo de classificação. Não é propriedade exclusiva da psicanálise. São termos de uso corrente em geral na medicina e psicologia. É um pensamento indutivo, dentro da “lógica” definida por Aristóteles, como afirma Mezan<sup>32</sup> (1998), um tipo de raciocínio que parte do pensamento imediato, da observação, e passa a buscar uma classe, incluir o fenômeno dentro de uma categoria na qual se enquadra; porém, o que o diferencia enquanto processo na psicanálise, é que não é suficiente definir o sintoma em categorias, pois essa operação também prescreve uma conduta, uma atitude em relação ao sujeito que busca análise. Para o analista é como um “o que esperar” desse tratamento.

Por outro lado, esse “o que esperar” necessariamente é incompleto, porque há sempre uma imbricação do geral com o individual; não somente é um sujeito com uma estrutura neurótica, ou com sintomas histéricos, é também um sujeito singular cujo tratamento – por consequência o diagnóstico enquanto entendido como uma operação – será de um trabalho

---

<sup>32</sup> MEZAN, Renato. *Escrever a Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

contínuo, no qual a transferência vai ocorrer, causando mudanças, ainda que pequenas, na forma de distribuição dos investimentos do sujeito, na estrutura psíquica, na flexibilidade.

Conforme Freud (1913) descreve, a neurose é como um organismo, os fenômenos sintomáticos ocorrem de forma orgânica e interdependente. Essa metáfora do organismo remete a uma interação fisiológica complexa, com elementos que se estruturam de forma vinculada. Nos permite compreender muito do procedimento psicanalítico, no qual um determinado elemento ou sintoma não somente não deve, como não poderá ser extirpado do indivíduo, porque é parte de um organismo neurótico; apresenta-se como uma infiltração, sendo preciso uma transformação em todo o funcionamento do sistema para que possam aparecer diferenças nas funções.

Por isso, ele afirma que o psicanalista “não pode determinar com exatidão o que vai conseguir. Ele introduz um processo (...) mas, em linhas gerais, esse processo, uma vez iniciado, segue seu próprio caminho e não admite que se lhe prescrevam nem sua direção nem a sequência dos pontos que acometerá” (FREUD, 1913, p.132). Ocorre um trabalho sobre a dinâmica psíquica; conforme o tratamento vai se desenvolvendo, os sintomas vão mudando – desaparecendo, se agravando. Consequentemente, isso pode levar à modificação eventual da primeira avaliação; talvez, inclusive, seja inevitável que se revise porque se altera o próprio sujeito, conforme pode se beneficiar da análise.

Nesse sentido podemos identificar nos textos de Freud sobre a técnica, sua preocupação com a definição de critérios de analisabilidade de pacientes e como empregar esses critérios. Em *Sobre o Início do Tratamento* (1913) ele diz o seguinte:

Com enfermos de quem sei pouco, adotei o costume de aceitá-los primeiro provisoriamente, por uma ou duas semanas. Se interrompermos dentro desse lapso, poupa-se o enfermo da impressão penosa de uma desafortunada tentativa de cura; somente estávamos empreendendo uma sondagem a fim de tomar conhecimento do caso e decidir se é ou não apto para a psicanálise. Não se dispõe de outra modalidade para esse ensaio de prova; não possuem validade como substitutos longas conversas ou inquéritos na hora da sessão, por mais que isso as prologasse. Agora bem, esse ensaio prévio já é o começo de uma análise e deve obedecer suas regras. (...) O início do tratamento com um período de prova assim, fixado em algumas semanas, possui ademais uma motivação diagnóstica. Fartas são as

vezes, quando enfrentamos uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, porém não acusados em excesso e de breve duração – vale dizer, justamente as formas que se consideram favoráveis ao tratamento –, em que devemos dar lugar à dúvida sobre se o caso no corresponde a um estágio prévio da chamada “dementia praecox” (esquizofrenia, segundo Bleuler, parafrenia, segundo minha proposta) e, passado mais ou menos tempo, mostrar-se-á um quadro declarado desta afecção. Ponho sob juízo que resulte sempre muito fácil fazer essa distinção. Sei que há psiquiatras que rara vez vacilam no diagnóstico diferencial, porém me convenci que se equivocam com a mesma frequência. Só que, para o psicanalista, o erro é muito mais funesto do que para o chamado psiquiatra clínico. (...). O psicanalista, no caso da evolução desfavorável, terá cometido um erro prático, se tornará culpado de um gasto inútil e tornará desacreditado seu procedimento terapêutico. Se o enfermo não padece de histeria, nem de neurose obsessiva, e sim de parafrenia, ele não poderá manter sua promessa de cura, e, por isso, tem motivos particularmente sérios para evitar o erro diagnóstico. Num tratamento de prova de algumas semanas perceberá, amiúde, os signos suspeitos que poderão determiná-lo a não continuar com o intento. Por desgraça, não estou em condições de afirmar que esse ensaio possibilite de maneira regular, uma decisão segura. É somente uma boa cautela a mais (FREUD, 1913, p.125-127).

Ele aponta, assim, para um procedimento técnico que auxilie a fazer um diagnóstico diferencial, que ele reconhece ser, por vezes, difícil, porém crítico, para que não acarretem efeitos iatrogênicos. Na nota agregada ao final da citação acima, Freud menciona ainda algumas distinções que estava estudando quando escrevia o texto, sendo que podemos perceber suas preocupações com a “incertidão diagnóstica”, buscando descrever distinções entre neuroses de transferência e outras formas de afecções psíquicas. A nosografia freudiana sempre contou com essas preocupações e foi se constituindo, complexizando e alterando conforme Freud desenvolvia seu trabalho.

Os termos diagnósticos que a medicina empregava para a psicopatologia presentes em 1895, ano da publicação de *Estudos sobre a Histeria* de Freud, eram confusos e se referiam à

hereditariedade e determinados estados orgânicos. Para exemplificar, Gay<sup>33</sup> (1989) menciona como fazia Krafft-Ebing na sua monografia *Nervosismo e Estados Neurastênicos*, atribuindo o nervosismo, se não a uma disposição inata, à alterações físicas decorrentes de falta de sono, alimentação ou excessos da “vida moderna” como a pressa e a política democrática. Já a neurastenia seria um agravamento do nervosismo, um desequilíbrio do “consumo da força nervosa” (p.124). Como a causa central era considerada uma predisposição, os tratamentos estavam relacionados a estímulos físicos como medicações, eletroterapias, massagens, dietas. Em 1830, Esquirol elencou um eclético conjunto de causas para a lesão cerebral que produziria a doença mental e, dentre essas causas, cita: “o clima, as estações, a idade, o sexo, o temperamento, a profissão e o modo de vida influenciam a frequência, caráter, duração, crises e tratamento da insanidade, como também essa doença é ainda modificada pelas leis, civilização, costumes e condição política das nações” (p.126). A compreensão da doença mental era, portanto, predominantemente fisiológica na época, de modo que os escritos de Freud, migrando da neurologia para uma teoria psicológica da mente, consistiram em uma compreensão revolucionária, demarcada com maior clareza etiológica com a publicação, em 1905, de *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*.

Esse termo – neurose - , no final do século XIX, abrangia um largo leque de afecções, desde lesões orgânicas até todo um grupo de doenças mentais que hoje estão delimitadas como psicoses. Essa primeira distinção entre neuroses e psicoses estava presente em Freud, porém ele estava interessado em compreender e evidenciar o “mecanismo psicogênico” por trás das afecções. Isso se traduz pela separação entre neuroses atuais e psiconeuroses, a partir de uma primeira ideia sobre a etiologia do processo, que fosse de um evento desencadeador na vida atual ou relacionado à vivências durante a infância. Também distinguiu, desde cedo, o campo das perversões. As psiconeuroses, por sua vez, passaram a ser classificadas entre psiconeuroses de transferência, onde estão a histeria e a neurose obsessiva, e narcísicas, delimitando também com essa divisão patologias que poderiam ou não ser analisáveis. Claro que isso se alterou na psicanálise contemporânea, no sentido de que os limites do que se considera analisável se expandiram. Além disso, um outro ponto em relação à classificação da neurose é que ela se define tanto no nível da sintomatologia, que se distingue de sintomas psicóticos ou perversos, como também em termos de organização psíquica (LAPLANCHE<sup>34</sup>, 2001).

---

<sup>33</sup> GAY, Peter. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

<sup>34</sup> LAPLANCHE, Jean. *Vocabulário de Psicanálise Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Uma organização psíquica representa uma espécie de estruturação, um certo conjunto de elementos e leis internas de funcionamento e relação entre os mesmos. Lowenkron (1999) comenta que a forma como a economia do desejo se organiza em uma determinada estrutura é que leva à constituição de traços estruturais, ou seja, trajetórias estereotipadas de escoamento da energia. Então, o que é específico da estrutura se organiza a partir da economia do desejo. Por exemplo, em uma estrutura obsessiva, o isolamento neutraliza afetivamente, de modo que é possível falar de si mesmo, de um pensamento próprio, como se fosse um observador neutro, narrando um evento desde um posto distante e racionalizado. Assim como a anulação, através de um determinado ato, tem a missão de desfazer uma afirmativa anterior do sujeito, ou seja, um desejo que seria afirmado é anulado por um ato.

Quando Freud especifica diferentes apresentações das neuroses, por exemplo da neurose obsessiva, o faz através de uma análise dos mecanismos de defesa empregados, dos pontos de fixação da vida pulsional e da forma como ocorre a dinâmica dentre diferentes instâncias da tópica psíquica. Assim, o autor destaca que se pode observar não somente sintomas neuróticos, mas também um caráter neurótico. Como diz Lowenkron (1999, p.56): “no caráter neurótico o conflito defensivo não se traduz pela formação de sintomas, mas por traços de caráter, modos de comportamento, uma organização do conjunto da personalidade (...) quadro neurótico que não revela sintomas, mas acarretam dificuldades constantes na relação com o meio”. Um caráter obsessivo pode se expressar através de características como a inflexibilidade e a meticulosidade perfeccionista; porém, são características que não necessariamente trazem o mesmo grau de sentimento egodistônico que um sintoma neurótico constituído traz ao sujeito<sup>35</sup>.

Para introduzir um outro elemento complexo do diagnóstico psicanalítico, a de como elementos subjetivos do analista podem interferir negativamente na compreensão dos processos analíticos, proponho discutir dois casos bastante conhecidos na história da psicanálise: o Homem dos Lobos e Louis Althusser.

#### **1.4 O Homem dos Lobos**

O Homem dos Lobos é considerado o paciente mais famoso de Freud e o trabalho de Karin Obholzer<sup>36</sup> (1993), demonstra como o próprio Serguei Constantinovitch Pankejeff

---

<sup>35</sup> Essa distinção entre sintoma e aspectos de caráter, inibições e angústias, será melhor desenvolvido no Capítulo 2 – A Metapsicologia do Sintoma Neurótico.

<sup>36</sup> OBHOLZER, Karin. *Conversas com o Homem dos Lobos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1993.

encontrava ganhos nessa fama, através da publicação das entrevistas da autora com ele. O caso clínico publicado por Freud<sup>37</sup> em 1918, foi intitulado de *História de uma Neurose Infantil*, o que já indica algumas das preocupações e interesses de Freud nesse caso. O aspecto mais marcante do caso para a história da psicanálise e da psicopatologia é a análise que Freud faz do famoso sonho com os lobos, de onde derivou o apelido pelo qual o paciente ficou conhecido.

Esse sonho, narrado e desenhado pelo paciente a partir de uma recordação de um sonho tido durante a infância, é interpretado por Freud como resultado de uma vivência do paciente quando este tinha um ano e meio de idade. Conforme o método da interpretação dos sonhos, ele decompõe diferentes elementos do sonho dos lobos e os associa com dados da vida infantil do paciente, fazendo uma retomada biográfica e das fantasias do paciente, que o levam a uma construção em que conclui que esse sonho representa uma cena primitiva em que o menino teria visto o ato sexual dos pais, localizando na interpretação do sonho detalhes relacionados a essa cena.

Os elementos que auxiliaram na construção dessa interpretação são oferecidos pelo paciente após um procedimento técnico incomum proposto por Freud que se viu diante de um paciente inteligente, cortês e que não se alterava em nada, uma espécie de gentil sabotagem do processo analítico que o paciente empreendia. O procedimento técnico que Freud decidiu realizar foi a demarcação de uma data para a interrupção no tratamento, manejo técnico que lhe rendeu uma resposta produtiva por parte do paciente, através de trabalho associativo.

O Homem dos Lobos trazia a Freud um histórico de diversos “doentes mentais” em sua família, alguns tios e primos excêntricos, além de uma mãe que sofria de sintomas somáticos, um pai depressivo e alcoólatra que se suicidou quando ele tinha 21 anos, dois anos após o suicídio de sua irmã com quem manteve uma relação de jogos de sedução na infância. O tema dos lobos está presente em vários aspectos de sua infância, desde as caçadas que o pai organizava, até lembranças relacionadas à babá, e contos infantis. Embora tenha apresentado sinais de uma fobia de animais durante a infância, foi após contrair gonorreia na juventude que começou com as “crises de depressão” e cuidados médicos que o acompanharam por toda sua vida.

Pankejeff veio a Freud com um longo *background* de médicos que o haviam cuidado – e falhado – com ele. Dentre esses tratamentos, Theodor Ziehen, em Berlim, e Emil Kraepelin, em Munique, esse segundo o havia diagnosticado com uma psicose maníaco-depressiva,

---

<sup>37</sup> FREUD, Sigmund. *De la Historia de una Neurosis Infantil (1918)*. In: Obras Completas – Vol XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

atribuída a fatores hereditários. Quando chega a Freud, estava apaixonado por Teresa Keller, uma enfermeira de um sanatório onde esteve internado, relacionamento que não era aprovado por sua família pela inferior posição social de Teresa, sendo que seu psiquiatra inclusive o havia advertido dos riscos de manter esse relacionamento e agravar sua doença.

Freud tinha vários interesses em poder publicar o caso clínico do Homem dos Lobos; de um lado, tanto Ziehen como Kraepelin eram considerados por Freud como inimigos, já que criticavam suas ideias psicanalíticas e eram, ambos, figuras proeminentes da psiquiatria da época. Como ambos haviam desistido de tratar Pankejeff, Freud o assumiu também como um desafio para poder provar seu método de tratamento. De outro lado, Freud também tinha divergências dentro do movimento psicanalítico para dar conta, assim, um caso em que ele pudesse demonstrar que a etiologia da neurose estava diretamente vinculada com a sexualidade infantil, era uma resposta às discordâncias de Jung e Adler sobre o tema. Gay (1989, p. 268) menciona que esse contexto pode ter levado Freud a enfatizar a neurose infantil e não ter concentrado sua atenção na “condição praticamente psicótica do russo de 23 anos que veio consultá-lo em fevereiro de 1910”. Freud tomou um interesse especial pelo caso por sua condição de potencial confirmação de suas teorias, o que possivelmente não lhe tenha permitido observar alguns pontos mais graves da organização psíquica desse paciente.

Quando, no início do tratamento, Freud diz ao Homem dos Lobos que a causa de sua doença não está no urinol, pode-se observar nessa fala, além do que comunica ao paciente, também a preocupação e a crítica de Freud à compreensão vigente da psiquiatria na época de que havia um estado físico – nesse caso decorrente de uma gonorreia – que explicaria a base do desenvolvimento dos estados psíquicos.

Conforme Roudinesco<sup>38</sup> (2016, p. 230), nesse paciente Freud encontrava:

uma história que ilustrava perfeitamente sua concepção das neuroses familiares: sexualidade precoce, relações ambíguas entre irmãos e irmãs, papel das governantas e das babás maldosas, cenas de sedução, patologia dos pais, tios, primos, subserviência das mulheres, etc. Esqueceu-se então que seu paciente sofria de uma melancolia crônica intratável e fez dele um caso de histeria de angústia com fobia de animais, transformada mais tarde em neurose obsessiva ou neurose infantil.

---

<sup>38</sup> ROUDINESCO, Elisabeth. *Sigmund Freud na sua Época e em nosso Tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

O Homem dos Lobos ainda buscou Freud em duas ocasiões após o encerramento da sua análise. Em 1919, após ter perdido sua fortuna e estar em uma condição de vida completamente diversa de quando conheceu Freud, embora apresentando novamente os mesmos sintomas depressivos. E ainda em 1926, igualmente com os mesmos sintomas, procura mais uma vez Freud que o encaminha para análise com Ruth Mack-Brunswick. A partir daí Pankejeff mantém um complexo conjunto de relacionamentos transferenciais, não somente com sua analista, mas também com Muriel Gardiner que, nessa mesma época, era paciente de Ruth e se tornaria amiga de Pankejeff, além de ser autora de um dos dois livros que retomam sua história e a de sua análise com Freud<sup>39</sup>. Ele manteve até o fim da vida contatos com Muriel Gardiner, e com outros membros da comunidade psicanalítica, que agiam ora como benfeitores, ora como analistas.

No tratamento com Ruth Mack-Brunswick, esta discorda do diagnóstico de Freud, compreendendo que se trata de uma paranoia de tipo hipocondríaco e publica sua versão do caso, em que se refere a uma alteração profunda no caráter de Pankejeff. Conforme Roudinesco (2016), esse segundo diagnóstico divide as opiniões dos psicanalistas. Rank, em 1926, adiciona ainda uma crítica da interpretação que Freud havia dado ao sonho dos lobos, fazendo uma nova interpretação do sonho de acordo com sua própria teoria sobre o trauma do nascimento e a transferência materna.

A questão é que o Homem dos Lobos, embora tenha mantido sempre uma afetividade por Freud, oscilando em momentos que o reconhecia como alguém que o ajudou e outros em que negava esse auxílio, nunca conseguiu desfazer seus sintomas de maneira que pudesse realizar seus talentos, mantendo-se como um sujeito sofredor até o fim.

Ao ler as entrevistas de Karin Obholzer (1993) com o Homem dos Lobos podemos observar a ambivalência do famoso paciente de Freud em relação à psicanálise e à sua análise com Freud. Ao mesmo tempo que fala de uma gratidão para com Freud, que se sentiu ajudado por ele, também questiona a cientificidade do processo, se há cura, e, inclusive, traz uma certa acusação de ter sido enganado por Freud, que teria uma convicção de que ele iria melhorar e estendeu o processo por um período excessivo da sua vida, sem que lhe entregar a “cura prometida”. Como quem está se segurando a um ressentimento, o Homem dos Lobos oscila entre atribuir sua possibilidade de casar-se com ter feito sua análise, bem como uma

---

<sup>39</sup> O segundo livro sendo o de Karin Obholzer, *op. cit.*

suavização de seus sintomas depressivos, e logo em seguida, insinua que prossegue com representações obsessivas e que sua vida foi continuamente limitada por seus sintomas.

No capítulo intitulado *Restos Transferenciais*, vemos o Homem dos Lobos dizendo: “Voltamos à transferência. Também transferi para ela [referindo-se à Gardiner], e a transferência é uma coisa perigosa. Eu me apoiei demais nos outros, e depois disso a gente fica realmente abandonado, no final das contas...” (1993, p. 65). A entrevistadora aproveita esse comentário para investigar sobre o que Freud chamou de restos transferenciais não analisados e que fizeram com que ele retomasse o paciente em análise. Nesse ponto o Homem dos Lobos diz que contraiu um certo problema intestinal graças à psicanálise. Relata como oscilou entre longos períodos, estações inteiras do ano, em que estava ora com diarreias que o impediam de se alimentar, ora com constipações que o levaram a empregar lavagens. Além disso, um remédio o fez piorar intensamente. Freud, além de proibir as lavagens, havia lhe dito que necessitava ficar em Viena e analisar isto.

O Homem dos Lobos diz que Freud não o ajudou nesse ponto, apesar de ter tido uma melhora essa não é atribuída a sua análise. Pelo contrário, considera que nesse período que Freud lhe orientou para que ficasse e se analisasse, esteve aprisionado por Freud, que se equivocou. Acusa Freud de não ter auxiliado com suas questões intestinais e sentia que era o momento em que deveria ter retornado a Odessa, onde estava havendo a tomada bolchevique. Em seguida diz o Homem dos Lobos “mas, não estou fazendo nenhuma censura a ele [Freud]! Eu o censuro por não me haver deixado viajar. Julgue por si mesma; meus incômodos intestinais me vieram da psicanálise, perdi minha fortuna. Estamos descobrindo aspectos negativos da psicanálise; ainda assim, temos o direito de falar deles” (1993, p. 68)

Ainda em relação aos restos transferenciais, o Homem dos Lobos relata sua relação com o diagnóstico de Ruth Mack Brunswick, demonstrando seu descontentamento com o diagnóstico de paranoia, o qual já conhecia previamente, pois teve um primo e um tio paranoicos, os quais considerava loucos.

Nesse tratamento com Mack Brunswick, ele estava em um contexto no qual uma espinha no nariz havia se tornado o centro da ideia de que estaria desfigurado, além de ter perdido, de fato, toda sua fortuna. Essa espinha tornou-se motivo para alguns tratamentos médicos que além de não extirparem a ideia de desfiguração, deixaram algumas sequelas em sua pele, e a espinha foi substituída por buracos e cicatrizes decorrentes da mesma. Sobre esse período e o diagnóstico de paranoia, o Homem dos Lobos diz: “a Sra. Mack escreveu que eu estava sofrendo de paranoia, e talvez tenha sido por isso que recuperei tão depressa a saúde:

para provar que ela estava errada” (1993, p. 70). Fala ainda do orgulho que sentia do que Freud havia escrito sobre sua inteligência:

E, naturalmente, fiquei orgulhoso por ele ter dito que só uma criança seria capaz de pensar com tanta lógica assim, por ter-me enaltecido como um pensador de primeira grandeza, e sei lá mais o quê. E agora, de repente, eu tinha que ser rotulado de paranoico. Então, nesse momento, reuni todas as minhas forças para não me olhar mais no espelho; superei, de um modo ou de outro, minhas ideias fixas. Isso durou alguns dias. Ao cabo de alguns dias, estava acabado. (...) Foi a coisa em que me saí melhor em minha vida. Ainda hoje não consigo compreender como cheguei a isso. Foi tão rápido, não é, no fundo, tão simples. Portanto, a senhora vê que um falso diagnóstico pode, às vezes, levar ao resultado de um paciente juntar todas as suas forças sadias para superar um certo estado. Creio que cheguei a um sucesso tão grande assim com a Sra. Mack porque me rebelei contra os psicanalistas, tomei eu mesmo uma decisão. “Desta vez, você vai parar de continuar pensando no seu nariz”. Foi por essa razão que pude me salvar. Foi um sucesso muito maior ainda do que com Freud, porque, dessa vez, rejeitei a transferência” (OBHOLZER, 1993, p.75-76).

Em seguida, sobre Ruth Mack Brunswick ele diz que ela não lhe agregou nada de novo, como se fosse uma repetidora de assuntos que Freud já havia lhe dito, “no fundo, não reagi de modo algum ao que ela dizia, nem sequer prestei atenção” (1993, p.76). Ele não quis falar com ela, mas fala muito dela, reserva um ódio por essa mulher “indecente” que se atreveu a diagnosticá-lo. Propõe que ela teria ficado sozinha com seu diagnóstico sobre o qual outros analistas não concordaram. Nesse ponto das entrevistas com Obholzer, o Homem dos Lobos fala de uma ideia sua de que a Sra. Mack tinha ciúmes de sua mulher Teresa que era considerada por Freud como muito bonita e simpática. Expõe, assim, diferentes aspectos transferenciais seus em relação a Freud e a Ruth Mack Brunswick.

Responsabiliza Freud por não ter voltado à Odessa quando precisava, responsabiliza o diretor do banco, que o orientou a trocar seu dinheiro por coroas e marcos, por uma má escolha financeira que lhe prejudicou, e em ambas as situações designa por transferência os

seus próprios motivos, como se tivesse seguido essas opiniões por estar em estado de transferência com essas pessoas, fatos que ele usa para acusar que quem deveria ter lhe ajudado, lhe causou danos.

Através dessa breve descrição de alguns dos pontos que o Homem dos Lobos trazia sobre suas análises, podemos observar uma intensa ambivalência no discurso desse homem. Ambivalência tanto em relação a Freud, como em relação à Ruth Mack Brunswick e também com a própria psicanálise. Ele hesita, constantemente, entre elogios e acusações e parece utilizar da transferência para justificar-se e manter-se distante da responsabilidade sobre seus atos. Podemos observar também como as hipóteses diagnósticas e, por consequência, as decisões técnicas do analista são um campo atravessado por múltiplos cruzamentos, como o das relações entre colegas analistas, do analista com a própria teoria e ainda dos efeitos que o paciente tem sobre o analista.

A própria relação do Homem dos Lobos com Karin Obholzer também é atravessada por um fio de identificação. Em determinado momento das entrevistas ele lhe pergunta se ela acredita na psicanálise, ao que ela responde que é cética. Ele repete: “a senhora é cética...” E ela emenda: “Muitas descobertas de Freud por certo são excelentes. Acho o sistema dele realmente impressionante. Duvido, entretanto, que seja possível aplicá-lo como terapêutica. Mas creio que ficarei sabendo mais sobre isso através de sua experiência” (1993, p. 79) O que em muitos aspectos representa exatamente a posição dúbia do próprio Homem dos Lobos para com Freud e sua análise, posição que não se alterou afinal.

Complementando essa análise de como o contexto transferencial interfere na constituição de hipóteses diagnósticas podendo torná-lo pouco claro ou equivocado, vamos observar alguns aspectos da análise de Louis Althusser.

### **1.5 Louis Althusser**

Violante (1997), no artigo intitulado *Em Defesa de uma Hipótese Diagnóstica Preliminar na Clínica Psicanalítica*, faz uma análise do caso do intelectual francês Louis Althusser a partir da hipótese de que seu psicanalista, René Diatkine, partindo de uma compreensão diagnóstica equivocada, utilizou-se da técnica direcionada para outra patologia que a de Althusser. O que a autora está colocando em questão é que as decisões técnicas e metodológicas que um analista adota são resultado direto da operação diagnóstica que ele realiza. Assim, um equívoco nesse processo resulta em uma condução particular que pode não ser adequada para o paciente em questão.

Althusser esteve em análise durante 15 anos com Diatkine, tendo tido 14 internações em hospital psiquiátrico durante esse período, a pedido do paciente. Após 11 anos de análise, o analista aceita também em análise a sua esposa Hélène, com quem ele mantinha uma união patológica e a quem Althusser acabou por assassinar estrangulando-a, quando estava com 62 anos de idade, o que levou à sua última internação. A autora utiliza-se da autobiografia escrita por Althusser para fazer essa discussão e levantar suas próprias hipóteses sobre o caso. Os diagnósticos que Althusser havia recebido eram de uma depressão, uma “melancolia gravíssima” e de uma demência precoce.

A autora discorda, analisando que, nos relatos de Althusser, as fantasias e angústias são do tipo paranoide, não depressivas. Ele conta de um pai violento, autoritário e assustador, e uma mãe que sofria do que ele denominava de fobias, mas Violante (1997) entende que essas fobias eram ideias paranoides, já que ele inclui dentre a longa relação de coisas das quais a mãe tinha medo, o medo de perder sua própria integridade corporal. Medo que Althusser compartilhava com a mãe, além do medo de ser abandonado e do medo de que lhe “pussem a mão em cima”, o que associava ao temor do estupro. O sentimento de perda da integridade, compreendido aqui como integridade do Eu, trata-se de um temor psicótico.

Althusser sentia, para com as mulheres, repulsa e pavor, sendo que aos 28 anos de idade conhece Hélène, 8 anos mais velha que ele, com quem tem sua primeira experiência sexual, após a qual ela engravida e sofre um aborto. A angústia que causa em Althusser a ideia de ter um filho, desencadeia a sequência de internações psiquiátricas que terá durante os próximos 33 anos. Antes disso, já havia tido uma internação com o diagnóstico de melancolia e demência precoce.

O próprio Althusser descreve que o estrangulamento da mulher se deu em uma crise de intensa confusão mental. Durante seu relacionamento, ele narra que tinha uma compulsão por exhibir-se para Hélène com uma reserva de mulheres que mantinha, visando sentir-se seguro contra o medo de ser abandonado. Essas exhibições desencadeavam nele crises depressivas, que Violante (1997) argumenta serem crises paranoicas, já que vinham com temores de essas mulheres terem ideias sobre ele ou lhe porem a mão em cima. Seu analista compreendia esses episódios como de “falsas depressões, neuróticas e atípicas” (1993, p. 141), com o qual a autora concorda no ponto de serem falsas depressões, já que não pertencem à um quadro neurótico. Ainda, outra questão técnica nesse caso, é que essa análise se deu face a face, em função da angústia despertada por não poder ver o analista ou por este em algum momento manter-se em silêncio. Conforme a autora “em minha experiência clínica, esta configuração analítica é mais requerida pelo paciente potencialmente psicótico do que

pelo neurótico, e mesmo, pelo potencialmente melancólico” (1993, p.141). Atentando para o fato de que uma interpretação de uma recusa a deitar-se no divã é diferente para um paciente neurótico histérico e para um outro paciente paranoico.

A questão que Violante coloca em discussão é sobre quais razões contratransferenciais um analista experiente pode ter para não ter percebido o funcionamento paranoico do paciente. Se refere ao fato de que Althusser era um intelectual, um escritor que o analista admirava, e que se pode tomar facilmente por característica desse tipo intelectual uma melancolia, antes de querer considerar uma paranoia. Para ponderar o quadro de uma paranoia teria de levar em consideração a metapsicologia de uma estrutura dessa ordem, bem como os riscos que comporta. Assim, as solicitações do paciente por internações poderiam ser entendidas como uma busca de contenção que lhe estava faltando ou ameaçando faltar. O entendimento do tipo de estrutura psíquica de que se está diante implica em compreender não apenas por que alguém sofre, mas também como sofre e como modificações nessa organização irão impactar para os ganhos e perdas que o sujeito tem.

Esta argumentação destaca o caráter essencial da psicopatologia, que se traduz na clínica, por uma atenção às entrevistas iniciais e às hipóteses diagnósticas. Conforme a autora, “ao invés de dirigir, uma hipótese diagnóstica pode orientar o analista” (1997, p.149). Esse parece ser o desafio dessa operação em psicanálise: guiar-se por uma compreensão que se embasa em uma classificação, portanto em um universal, sem fazer um fechamento da escuta do singular.

Estudando as situações clínicas do Homem dos Lobos e de Louis Althusser pelo viés aqui apresentado, é possível observar a complexidade do processo analítico, em que os interesses próprios do analista, ou a idealização que ele pode fazer de seu paciente, interferem de modo a impedi-lo de analisar a natureza dos sintomas e do tipo de estruturação psíquica que estará manuseando. São elementos contratransferenciais que se atravessam no processo diagnóstico e dificultam o trabalho psicanalítico.

Buscando minimizar esses possíveis efeitos e orientar sobre formas de preservar o espaço de trabalho psicanalítico, Freud, entre 1911 e 1913, escreveu um conjunto de textos sobre a técnica, visando dar orientações gerais que prevenissem os praticantes de fazer mau uso do método, e que examinaremos a seguir.

## **1.6 As orientações técnicas sobre as hipóteses diagnósticas**

Freud apontou, como foi destacado anteriormente, para um ensaio de prova no início

do tratamento analítico como uma ferramenta da operação diagnóstica. Nesse sentido, as entrevistas iniciais constituem um instrumento técnico para dar parâmetros ao analista, antes do estabelecimento do contrato analítico em si. Parâmetros que indiquem, conforme Violante (1997, p. 134) “de um lado, das condições do sujeito demandante de análise ser ou não analisável; de outro, das possibilidades do analista responder a esta demanda, bem como das razões de sua escolha ao tomar ou não este sujeito em análise”.

Os receios ao diagnóstico em psicanálise remetem à aversão ao modelo médico descritivo, como vimos anteriormente, em que se corre o risco de desumanizar e objetivar o sujeito, dentro de uma classificação de tipo puro que o tornaria petrificado em termos de escuta e possibilidade de intervenção. Quando esses receios se tornam efetivos nesse formato em um tratamento, resultam de um equívoco técnico da parte do analista, não sendo característicos da natureza da operação diagnóstica em si. Porém, por vezes, podem ser confundidos como se fossem uma única e mesma coisa e levar à desconsideração dos procedimentos técnicos e da reflexão sobre as hipóteses. Violante (1997), traduz o risco de tomar essa posição através da seguinte questão:

Numa análise, o aspecto técnico está intimamente relacionado ao ético. Neste sentido, pergunto: sem transigir em seu dever ético, como um analista, que rechaça um diagnóstico prévio, pode tomar para análise um sujeito que ele (analista) não sabe se possui condições de ser analisado ou frente ao qual o analista não sabe se ele próprio tem possibilidades de amenizar o sofrimento psíquico do paciente?  
(VIOLANTE, 1997, p. 143)

Sua questão pode se constituir em um balizador ético e técnico para o trabalho analítico. Por outro lado, o diagnóstico, nem por isso, é instrumento a ser comunicado ou banalizado. Um exemplo de mau uso do diagnóstico é descrito em um texto anterior aos escritos sobre a técnica por Freud. Em *Sobre a Psicanálise Selvagem*<sup>40</sup> (1910), ele relata como recebeu em seu consultório uma mulher separada do marido que havia buscado anteriormente um médico para tratar de suas crises de angústia. Este médico, intitulando suas prescrições como sendo da psicanálise criada por Sigmund Freud, lhe orienta que seu problema é de ordem sexual e que, portanto, somente poderá curar-se recorrendo à uma das seguintes três

---

<sup>40</sup> FREUD, Sigmund. *Sobre a Psicanálise “Selvagem”* (1910). In: *Obras Completas – V XI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

medidas: voltar para seu ex-marido, conseguir um amante ou masturbar-se. A mulher não sente que nenhuma dessas opções lhe é possível, porque não as sente como moralmente adequadas para si, e também não as reconhece como aquilo que ela própria deseja. Junto com uma amiga, ela decide ir em busca de Freud, porque quer que ele faça uma retratação dessas afirmativas do médico ou lhe dê explicações sobre o que lhe ocorre, já que não pode aceitar que seja esse seu quadro e seu possível “tratamento”. Freud redige o texto bastante indignado com a conduta de tal médico, mesmo que admita que possa haver alguma distorção no relato da paciente, pois há um sério equívoco do que significa sexualidade para a psicanálise. Ainda, segundo Gay (1989, p.275), nessa situação “seus erros técnicos [do médico] eram, se possível, ainda mais graves do que seus erros diagnósticos: é uma grosseira distorção do processo psicanalítico pensar que o simples fato de dizer a um paciente o que parece estar errado vá trazer a cura, mesmo que o diagnóstico por acaso esteja correto”. A isso Freud denominou como psicanálise selvagem.

O comentário de Gay sobre esse episódio de interpretação selvagem interessa muito aqui porque lança luz sobre uma característica essencial de por que, em se tratando de psicanálise, o diagnóstico é sempre uma operação. Ele se constitui de um processo que envolve a relação do paciente, muito além de seus próprios sintomas e sofrimentos, mas também com o analista. Assim, qualquer comunicação diagnóstica, se for excessiva, muito além do ponto em que o paciente tem contato com o que lhe ocorre, ou se for em um momento do tratamento que não é adequado, funcionará como um entrave no tratamento, adicionando-se às resistências que, pela natureza da própria neurose, já estão atuantes. É um diagnóstico pensado pelo analista, portanto, porém nunca comunicado como tal para o paciente.

Freud (1912), ao redigir *Conselhos ao Médico sobre o Tratamento Psicanalítico*, alerta para o nível de interferência que as intenções do analista podem trazer para o processo. Dessa forma, é preciso estar atento para as ambições pedagógicas e o *furor curandi*, resultado de preocupações narcísicas do analista que podem invadir o campo do tratamento e impedir-lhe a escuta efetiva do seu paciente.

Nesse texto, Freud descreve que o psicanalista será afetado pelas coisas que o paciente lhe diz e sua orientação não é a de um ideal hermético da psicanálise, em que o analista não sente e não é tocado pelo paciente. O que Freud recomenda é que o analista mantenha sempre a responsabilidade ética de se analisar honestamente. Sempre que algo do inconsciente do paciente ativar algo inconsciente no psicanalista, isso desencadeará alguma forma de réplica como são todas as formações do inconsciente, ou seja, aparecerá através de uma resposta –

que poderá se tornar sintomática quando não examinada – denominada de contratransferência.

Freud (1912) enfatiza ainda que, para trabalhar, o psicanalista necessita de uma disposição mental para a escuta, é preciso adotar um estado mental com o menor número de intenções, exigências e críticas, para tomar genuinamente contato com o material psíquico que um paciente traz à análise. O analista então escuta como que em suspenso, buscando ouvir sem fechar-se em uma verdade ou uma afirmativa àquilo que lhe é apresentado. Faz um exercício dedutivo, na medida em que vai recolhendo pequenas trilhas associativas e indícios de funcionamento, mas mantendo como que uma posição de suspeita em relação ao que ouve, justamente para permanecer aberto ao conteúdo e à alteridade do outro.

Quando se trata desse nível da escuta transferencial, trabalhamos sempre com dois níveis de diagnóstico: um nível singular, do paciente em particular, e um nível universal, que são os conceitos próprios do entendimento do psiquismo humano pela psicanálise, tal como o Inconsciente. Da escuta de um discurso singular se faz esse duplo entendimento. Ao mesmo tempo que se identificam fenômenos psíquicos, tais como o recalque, o sintoma, a inibição, a transferência, reunindo-os para dizer que esse sujeito singular é um exemplo de uma determinada “classe” neurótica ou não, também se busca escutar e distinguir o que é específico desse sujeito que fala, de como sua história se organizou para chegar na composição que se apresenta. É preciso a compreensão do universal para poder dizer algo sobre o singular; porém, sem o singular o universal torna-se uma teoria sem valor.

É nesse sentido que Nasio<sup>41</sup> (1999) descreve o trabalho do analista como eminentemente ativo, mesmo que possa estar em silêncio em determinadas situações – ou manter silêncio sobre um determinado posicionamento diagnóstico. É uma característica da psicanálise que o material sobre o qual se opera é o desejo do paciente, por isso a delicadeza da escuta, para não impregná-la de questões conflitivas do psiquismo do analista. Também o autor explica que “os meios técnicos não são, como habitualmente acontece em outras disciplinas, exteriores aos processos sobre os quais esses meios operam” (1999, p.8). O meio técnico de operação do analista, quando interpreta, já consiste na própria “expressão de um processo”. Então, não é nunca uma técnica instrumental, que pode ser aplicada e replicada em diferentes sujeitos, mas que pressupõe essa disposição do analista para viver uma experiência.

Nasio (1999) descreve, ainda por esse ângulo, que a posição do suposto saber do analista consiste em assumir um “semblante” de mestre, sem esquecer que é sempre apenas um semblante, essa forma em que se assume uma posição que, ao mesmo tempo, não é a

---

<sup>41</sup> NASIO, Juan-David. *Como Trabalha um Psicanalista*. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999 (Transmissão da Psicanálise).

posição que o paciente imagina que seja, é o que permite a expressão da experiência. O que o autor denomina por experiência são os momentos de ruptura que acontecem no decorrer de um tratamento analítico; momentos em que o analista é objeto da transferência do analisando e há um encontro singular, inédito. De ruptura porque rompem com modelos repetitivos de relação.

Por isso, em relação aos critérios de analisabilidade, o autor afirma que a capacidade de estabelecer transferência é o critério básico para definir quem é analisável. Esse foi o critério que levou Freud a dividir nosograficamente duas classificações: neuroses de transferência (histeria, fobia e obsessão) e neuroses narcísicas (melancolia, paranoia, esquizofrenia), que hoje chamamos de psicoses.

Evidente que não é possível saber o desfecho de uma análise de antemão, mas o discernimento sobre qual tipo de material se está operando irá guiar ética e tecnicamente a ação do analista, por isso mesmo essencial para todo o processo. A operação diagnóstica nos serve como um pano de fundo para a tomada de um caminho terapêutico, e para definir se é possível que haja tratamento, já que podem haver situações iatrogênicas a serem consideradas, como, por exemplo, em casos onde uma análise poderá desorganizar uma estrutura frágil porém adaptada. Como diz Aulagnier:

Ninguém pode garantir que a análise protegerá o sujeito de uma descompensação psicótica, ou de um suicídio; mas se podemos continuar a defender nosso método é porque tais acidentes, enquanto *consequências diretas da experiência analítica*, felizmente são relativamente raros. Raros, mas não inexistentes (1989, p.189).

Por isso, a autora utiliza como fatores de contraindicação de análise a presença de riscos de desorganização psíquica, bem como os riscos de ampliação de aspectos pulsionais desligados. Com a seguinte ressalva: “exceto se tenho a sensação de que de qualquer modo o sujeito os encontrará, e que a análise pode lhe permitir estabelecer uma defesa antes que seja tarde demais” (1989, p.189).

Por causa desse contexto, as comunicações feitas a um paciente não são feitas assim que ocorrem nos pensamentos do analista, não são hipóteses testadas diretamente porque um aspecto essencial da operação diagnóstica psicanalítica é a consideração do campo transferencial. Nesse sentido que Freud recomenda, em *Sobre o Início do Tratamento* (1913), que nada seja comunicado ao paciente antes que se esteja no solo transferencial e com a

cautela de levar em conta a que distância o paciente encontra-se de compreender e poder se apropriar de uma interpretação.

Em *Sobre a Psicoterapia*<sup>42</sup> (1905), Freud vai detalhar e esclarecer características da psicanálise distinguindo-a das terapêuticas sugestivas e também delinear um conjunto de critérios que utiliza para indicação de análise. O primeiro destes é o da necessidade de que haja uma demanda ou um grau de sofrimento psíquico, bem como um certo tipo de caráter – podemos compreender que ele estava excluindo através desses critérios os quadros de perversão. Um segundo conjunto de indicações é feito separando como não indicado para a psicanálise os pacientes psicóticos ou com quadros muito graves, ao que Freud agrega “ao menos tal como hoje a praticamos [a psicanálise]. Não descarto totalmente que uma modificação apropriada do procedimento nos permita superar essa contra-indicação” (1913, p. 253).

O terceiro ponto que Freud trata é o da idade, ou seja, os pacientes não poderiam ter muita idade, porque ele vai associar a idade à necessidade de avaliar a plasticidade dos processos psíquicos de uma pessoa, já que a psicanálise exigirá que haja possibilidade de reposicionamento e transformação da economia psíquica. E, como um quarto e último critério, está a contra-indicação para situações de urgência, nas quais é preciso eliminar com rapidez um fenômeno perigoso.

Nasio (1999) faz uma distinção de quatro fases de um tratamento psicanalítico que auxilia a compreender os motivos de Freud fazer essas contra-indicações para a psicanálise. As quatro fases são: retificação subjetiva, sugestão, neurose de transferência e interpretação. São fases que, embora estejam ordenadas e divididas, na prática clínica se encontram sobrepostas e não se separam dessa maneira tão esquematizada.

Por retificação subjetiva, ele designa o período das entrevistas iniciais, em que o analista buscará intervir sobre a forma como o paciente apresenta seu contexto de vida, a relação que o paciente estabelece com seu próprio sofrimento e com seus sintomas. Afirma que “intervimos no nível da relação do Eu do sujeito com os seus sintomas. (...) Parece-me essencial (e insisto muito nesse ponto) discernir bem o motivo da consulta, a razão pela qual o paciente decidiu recorrer a um psicanalista” (1999, p. 12). É um momento de avaliar e intervir sobre como o paciente explica e se relaciona com o seu sofrimento, o porquê e o como ele sofre.

---

<sup>42</sup> FREUD, Sigmund. *Sobre Psicoterapia (1905)*. In: *Obras Completas – Vol VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

A segunda fase de um tratamento é marcada por dois atos do analista: primeiramente o de aceitar o paciente e segundo de enunciar a regra fundamental. Nasio chama essa fase de sugestão porque transmite algo da transferência que o próprio analista possui com a psicanálise, através de sua própria história e experiências. O analista comunica algo ao paciente através de seus atos. Nesse sentido ele afirma que o primeiro objeto transferencial do analisando “é a relação do psicanalista com a psicanálise” (1999, p.14), porque é essa a comunicação do analista, é um objeto de sugestão que transmite ao paciente.

A terceira fase, da neurose de transferência, é, conforme o autor “o momento mais fecundo do tratamento analítico. É o momento mais fecundo, mais doloroso, e é o momento que os analistas, em geral, resistem também eles a abordar ou a experimentar” (1999, p.15). Resistem porque a demanda de amor, através da expectativa que se criou durante o período inicial de sugestão, vai sofrer uma decepção, e surgirá um momento passional da análise. É nesse ponto que o autor retoma a colocação de Lacan, de que o que emerge é a resistência do analista, a resistência do analista em chegar e sustentar esse momento passional, no qual o analista necessita permitir que o paciente emerja. A quarta fase, que somente ocorre correlacionada à anterior, é a da interpretação do momento transferencial, representa a análise em ato.

Esse conjunto de elementos permite discernir o que é a psicanálise enquanto técnica e também pensar que o diagnóstico na psicanálise compartilhará dessas mesmas características; portanto não será imediato, pois percorre um tempo extenso do processo e exige o exame da transferência. O diagnóstico funciona como um esboço feito ao iniciar a relação, um esboço que não é comunicado ao paciente, mas sim mantido pelo analista como um ponto a ser sempre revisitado.

Freud (1913) alerta que os diagnósticos instantâneos e os tratamentos na corrida terminam em descrédito porque irão despertar as resistências mais violentas, independente de serem comunicações corretas ou não. Não têm efeito porque desconsideram o mecanismo de funcionamento da psicanálise, e mais: o mecanismo pelo qual as hipóteses diagnósticas irão operar no tratamento. Não basta comunicar, justo porque o próprio sujeito necessita se proteger dessa comunicação, mas para compreender como se dá esse processo é preciso ter um entendimento metapsicológico do sintoma psíquico, que considere o funcionamento dos processos psíquicos topicamente. O sofrimento do paciente e seu desejo de curar-se são forças impulsoras do tratamento e não poderão ser aliviadas de início. Da mesma forma, Bleichmar alerta que “os elementos contratuais não definem a instauração da situação, fixam, simplesmente, suas regras” (2015, p. 24). O contrato deve ser o resultado de uma

compreensão sobre o propósito terapêutico com o qual se estará operando, e para ter esse propósito é necessária uma concepção da organização psíquica com a qual se está tratando.

## 2. A METAPSICOLOGIA DO SINTOMA NEURÓTICO

Quando dois sujeitos se debruçam sobre a linguagem em uma análise, se examina um cenário psíquico a partir de tentativas de teorizações de um sujeito em sofrimento e que emergem de perguntas iniciais como: o que se passa comigo? O que eu tenho? Para essas questões, a psicanálise desenvolveu um corpo teórico metapsicológico visando compreender a formação e expressão dos sintomas. Este capítulo vai tratar de explicitar como esse corpo teórico sobre o sintoma neurótico está organizado, valendo-se de vinhetas clínicas para ilustrar como funciona esse raciocínio psicanalítico.

Quando se trata de um sofrimento psíquico, Freud (1913) mostrou que é preciso o cuidado de não aliviar muito rapidamente, já que o avanço do próprio tratamento dependerá de um certo nível de incômodo do sujeito em relação ao que lhe ocorre e o conforto não leva a um processo de transformação psíquica, pelo contrário, tende a fazer a manutenção do quadro estabelecido, prestando-se mais à resistência do que à modificação.

A classificação dos fenômenos, então, não possui utilidade terapêutica. Além disso, é uma construção, não um dado real ou natural; portanto, não representa a estrutura psíquica em si. Nesse sentido, a questão sobre o lugar do diagnóstico na psicanálise é uma pergunta sobre como a psicanálise vai compreender e integrar o fenômeno. Nesse sentido, Freud não é nem um empirista nem um racionalista, ele parte da experiência do fenômeno para utilizá-la no entendimento da estrutura psíquica, daquilo que dá forma àquele tipo específico de fenômeno que irá se manifestar. Assim, o diagnóstico, para ser psicanalítico, também necessita extrapolar a correlação de fenômenos, para poder compreender a estrutura que os articula e sua relação com o real. É um processo de nomeação que não visa a classificação, busca nomear a maneira singular de ser neurótico ou psicótico de um determinado sujeito, e portanto, precisa ser feito durante o próprio processo analítico. Como coloca Vieira (2001), dar nome aos bois aqui, diferente de produzir um rebanho, tem o propósito de fazer surgir da manada o sujeito e seu desejo, permitindo acesso desse sujeito à si próprio, conforme se manifesta na relação analítica.

Diferente da medicina, em que o diagnóstico é anunciado ao paciente como o gatilho que justifica todo o tratamento, na psicanálise ele é um processo que serve para guiar o analista, utilizado de forma absolutamente vinculado com o processo terapêutico. Roudinesco (2016) aponta que quando Freud começou seu trabalho clínico, predominava na medicina

vienense, pelo menos até o final do século XIX, o que denominou de uma tradição de niilismo terapêutico, uma clínica do olhar, referindo-se a um enfoque terapêutico na descrição dos sintomas, no exame e observação das alterações clínicas, em experimentos identificando mudanças e buscando diagnósticos. Era uma clínica que deixava para o segundo plano a relação terapêutica e o próprio tratamento, de modo que poderia interessar mais acompanhar um doente até sua morte para comprovar um diagnóstico, do que efetivamente tratá-lo. Freud, com a psicanálise, inaugura uma clínica da escuta, que passa a dar voz ao sofrimento singular e íntimo dos pacientes neuróticos.

Nos dias atuais, a neurobiologia parece ter ocupado o lugar do niilismo terapêutico anterior, se considerarmos a redução da psicopatologia à aspectos descritivos<sup>43</sup>, sem intenção de encontrar uma compreensão da emergência e transformações psíquicas, que não a própria definição de sintomas e localização de uma causa patofisiológica ou genética (BLEICHMAR<sup>44</sup>, 2015).

A tarefa de estabelecer uma construção teórica diversa, que contemple a singularidade psíquica é inevitavelmente difícil, já que a expressão do sofrimento toma diversas formas, com aparições singulares que necessitam de avaliação do contexto que as produz para serem compreendidas em sua natureza. Conforme Vecslir (2007, p. 47-8) “os diagnósticos são classificações e as classificações puras só existem nas teorias. Quando nos encontramos com um paciente cujos sintomas respondem muito pontualmente a um quadro psicopatológico pensamos que é um paciente de livro!” E, ainda assim, não será o paciente do livro, será sempre um sujeito inédito.

Bleichmar (1996), pensando sobre a metapsicologia do sintoma, propõe que é necessário retomar o campo da psicanálise a partir das premissas metapsicológicas para reposicionar a ação teórico-clínica. Destaca que sem essa base para trabalhar, o psicanalista corre dois riscos: por um lado, o risco de cair em uma atitude eclética, na qual adota diferentes conhecimentos de perspectivas e escolas de forma indiscriminada; por outro lado, o risco de passar a uma posição dogmática em sua atuação clínica, o que limita as suas possibilidades de trabalho.

A preocupação aqui consiste em dispor de um conjunto metapsicológico que possa servir de instrumental para manter hipóteses diagnósticas que sejam suficientemente embasadas em uma matriz clínica e, ao mesmo tempo, suficientemente flexíveis que possam

---

<sup>43</sup> Conforme foi exposto no Capítulo anterior.

<sup>44</sup> BLEICHMAR, Silvia. *Do Motivo de Consulta à Razão de Análise e Outros Ensaio Psicanalíticos*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

contemplar um sujeito sem reduzi-lo. A importância do processo se deve à compreensão que o analista poderá desenvolver de um caso clínico e, conseqüentemente, à qualidade da intervenção clínica que poderá ser estabelecida.

Distinguir entre “motivo de consulta” e “razão de análise” é a forma como Bleichmar (2015) descreve esse trabalho metapsicológico que compete ao analista desde as primeiras entrevistas. Para a autora, é preciso pensar que não há um motivo de consulta latente por trás daquele manifesto que o paciente traz. Ela defende essa afirmação a partir da compreensão de que o inconsciente em si não possui um motivo latente, e sim que as formas de sofrimento patológico são resultantes de conflitos intersistêmicos. Nesse sentido, ela defende que ao avaliar o motivo de consulta é preciso compreender se a organização psíquica possui um conflito dessa ordem, do tipo neurótico, ou se o analista se encontra diante de um funcionamento egóico precário com defesas primitivas contra a desestruturação. Para exemplificar como essa distinção é necessária, a autora cita como “tende-se demasiadamente a confundir as conseqüências da ação com a sua motivação” (2015, p.22). Assim, seria equivocado interpretar que um sujeito fumante tem um desejo de produzir um câncer. O que pode lhe ocorrer é o desejo de desfrutar do tabaco, algumas vezes sem poder reconhecer os riscos para tanto, em outros casos: apesar dos riscos ainda assim alimentar o desejo. Também, nem toda criança com dificuldades de aprendizagem busca a punição dos pais e nem todo crime cometido possui uma intenção do criminoso de encontrar um castigo. O entendimento do modo de funcionamento psíquico que permite discernimento diante dessas situações e também definir se a intervenção a ser realizada é uma interpretação, que expõe os motivos inconscientes, ou intervenções para instauração de modos de funcionamento psíquicos que não estão constituídos ainda.

Então, a “razão de análise” consiste em detectar, a partir do motivo da consulta, quem é o sujeito de análise de quem se está diante, se é um sujeito que poderá se instalar dentro do método psicanalítico ou se será necessária a construção desse sujeito, “no qual se criam os pré-requisitos necessários para o funcionamento psíquico e a organização tópica que possibilita esse funcionamento” (2015, p. 21). Essa construção do sujeito de análise, portanto, não é restrita às entrevistas iniciais, acompanhará todo o processo analítico através dos momentos do tratamento que exigem metabolização e recomposição simbólica.

A proposta dessa distinção entre motivo de consulta e razão de análise é a de pensar elementos balizadores para o diagnóstico, no sentido de eleger a estratégia terapêutica que melhor permite a construção do sujeito de análise. Como a autora explica (2015, p. 28) “definir a razão de análise é, então, reposicionar o motivo de consulta no marco das

determinações que o constituem, o que implica a construção, a partir da metapsicologia, de um modelo mais próximo à realidade do objeto que abordamos e de seu funcionamento”.

Bleichmar (1996, p. 93) aponta, ainda, que a técnica psicanalítica não pode ser exercida “à margem de um modo de funcionamento psíquico”, de forma que as condições de análise variam de uma situação para outra de acordo com a estrutura psíquica que se compreende ter por objeto de investigação e de intervenção. Assim, o encontro analítico é um encontro determinado também pelo próprio objeto, pelo caráter da neurose em questão. Daí a necessidade de um conjunto conceitual prévio, de base metapsicológica, que possa guiar o que o analista, nas operações de “distinguir-pôr-reunir-contar-dizer objetos” (1996, p.93-4), vai tratar.

A autora situa, como eixo central que constitui o quadro de neurose, a noção de conflito intrapsíquico e, como resultado, a formação de sintomas. Aqui, o sintoma possui um estatuto que não equivale à simples presença de sofrimento psíquico, sendo necessário que haja um psiquismo capaz de gerar sintoma, ou seja, de recalcar conteúdos e dar vazão aos mesmos através de uma via simbólica, pelo retorno do recalcado.

Para exemplificar a sua compreensão de sintoma e distingui-lo de outras formações psíquicas, a autora se remete a uma situação clínica. Nos conta de uma ocasião em que ela supervisionava um analista e este lhe relatou o seguinte: lhe procurou um homem jovem que, ao chegar para a análise não podia sentar-se na poltrona do consultório por sentir que ela estava cheia de outros corpos. Uma fobia de contato que parecia estar associada a um mecanismo de defesa de isolamento obsessivo. Contudo, o que lhe chama a atenção, e ela enfatiza nesse caso, é a ausência de fatores que caracterizariam um sintoma, como racionalizações e fantasias sobre o contato, ao invés de uma impossibilidade direta de sentar-se, de forma concreta. A queixa inicial foi uma crise de angústia massiva após a primeira relação sexual, fato sobre o qual também este homem não apresentava nenhuma racionalização. O analista que recebeu esse paciente o diagnosticou com uma neurose obsessiva e começou a trabalhar buscando romper com as defesas de isolamento. Como resposta, o paciente passou a faltar nas sessões, apresentando mais angústia, insônia e se desinteressando pelo processo analítico. Por sua parte, o analista interpretou essas reações como resistências e a situação se agravou.

Bleichmar (1996) argumenta que, nesse caso, há um erro diagnóstico porque não se trata de um quadro neurótico, e sim de uma organização psíquica fragilizada que está acionando defesas de contrainvestimento pelo risco de desorganização psíquica. Nesse sentido, não há sintoma, compreendido como um processo de retorno do recalcado, para ser

interpretado e desfeito. Sintomas neuróticos nessa situação poderiam se apresentar, por exemplo, através de fantasias ligadas à dúvidas desse homem sobre sua virilidade, ou um temor hipocondríaco ou de contágio, que poderia estar simbolizado por sujeira ou contaminação de aspectos anais. Porém, o que se manifesta não é esse tipo de racionalização defensiva, ao contrário, aparece uma representação em formato bruto, que expressa não um conflito intrasistêmico, mas um conflito entre o eu e o real que ele tenta dominar. Compreendido por esse ângulo, as defesas que esse homem arma contra o tipo de interpretação que ele recebia no processo analítico são defesas contra um transbordamento de angústia e o risco de despersonalização. Por isso, quando o paciente por fim abandona o tratamento, Bleichmar entende que a decisão do paciente foi saudável, porque estava realizando uma proteção de sua organização psíquica, que estava sendo duramente atacada com as interpretações. As interpretações do analista, caso estivesse diante de uma estruturação neurótica, poderiam, inclusive, ser acertadas, porém, aqui a questão era de outra ordem.

Em outro exemplo de mesma natureza, Bleichmar<sup>45</sup> (1991) relata de um homem que a procurou para tratamento porque em duas situações, com duas mulheres diferentes, havia, durante o ato sexual tido desejo de estrangulá-las, contendo-se quando percebeu que já estava com as mãos em volta de seus pescoços. Novamente, faltam aqui aspectos essenciais para caracterizar um sintoma enquanto resultado de um contrainvestimento proveniente da barreira do recalque, como seria, por exemplo, um caso de impotência resultante de desejos sádicos destrutivos inconscientes, ou uma ejaculação precoce em que poderia frustrar a mulher sem que a agressão encontrasse vazão direta. Falta, portanto, a inibição do ato destrutivo, a organização de formações substitutivas para a fantasia inconsciente e a formação de compromisso.

Nos exemplos descritos, tratados como neuroses, toda intervenção buscaria desfazer as defesas de forma a tornar consciente o inconsciente, ou de vincular o conteúdo que emergia à sua representação inconsciente. No primeiro exemplo, do homem que não podia sentar-se na cadeira cheia de corpos, ao ser confrontado com intervenções desse tipo, apresentou um aumento de angústia e um processo massivo de defesa contra a própria análise, até chegar à interrupção do processo.

Se a compreensão do tipo de processo sobre o qual se está intervindo é equivocada, torna-se um obstáculo para apreender as próprias respostas de um sujeito à intervenção; por exemplo, nesse caso, se fosse pensado como uma neurose a interrupção poderia ser

---

<sup>45</sup> BLEICHMAR, Sílvia. Una Metapsicología al Servicio de la Clínica. *Revista Proyecto: Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, ano 1, n 1, p.18-25, 1991.

compreendida como uma resistência ao trabalho analítico, e não como uma medida necessária para manter um delicado equilíbrio psíquico sustentado por massivos contrainvestimentos.

Bleichmar (1991) exemplifica assim como a metapsicologia é base essencial para todo procedimento técnico, compreendendo que a defesa tem função de organização mental e necessita ser entendida em sua natureza para que haja efeito terapêutico de uma intervenção. A autora utiliza a seguinte metáfora para esse processo:

Vocês conhecem a diferença entre um psicanalista e um pedreiro? Um pedreiro vê uma capa de cimento, sabe que embaixo tem água, mete então a broca e fratura a capa que a cobre. Um analista vê a mesma capa de cimento, sabe que embaixo tem água, e se pergunta: por que se constituiu essa capa de cimento? Qual é sua função? A que necessidade responde? Antes de abordar seu atravessamento e com a convicção de que toda fratura que não pode ser religada, leva, inevitavelmente, ao desbordamento e à desestruturação (BLEICHMAR, 1991, p.19).

Ela se refere à habilidade de formular as perguntas: por que se constituiu essa defesa? Qual sua função? A que necessidade responde? Assim, a articulação metapsicológica sobre a qual as respostas serão compostas é, essencialmente, o que organiza as hipóteses diagnósticas. Tem-se aqui, através da metáfora proposta por Bleichmar, o ponto que embasa e distingue a psicanálise enquanto ação terapêutica, já que é através das perguntas que um analista faz, para abordar a enfermidade psíquica constituída, que vai compreender e agir sobre a mesma. As hipóteses dependem das perguntas que o analista poderá formular, sendo que a autora aponta para uma responsabilidade técnica de o analista questionar-se sobre o porquê de toda intervenção, tendo as respostas para suas questões como marcadores clínicos que guiam e justificam suas interpretações e seus atos.

A autora assinala ainda, nessa citação, para um aspecto ético que diz respeito à responsabilidade do analista de considerar os efeitos de sua ação ao elaborar essas hipóteses. Dependendo do que se compreende que é a natureza da situação – da estrutura psíquica e da enfermidade que se apresenta – é preciso considerar que diferentes intervenções vão impactar a organização psíquica de um sujeito de diferentes formas.

O compromisso ético e técnico do analista é o de rearticular, por meio do trabalho analítico, aquilo que será desarticulado. Como diz Bleichmar, “o analista, em sua solidão, é

responsável ante si mesmo. Não é certo que se autorize por si mesmo: se autoriza a partir de uma teoria e de uma prática que dá conta de um modelo de intervenção no qual, como sujeito social, é responsável ante a condição humana” (1991, p.25).

A elaboração de uma estratégia clínica depende dessas considerações iniciais sobre a metapsicologia. Essencial, portanto, é ter o discernimento da constituição psíquica que, no marco das neuroses, pressupõe o estabelecimento de tópicos, de um sistema psíquico clivado topicamente, com recalque secundário instalado e que fará com que a emergência de conteúdos inconscientes se dê através de formações substitutivas, ou seja: no caso de patologia psíquica, do estabelecimento de sintomas. Em contraposição há situações em que emergem formas com a aparência de uma capa de cimento sintomática, mas que revelam a falha de constituição do recalque secundário, sendo uma capa que busca sustentar uma coerência mínima de diferenciação entre os sistemas psíquicos, como uma estrutura frágil que busca reforçar uma dura capa externa para não perder sua própria forma.

## **2.1 Em que consiste o sintoma neurótico**

Bleichmar (1996, p. 96) questiona se “podem ser considerados sintomas todas as manifestações patológicas ou disruptivas mediante as quais os seres humanos manifestam uma tensão sofredora?” É a partir dessa questão que a autora diferencia sintoma em um sentido estrito – com formação de compromisso, localização tópica, recalque, simbolização e disfarce – e sintoma em um sentido amplo – abarcando qualquer manifestação psíquica de sofrimento. Ao sintoma, em sentido amplo, ela denomina como transtorno para diferenciar de sintoma, como ilustrado nos exemplos anteriores, em que não se encontravam manifestações psicopatológicas que correspondessem a formações de compromisso intrasistêmicas como no sintoma. Por isso, uma somatização por si só não necessariamente é um sintoma no sentido estrito, como seria certamente no caso de uma conversão.

O sintoma é uma forma de expressão de conteúdo inconsciente recalcado que se manifesta através de uma formação de compromisso. Tal constituição deforma esse conteúdo, criando uma possibilidade de acolhimento tanto da satisfação pulsional, como das exigências defensivas do ego. Por isso, Laplanche (2001, p.198) refere que “os sintomas têm em si mesmos a marca do conflito defensivo de que resultam”. Daí podemos compreender que formação dos sintomas psiconeuróticos é resultado de processos complexos, dependentes da prévia estruturação psíquica.

Quando Bleichmar diferencia do sintoma em um sentido estrito, um outro tipo de

sintomatologia mais ampla, está se referindo à emergências patológicas que se produzem como efeito de uma falha na estruturação psíquica de base, uma falha no próprio processo de constituição do aparelho psíquico que interfere na instalação da tópica psíquica. A autora<sup>46</sup> cita, para explicar essa ideia:

Transtornos do pensamento, da aprendizagem, da linguagem, da marcha, que não são efeito de inibições secundárias a um sintoma, não podem ser concebidos, a não ser em sentido extenso, como sintomatologia; metapsicologicamente deveremos considerá-los de uma outra forma, não atravessados pelo jogo entre o desejo e a defesa, não remetendo a fantasmas específicos, enfim, não sendo passíveis de resolução mediante o acesso a seu conteúdo inconsciente por livre associação, e sim por múltiplas intervenções que tendem a um reordenamento psíquico (BLEICHMAR, 1994, p. 178).

Ela prossegue apontando que, em se considerando essa distinção, uma enurese ou encoprese primárias não são sintomas, pois se tratam do exercício pulsional direto. Um sintoma desse tipo, portanto, pode surgir como uma reação, desenvolvendo um funcionamento patológico através de um contrainvestimento direto à emergência de conteúdos que desorganizariam psiquicamente.

Diz ainda que para padecer de um sintoma no sentido estrito “é necessário que o sujeito sofra os embates aos quais seu próprio inconsciente o submete” (1994, p. 179). O sintoma estritamente neurótico é uma produção psíquica de natureza complexa, já que é o resultado de um processo de expressão do inconsciente que somente poderá se gerar a partir da formação de diques e tópicos psíquicos que constituem verdadeiras divisas para um aparelho mental. O recalque é, essencialmente, o processo que se cumpre sobre as representações na fronteira entre Inconsciente e Pré-Consciente, pois subtrai do investimento pré-consciente e conserva o investimento inconsciente. Se aquilo que é recalcado preserva o investimento, o que ocorre não é exatamente uma subtração, mas uma transformação de estado, uma mudança no investimento. Não é uma nova transcrição<sup>47</sup> (FREUD, 1915a<sup>48</sup>).

---

<sup>46</sup> BLEICHMAR, Silvia. *A Fundação do Inconsciente: destinos de pulsão, destinos do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

<sup>47</sup> Esse ponto será aprofundado nos pontos a seguir desse capítulo: O Recalque e a Estruturação Psíquica; e o Recalque Propriamente Dito.

<sup>48</sup> FREUD, Sigmund. *Lo Inconciente (1915a)*. In: *Obras Completas – Vol XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

Em *Inibição, Sintoma e Angústia*<sup>49</sup> (1926), Freud estabelece uma importante distinção dos fenômenos psíquicos que constam no título do texto, articulando-os entre si. As inibições são definidas como o rebaixamento de uma determinada função, por exemplo da função sexual, da nutrição, da locomoção ou do trabalho. Não são necessariamente o equivalente ao indício de um processo patológico, como é o caso da emergência de um sintoma neurótico, embora de um sintoma poderá derivar uma inibição, para evitar o aparecimento da angústia.

A inibição em si representa uma renúncia a uma função e, portanto, uma limitação para as funções do eu, mas difere do sintoma porque pode ter causas diversas. Freud articula as relações que se estabelecem entre angústia, inibição e sintoma nesse texto, nos descrevendo como a angústia é utilizada pelo eu como um disparador, um sinal, que aciona o processo de recalque.

Na inibição se renuncia a uma função justamente porque sua execução desencadearia angústia. Por exemplo, no caso do pequeno Hans o sintoma é a incompreensível e excessiva angústia frente ao cavalo, enquanto a incapacidade para andar nas ruas é a inibição que está presente para evitar o sintoma e a angústia. Freud diz que “também uma inibição pode ser um sintoma. (...) Fala de inibição onde está presente um simples rebaixamento da função, e de sintoma onde se trata de uma incomum variação dela ou de uma nova operação” (1926, p. 83). Por exemplo, um sintoma relacionado à função sexual, uma ejaculação precoce em um homem, pode também levar a uma inibição em relação a essa função, uma evitação do ato sexual. Um sintoma, como uma fobia, somente se estabelece como tal após um certo conjunto de circunstâncias, em que há inicialmente um ataque de angústia, que reaparece novamente e vai concretizando a necessidade de uma condição protetora. A luta defensiva vai migrando, assim, para a luta contra o sintoma.

Do ponto de vista metapsicológico, Freud distingue que enquanto a inibição é um processo que ocorre dentro do eu, o sintoma é um processo que incide sobre o eu. Na inibição o eu renuncia à funções que lhe competem para evitar o conflito com outras instâncias psíquicas, para evitar a necessidade de um recalque. Já o sintoma é “indício e substituto de uma satisfação pulsional interceptada, é um resultado do processo de recalque” (1926, p.87). Quando ocorre o recalque de uma representação, o processo é como o de uma fuga porque embora o eu consiga impedir que a representação recalçada ganhe acesso ao Pré-Consciente, esta se mantém conservada como formação inconsciente. A partir desse conteúdo atingido pelo recalque é que se formará o sintoma.

---

<sup>49</sup> FREUD, Sigmund. *Inhibición, Sintoma y Angustia* (1926). In: *Obras Completas – Vol XX*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

O sinal de angústia é, ao mesmo tempo, acionado pelo recalçado e é o que mobiliza o recalçamento de um conteúdo, porque avisa do perigo de desestabilizar o princípio do prazer. A fonte desse sinal de angústia é encontrada por Freud através do recalçamento originário ou primário dessas primeiras marcas que incorporaram estados afetivos no psiquismo e que exercem poder de atração sobre os demais conteúdos posteriores. A parte inconsciente do eu é responsável pela mobilização da angústia para que haja uma percepção de desprazer e o processo de recalçamento. O eu funciona na tentativa de manutenção do equilíbrio, busca integração e conciliação das exigências conflitantes, porque ele é, como nos diz Freud, “justamente o setor organizado do id. Seria completamente injustificado representar ao eu e ao id como dois exércitos diferentes, em que o eu procuraria sufocar uma parte do id mediante o recalque, e o resto do id acudisse em socorro da parte atacada e medisse forças com o eu” (1926, p.93).

Freud considera o eu como um desdobramento do id, portanto guardam raízes em comum. Se considerarmos que o recalçamento originário dá um lugar psíquico para determinados elementos e conteúdos, observamos um processo em que estes conteúdos, assim como todos seus derivados, serão sentidos como se fossem um corpo estranho para o eu.

O eu passa a lutar contra os conteúdos recalçados nesse sentido, conteúdos que lhe são estranhos e desorganizadores, desprazerosos, e fará uma luta defensiva secundária quando se formar um sintoma. Nessa luta secundária, o próprio sintoma será alvo das tentativas de ligação e unificação do eu, que busca a síntese para tornar o sintoma menos estranho e passa a agir como que resignado com a presença do sintoma, adapta-se ao sintoma, o integra para evitar a angústia e acaba por encontrar ganhos nessa manutenção, ganhos que vem a auxiliar na fixação do sintoma e se tornarão a resistência do eu à desmanchá-lo quando esse indivíduo estiver em análise. Para exemplificar essa integração e resignação do eu ao sintoma, Freud (1926) descreve como nos sintomas escrupulosos da neurose obsessiva, o eu pode encontrar o consolo de considerar-se um homem acima dos outros, mais puro que os demais.

Retornando ao caso do pequeno Hans, ou seja, na formação do sintoma fóbico, Freud (1926) analisa que a angústia presente na fobia não é o que caracteriza o sintoma enquanto tal. Como diz Freud (1926, p. 99) “se o pequeno Hans, que está enamorado de sua mãe, mostrasse angústia frente ao pai, não teríamos direito algum a atribuir-lhe uma neurose, uma fobia. Nos encontraríamos com uma reação afetiva inteiramente compreensível”. A angústia denuncia a presença de uma ambivalência de sentimentos e uma tentativa de defesa contra essa ambivalência. Isso, em uma neurose obsessiva por exemplo, poderia aparecer através de uma formação reativa, em que veríamos a emergência de uma ternura compulsiva e desmesurada.

Além da presença da angústia, há um segundo fator que é essencial para a formação do sintoma fóbico: o deslocamento. No caso de Hans, o deslocamento do pai para o cavalo. Esse mecanismo dá outro destino para a tramitação da ambivalência e da angústia. Esse duplo movimento, de transformação da hostilidade (em relação ao pai) em angústia e medo; e da transformação de um objeto alvo desse afeto (do pai) por outro representante substituto daquele (cavalo), é que caracterizam o sintoma fóbico.

Freud (1926), a partir dessa composição de elementos presentes no sintoma neurótico, vai descrever a regressão da pulsão como um efeito do recalçamento. Como o recalque vai promover uma mudança de instância psíquica, o que é recalçado vai assumir características de modos mais primitivos de defesa, vai ser alterado de forma mais profunda, para modos de satisfação e expressão de pontos de fixação libidinais.

No sintoma histérico conversivo, em que a angústia está ausente e a pessoa sente os sintomas como se fossem algo inteiramente alheio a si própria, se percebe pouco a luta do eu contra o sintoma. Freud (1926) reconduz à formação do mesmo da seguinte forma, ele descreve que o decurso excitatório que o sintoma substitui faz com que a parte do corpo que o sintoma atinge concentra em si todo o afeto, toda a energia desse decurso. A dor é acionada quando há o toque no corpo ou a manipulação externa do local físico, e também quando é tocada via associações à situação desencadeante do sintoma.

Já na neurose obsessiva, Freud identifica duas classes de sintomas: uma primeira de proibições, em que há uma natureza punitória, com tentativas de isolar elementos conflitivos da sexualidade; e uma segunda classe de sintomas que leva a satisfações substitutivas, muitas vezes com disfarce simbólico. Na neurose obsessiva ocorre dessa maneira porque o motor da formação do sintoma está relacionado à angústia do eu frente à hostilidade do superego. Quando a formação do sintoma enlaça proibição e satisfação é um triunfo porque corresponde à inclinação para a síntese do eu descrita anteriormente, em que o sintoma adquire um significado oposto, atendendo à ambivalência e substituindo o conflito, e assim o eu não luta contra o mesmo.

A condição inicial da formação de sintomas histéricos e obsessivos é a mesma: o conflito relacionado à exigências libidinais do complexo de Édipo. O sintoma se forma como uma substituição desse conflito. O eu contribui para essa formação, aciona o sinal de angústia e o recalçamento, fazendo com que a libido regrida. O problema da regressão da libido é que implica em desmescla pulsional, de forma que entre os aspectos eróticos e destrutivos passa a haver um predomínio de aspectos hostis, de pulsão de morte. Assim, por exemplo, na neurose obsessiva, a degradação regressiva da libido promove que fantasias relacionadas à fase fálica

se unam, através da regressão, à questões sádico-anais e o enlace com um caráter cruel inconsciente do superego. A regressão faz com que o polo defensivo se torne mais intolerante e que aquilo do qual se defende se torne mais insuportável. Na histeria o processo defensivo assume outra feição, utiliza-se do recalque e da dissociação, em que o eu comporta-se como se não tivesse contato com o aspecto libidinal que promove o conflito. De toda forma, o eu acaba por se limitar e encontrar satisfações nos sintomas, aprisionado por sua índole direcionada à síntese.

Freud diz que “os sintomas são criados para evitar a *situação de perigo* que é indicada mediante o incremento da angústia” (1926, p.122). Funcionam como conexões para a libido que, de outra forma, teria emergido como angústia, então um sintoma obsessivo de lavar-se serve para evitar a angústia que surgiria se o sujeito fosse impedido de fazer o ritual de limpeza. Nesse sentido, diz Freud (1926, p.136) “pode chamar-se sintoma também toda inibição que o eu se imponha”, pois o sintoma irá trazer restrições, impor inibições nas funções do eu.

Freud<sup>50</sup> (1917) define a construção do sintoma como o resultado de um elaborado processo que inclui a presença de pontos de fixação da libido no decurso do desenvolvimento libidinal, a estruturação de um aparelho psíquico clivado topicamente que contenha a capacidade de recalcar materiais psíquicos e, por fim, o retorno do recalçado, ou seja, a emergência de um conteúdo recalçado através de uma formação de compromisso que se exprimirá na forma de um sintoma neurótico.

Exemplifico, com um caso clínico, como esses processos de inibição e de formações de caráter obsessivo podem ser armados e conduzir à eclosão de um sintoma. Um adolescente vem para entrevistas iniciais com o seguinte quadro: desde que presenciou a queda de um colega do time esportivo, do qual faz parte profissionalmente, durante um intervalo de treino, tem tido episódios em que “fica mal”, tem suor frio, não consegue responder às pessoas, congela e sente que vai enlouquecer.

Quando lhe pergunto em que pensa quando ocorrem esses episódios, me diz que pensa que aquela queda que presenciou poderia acontecer com seu irmão, com alguém mais próximo, “penso em morte”. Prossegue me dizendo:

Eu acho que eu tenho uma coisa que eu vi no Fantástico, TOC, porque tudo tem que ser certinho, tem coisas que eu tenho que ficar fazendo,

---

<sup>50</sup> FREUD, Sigmund. *Conferência XXIII: os caminhos da formação do sintoma (1917)*. In: Obras Completas – Vol XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

várias coisas, por exemplo, quando vou jogar tenho que estar de um determinado jeito, vestido de um determinado jeito, em determinada posição, fazer o sinal da cruz, molhar os lábios, bem certinho, senão não vale. Tenho isso faz muito tempo, nem lembro desde quando, desde sempre.

O jovem esportista chega com uma ideia do que tem: “é TOC”, “eu vi no Fantástico”. Possui um autodiagnóstico, uma teoria para contrapor o mal estar que o acomete. Esse elemento também compõe a escuta, devendo ser posto sob o mesmo enfoque questionador proposto anteriormente por Bleichmar para os demais conteúdos que um paciente traga para uma entrevista ou sessão: por que se constituiu esse autodiagnóstico? Qual é sua função? A que necessidade responde?

Essas questões quanto à autoteorização vão em direção a decifrar qual a função que esse “diagnóstico” possui para aquele sujeito naquele determinado momento, já que pode tanto ser um fator de abertura – como um questionamento sobre o que está o acometendo – como pode ser um fator defensivo, usado como escudo resistencial contra a angústia, restringindo a reflexão à uma etiqueta que o tranquiliza e define.

No manifesto da Fundación Sociedades Complejas<sup>51</sup> publicado por ocasião de evento em 2011, denominado *Questionando etiquetas: por uma abordagem subjetivante do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – não ao DSM*, há uma série de pontos importantes a pensar sobre a subjetividade, levando em consideração o uso que se faz socialmente dos diagnósticos psicopatológicos. O texto apresenta um apontamento acerca do contexto atual: a patologização e a medicalização da sociedade. Além disso, traz uma colocação referente à subjetividade: de que esta se constitui necessariamente dentro dos limites de um determinado contexto social e histórico. E, portanto, a constatação de que, na contemporaneidade há uma tendência diagnóstica reducionista, que “não toma em conta a história, nem os fatores desencadeantes, nem o que subjaz um comportamento, obtura as possibilidades de pensar e de interrogar-se sobre o que ocorre a um ser humano”.

Se considerarmos, nesse caso especificamente, o “TOC” aparece como uma possibilidade de apaziguamento insuficiente para sua angústia; ele identifica que tem comportamentos semelhantes ao que viu “no Fantástico”, mas a partir da queda do colega isso tomou outra proporção, ele deixou de sentir-se seguro e começou a se sentir mal com o clima

---

<sup>51</sup> FUNDACIÓN SOCIEDADES COMPLEJAS. *Questionando etiquetas: por uma abordagem subjetivante do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – não ao DSM*. Manifesto – Buenos Aires, 2011.

competitivo do esporte que pratica; refere que em seu time “falta coleguismo e tem muita trairagem”. Tem o desejo de tornar-se esportista profissional e treina para tanto, sendo que seu irmão também está nesse processo de preparação no mesmo esporte.

Prossegue a entrevista me contando que imagina que se entrasse para um “time maior” estaria mais protegido e poderia jogar melhor. Faz várias referências à esse significante: “os maiores jogam melhor”, “é melhor jogar com os grandes” e “em time pequeno se o cara se machuca, tem que ir pra casa”. Quando perde ou não pode jogar, fica mal. Eu lhe aponto que não sabe o que fazer com a agressividade e com a vontade de competir, e ele me responde: “eu me sinto impedido, parece que eu tenho azar, mas acho que isso é coisa da minha cabeça”.

Conta que quando vai dormir, se deita, fica em silêncio e não consegue adormecer porque fica com medo, principalmente com medo de que alguém entre no seu quarto a noite, “parece que alguém estranho vai entrar. Nunca sei se trancaram mesmo a porta ou não. Não é seguro”. Faz associações em que seu irmão está em perigo, como, por exemplo, ter ouvido um dia um som como o de um tiro na rua e pensar que seu irmão estava na direção de onde ouviu o barulho. Também, quando acorda durante a noite busca ouvir os barulhos em volta e quando escuta algo mais alto a primeira coisa em que pensa é “alguém caiu”.

Intervenho na entrevista lhe dizendo que pensássemos que algo aconteceu dentro dele, algo estranho e inesperado que o invadiu e fez barulho, desde então ele não está bem.

Ele concorda, porém acrescenta, com certa insistência em todo seu relato, que já está melhor, que está tudo sob controle, que tudo ficará bem, como se reassegurando contra a própria angústia. Aparece claramente o conflito em questão com esse rapaz, por exemplo quando me diz, referindo-se ao esporte:

tem muita gente que quer que o outro perca, por exemplo se um vai jogar, pensam: tomara que jogue mal (...) De certa forma eu estou competindo com o outro guri que joga comigo, mas eu nunca penso assim, nunca quero o mal dos outros, eu acho que é bom se a gente se dá bem, tem que pensar assim.

Ao mesmo tempo, está em uma situação que não consegue mais jogar bem, sente-se impedido e sem ânimo. O colega que sofreu a queda não está mais no time, “foi embora” e ele próprio não sabe se poderá prosseguir.

Nesse exemplo clínico observa-se claramente a formação de inibições e mecanismos

prévios à formação do sintoma neurótico em si. O impedimento para jogar é a primeira inibição que surge e podemos perceber em seu discurso que há a presença de elementos relacionados ao desejo – de competir, de derrotar o irmão, de ser o maior, o grande, de triunfar – e o acionamento egóico através de inibições – fica impedido, congelado, não pode mais jogar bem. Está posto o conflito neurótico, um desejo com conteúdos de natureza agressiva e uma defesa contra esses impulsos inaceitáveis, traduzido na forma de inibições a partir de uma cena desencadeadora. Cena que se desencadeia em um momento do desenvolvimento desse rapaz que também não é aleatório, está na adolescência e construindo uma carreira profissional. Ou seja, um momento em que os temas da competição e de tornar-se grande estão em voga.

Sua reação diante dos desejos rivalizantes, hostis para com o irmão, resulta em uma inibição de seu potencial. Uma organização que vai se armando com características obsessivas, já que a cena desencadeadora o remete ao desejo inconsciente, enunciado quase em si mesmo – pensar em morte, que o irmão é quem cai – de forma a estar na consciência, porém sem ser reconhecido como um desejo próprio, é sentido muito mais como um pensamento estranho que o toma e que o obriga a tomar contra-medidas para proteger-se. Uma dessas contra-medidas que assume um aspecto obsessivo podemos observar na própria entrevista quando diz e insiste que “está tudo sob controle, tudo ficará bem”, como uma negação da angústia e da sensação de descontrole que esses pensamentos estranhos lhe trazem. Defende-se contra sentimentos agressivos para com o irmão e identifica-se com o irmão, temendo que algo possa acontecer com ele próprio - “uma queda”.

Esse entendimento do que é a cena desencadeadora implica na compreensão de que há a ativação de um conteúdo recalcado, significa que algo novo se vincula com outro algo que já estava presente, cuja natureza remete a um desejo inconsciente, e em defesas que começam a se armar como resposta egoica contrária à emergência direta dessa pulsão.

Todos esses conceitos estão subjacentes na escuta do analista, de modo que servem como fios condutores tanto da concepção do fenômeno que se está observando, como regem a escolha da intervenção adequada à finalidade terapêutica em questão.

Para exemplificar como esses conceitos estão presentes na escuta do analista, Mezan (1998) faz uma depuração da operação diagnóstica realizada por Freud nas entrevistas iniciais com o Homem dos Ratos. Observa que, até receber esse paciente em seu consultório, Freud trabalhava com a teoria psicopatológica do funcionamento histérico, compreendido pelo recalque e pelo deslocamento de energia convertido no corpo. Defronta-se, nesse momento, com um homem cujo ódio tem papel central na constituição do sintoma. Conforme o autor (p.

129), Freud “vai sendo obrigado a modificar o estilo e o tom dessas interpretações, porque o paciente o coloca diante de uma explosão de agressividade e hostilidade surpreendente até mesmo para Freud”. Essa experiência clínica relatada por Freud constitui um momento em que ele muda o paradigma psicopatológico com o qual estava trabalhando.

Mezan observa, ainda, que Freud está preocupado com a compreensão da sexualidade na etiologia dos sintomas, interpretando de acordo com esse eixo de investigação. Ele percebe que o ódio possui um papel importante nesse caso, partindo da segunda entrevista em que aparece a figura do capitão cruel. A partir dessa percepção, ele vai trabalhar com o Homem dos Ratos aspectos homossexuais e da sexualidade anal, vinculando com uma cena infantil de masturbação e repreensão violenta pelo pai. Esse recorte de Freud deve-se à sua preocupação em apreender a natureza e a origem dessa neurose e qual o papel do ódio nelas, percebendo como o ódio ingressa no trabalho analítico quando o Homem dos Ratos o surpreende com o que ele designou por um “horror de uma volúpia que ele mesmo ignora” (MEZAN, 1998).

O Homem dos Ratos se oferece para Freud inicialmente de forma sedutora, lhe informando sobre como admirava seus escritos e disso irá passar para fantasias hostis em que envolve Freud e sua família e vê em Freud o capitão cruel. Freud estabelece uma relação contratransferencial inicialmente de contentamento, dá indícios de ter gostado do paciente que considerou sagaz e cujas ideias relacionadas à tortura com os ratos parecem fechar com suas hipóteses teóricas/diagnósticas. Por isso, com esse paciente Mezan (1998) compreende que, da parte de Freud, há uma resposta de um certo narcisismo teórico, ou seja, uma dose defensiva que o faz querer enquadrar o paciente dentro de um esquema referencial que se apresenta de forma diversa às histerias que havia tratado até então.

Pelo relato que Freud faz das entrevistas com o Homem dos Ratos é possível examinar ainda outro aspecto que diz respeito à operação diagnóstica e também à própria técnica, considerando como o clima transferencial aparece na redação de um relato clínico. Assim, há oscilações no texto entre o discurso direto e indireto, fragmentos mais condensados e outros mais detalhados. Freud adapta seu discurso ao do homem dos ratos, habilidade que Mezan (1998) denomina por “impregnação da linguagem interpretativa pelos termos do paciente”. A linguagem empregada nas intervenções é necessariamente específica ao contexto que se estabelece com aquele determinado paciente. Assim, Freud faz uma intervenção usando o termo “dispensar” para dizer ao paciente que não pode dispensá-lo da regra da associação livre. Um termo que opera como um *gebot*, um comando, uma ordem unida, uma linguagem militar, que se transpõe em um *gebot* de superar as resistências em uma análise. Essa linguagem usada por Freud especificamente nesse contexto, assume a forma de uma

comunicação transferencial, porque ocorre marcando o início do desenvolvimento de uma transferência hostil que se estabelece nessa relação. Ao mesmo tempo que Freud ajusta os termos que utiliza para adequar-se à linguagem do paciente, também está usando um termo de ordem militar que o aproxima do capitão cruel. É após esta intervenção de Freud que o paciente vai chamá-lo de “meu capitão”, o que constitui uma resposta também no nível transferencial que se organiza entre a dupla analista e paciente.

Mezan (1998), ao estudar o relato do caso do Homem dos Ratos, percebe diferentes níveis de análise do processo que nos interessa para pensarmos a operação diagnóstica. Inicia com um primeiro nível composto pela descrição clínica, ou seja, o relato em si, com suas particularidades de escrita: o que o paciente disse, o que o analista escolheu interpretar, lapsos e ênfases. Há também um nível mais elaborado de apreciação metapsicológica, através de uma camada de anotações que fazem conexões entre o que foi dito e seu significado no contexto do processo de adoecimento e de tratamento da enfermidade. Esse nível é mais abrangente do que o caso descrito em si, é o nível da estrutura clínica e da estrutura processual, do mecanismo que opera dentro daquela descrição clínica. Mezan refere que, nesse caso, Freud enumera as peças do mecanismo da seguinte forma:

- 1) instinto erótico: está se referindo à história da criança que queria entrar embaixo da saia das empregadas;
  - 2) revolta contra ele;
  - 3) desejo de ver as mulheres nuas, ainda não-compulsivo, não-compulsivo porque só aparece de vez em quando;
  - 4) um medo que já é compulsivo: cada vez que aparece o desejo, o medo vem junto. “Se eu tiver o desejo de ver as mulheres peladas, meu pai vai morrer”. É essa associação já automática do medo e do desejo que faz com que o medo seja compulsivo, embora o desejo não;
  - 5) um afeto doloroso;
  - 6) um impulso para a realização de atos defensivos tanto contra o medo como contra o prazer provocado por todo esse processo.
- (MEZAN, 1998, p. 172)

Ao definir, portanto, o que se passa com um determinado sujeito em sofrimento, há diferentes níveis de compreensão desde os dados clínicos, as interpretações, as construções

para o caso, a teoria clínica, a metapsicologia e as concepções filosóficas gerais (MEZAN, 1998). A costura feita dentre esses níveis de compreensão de um fenômeno clínico é que permitirá a construção dos elos que compõem o raciocínio analítico.

Retornando ao exemplo do jovem esportista impedido de jogar, em termos de operação diagnóstica pode-se pensar que os dados clínicos são aqueles que o paciente relatou como tendo lhe ocorrido: a cena da queda do colega de time e todos os desencadeamentos que essa cena lhe trouxe em termos de pensamentos, angústias e impedimentos para jogar. Já a teoria clínica é aquilo que vai constituir hipóteses a partir desses dados e de conceitos como pulsão, defesa, sintoma. Refere-se, como diz Mezan (1998, p.175), à “dobradiça entre a singularidade do caso e o domínio da metapsicologia”. Nesse exemplo clínico podemos identificar como uma inibição inicia um processo que poderá desembocar no desencadeamento de um sintoma, partindo de uma cena que se liga com o desejo hostil para com o irmão e a defesa contra esse desejo e leva a formação de inibições e de formações reativas contra seus desejos competitivos, como quando diz “eu nunca penso assim, nunca quero o mal dos outros, eu acho que é bom se a gente se dá bem, tem que pensar assim”, ou insiste que está tudo bem, sob controle. Para se constituir um sintoma é necessário o processo que Freud descreveu na formação do sintoma fóbico de Hans, além da presença da angústia, como resultado da transformação de afetos hostis, é necessário que haja a consolidação de mecanismos de defesa obsessivos que venham ligar-se a essa angústia, como, por exemplo, seriam os rituais obsessivos.

Em termos de compreensão metapsicológica, é possível considerarmos que há uma temática edípica que se anuncia no tema do “time maior”, em que os grandes triunfam sobre os pequenos que podem ficar machucados. Embora, nesse material, permaneça como uma hipótese a ser melhor investigada, já que o tema central da angústia que o traz à consulta é sua própria agressividade e hostilidade para com o irmão. Ainda outra hipótese que se pode fazer refere-se ao momento em que se desencadeia toda a angústia desse rapaz – quando ele está na adolescência e preparando-se para a saída da casa dos pais. Momento de inserção no “time maior”, na vida adulta e de reedição de conflitos infantis. Todas essas observações compõem um quadro compreensivo inicial do que se passa com esse sujeito, um entendimento sobre o fenômeno clínico que observamos, considerando uma metapsicologia que embasa esse entendimento.

Retomo agora a questão da especificidade do sintoma partindo da seguinte questão sobre o sintoma estritamente neurótico: se o sintoma é uma manifestação, através de uma formação de compromisso, de um conteúdo inconsciente recalcado, como é que se constitui

toda essa estrutura que sustenta o recalque e, conseqüentemente, a possibilidade de formação de sintomas?

## **2.2 O recalque e a estruturação psíquica**

Bleichmar (1994), ao investigar a constituição psíquica, trata dos movimentos de fundação do inconsciente, ressaltando o papel vital da relação com um outro humano nos primórdios da vida. A relação com o outro é sexualizante, pulsiona o aparelho psíquico e promove inscrições precoces que serão base para o recalçamento originário e para o ordenamento psíquico posterior.

O vínculo primordial com o cuidador – a mãe – é essencial para instalar uma economia libidinal, inicialmente auto-erótica. Conforme a autora, “a mãe faz uma envoltura narcisizante que inaugura algo no psiquismo da criança” (p. 14). Trata-se, portanto, de uma relação em que há um transvasamento narcisista, em que a mãe captura o bebê em um sistema de ligações – um sistema, ao mesmo tempo alienante, porque não é do próprio bebê, e constituinte. Nesse sentido, Bleichmar refere que a mãe age como um comutador:

O fato de que haja uma energia somática que se torna energia psíquica – em princípio sexual – é efeito da intervenção de um comutador não existente no organismo como tal, mas no encontro com o objeto sexual oferecido pelo outro. O comutador está no movimento que leva aqui, na busca do nutricional, que o bebê encontre-se com o seio – objeto sexual inicial, na medida em que é oferecido pelo outro humano provido de inconsciente. É este objeto, em princípio, quem inunda de uma energia não-qualificada propiciando, no real vivente, um traumatismo, no sentido extenso do termo, já que rompe algo da ordem somática pelas linhas do sexual (BLEICHMAR, 1994, p. 23).

A criança está, dessa forma, submetida a uma intrusão representacional e econômica do adulto, que implanta significantes enigmáticos, dos quais é portador porque possui um inconsciente. Nos cuidados do adulto com a criança incide a sedução originária pela via dessas inscrições e da geração da pulsão. A mãe, ao mesmo tempo que atende às necessidades do bebê, irrompe como excitante e pulsante.

De início, sem poder contar com um sistema psíquico com tópica, com recalque e com um eu que faça funções de ligação e de inibição, os modos defensivos precoces diante das intensidades excitatórias são movimentos compulsivos, evacuativos – falidos porque a pulsão não pode ser evacuada. Freud<sup>52</sup>, em *Pulsões e Destinos da Pulsão* (1915b), caracteriza a pulsão como essa força constante, proveniente de fontes de estímulo no interior do organismo e, portanto, incoercível por ações de fuga, uma “medida de exigência de trabalho imposta ao anímico como consequência de sua relação com o corpo” (p. 117).

Ainda nesse texto, Freud refere que a vida anímica é governada por três oposições: sujeito (eu) e objeto (mundo exterior), prazer e desprazer, e ativo-passivo. Essas polaridades se enlaçam de diferentes formas no processo constitutivo do aparato psíquico, sendo que Freud descreve um momento inicial em que não se distingue o mundo externo que é tratado com indiferença pelo sujeito, seguido de um momento do narcisismo em que se desenvolve um “eu-prazer purificado”, no qual o “eu-sujeito” coincide com o prazeroso e o mundo externo com o que é desprazeroso. Esse estado é sustentado pelos cuidados parentais que satisfazem as necessidades do bebê, em estado inicial de desamparo. Nesse formato de “eu-prazer purificado”, sob o funcionamento do princípio do prazer, o que é prazeroso é introjetado e o que causa desprazer é expelido. Essas são as primeiras tentativas de defesa primitivas que o aparelho psíquico emprega buscando dominar e dar destino às pulsões. São dois destinos que se estabelecem de início: a transformação em seu contrário e o retorno sobre a própria pessoa. Já a possibilidade de um destino que contemple o recalque e a sublimação exige uma complexização do aparelho psíquico, através da instauração do recalque originário e da clivagem do aparelho psíquico em diferentes sistemas, em tópicas.

Ao descrever o jogo de *fort da* de seu neto, Freud<sup>53</sup> (1920) narra como uma ação repetida e enigmática da criança contém um aspecto elaborativo, um trabalho psíquico que se apresenta pela via da transformação em seu contrário, de passivo em ativo, jogo em que a própria criança é quem ativamente faz desaparecer e retornar um carretel. Freud compreende no jogo que pela “renúncia à satisfação pulsional de admitir sem protestos a partida da mãe. [O menino] se ressarcia, digamos, encenificando por si mesmo, com os objetos ao seu alcance, esse desaparecer e regressar” (p. 15). São mecanismos primitivos de destino pulsional que auxiliam a simbolizar, sem descarga direta. A criança ganha prazer, mesmo que repita uma situação desprazerosa, pela via do apoderamento da situação.

---

<sup>52</sup> FREUD, Sigmund. *Pulsiones y Destinos de Pulsión* (1915b). In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>53</sup> FREUD, Sigmund. *Más Allá del Principio de Placer* (1920). In: Obras Completas – Vol XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

A mãe, com seu aparelho psíquico clivado topicamente, "parasita sexualmente" a criança, que terá de encontrar destinos para essa sexualidade; porém, também lhe cabe outra função, de modo que funciona como um "duplo comutador", trata-se da possibilidade da mãe atuar sobre a constituição psíquica como um agente narcisizante, que dá suporte à constituição do eu da criança. A mãe possui uma função dupla de, por um lado, pela sua própria condição de ser atravessada por um inconsciente, pulsionar o bebê; e, por outro lado, a capacidade de sustentar "representações egóico-narcisistas que lhe permitem ver seu bebê – do lado do pré-consciente -, como uma Gestalt organizada, como um ser humano" (BLEICHMAR, 1994, p. 26). Esse narcisismo materno é estruturante, porque permite ligar a libido, e é essa possibilidade da mãe que ajuda a constituir um eu na criança, um sistema de ligações gerado a partir de representações mediadoras. A própria clivagem psíquica da mãe em tópicos permite que ela interaja com o bebê freando quantidades de excitação e auxiliando no processo de encontrar vias de ligação para as mesmas. O eu, com sua possibilidade de contenção e de ligação, se constitui sobre o eu do semelhante humano.

Em *Projeto de Psicologia* (1895a), Freud<sup>54</sup> refere-se às vivências de satisfação como primeiras marcas mnêmicas que se inscrevem no aparelho psíquico e são mantidas devido à presença de barreiras de contato, com distintas facilitações, que tornam possível constituir a memória, manter registro no aparelho diferenciando da percepção, e desenvolver processos psíquicos. A vivência de satisfação se dá através de uma alteração no mundo exterior, por exemplo: a provisão de alimento, que age como ação específica, produzindo uma alteração interior. Diz Freud: "o organismo humano é ao começo incapaz de levar a cabo a ação específica. Esta sobrevém mediante *auxílio externo*" (1895a, p. 362).

Sempre que ocorre um incremento de quantidade no aparelho psíquico incipiente é necessário uma ação específica que, no início da vida, será realizada através de outro, com assistência alheia para encontrar uma via de descarga que assume uma função de comunicação (ESPÓSITO, 2015). Essa ação específica se dá porque um adulto entende a enorme dependência inicial do bebê em dar conta das quantidades de estímulos que lhe chegam. Conforme Bleichmar (1994, p. 21), "é nesta fissura pela qual outro humano se introduz". Essa é a função estruturante da alteridade humana. A vivência de satisfação resulta em uma facilitação que irá promover sua reativação quando se reanima o desejo. Ainda, segundo a autora (1994, p 30), "o que se alucina (...) são os indícios de percepção, os que acompanham a experiência de satisfação, isso é o que permite que o autoconservativo e o

---

<sup>54</sup> FREUD, Sigmund. *Proyecto de Psicología (1895a)*. In: *Obras Completas – Vol I*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

sexual não entrem inicialmente em contraposição, e que o sexual possa investir, libidinizar, o autoconservativo, até seu vicariato".

Ainda em *Projeto de Psicologia* (1895a), Freud fala de um eu com função inibidora dos processos primários de quantidades de energia, auxiliando na distinção de processos internos e de indicadores de realidade. Uma organização que permite investimentos colaterais e diminui o desprendimento de desprazer. Conforme Laplanche (2001, p. 129), “é a permanência nele [no aparelho psíquico] de um nível de investimento que permite ao ego inibir os processos primários, não só aqueles que levam à alucinação, mas também os que seriam suscetíveis de provocar desprazer (defesa primária)”.

Na Carta 52 à Fliess<sup>55</sup> (1896, p. 274), Freud descreve a constituição do aparelho psíquico por “estratificação sucessiva”, em que as marcas mnêmicas são rearranjadas e retranscritas em diferentes momentos, de forma que a memória se desdobra em vários tempos. Garcia-Roza<sup>56</sup> (1995, p. 189) diz que para Freud “cada registro corresponde a uma nova inscrição, mas cada nova inscrição corresponde a uma espécie de tradução do material psíquico”. Freud discrimina nessa Carta percepções, de signos de percepção, de inconsciência e pre-consciência, sendo que essa última é uma terceira retranscrição em representação-palavra, “correspondente ao nosso eu oficial” (1896, p. 275). As traduções do material psíquico correspondem a determinadas operações psíquicas e, segundo Freud, “toda vez que a reescritura posterior falta, a excitação é tramitada segundo as leis psicológicas que valem para o período psíquico anterior, e pelos caminhos de que então dispunha” (1896, p. 276).

Ocorre uma complexização do aparelho psíquico conforme se traduz o material psíquico. Defesas patológicas podem ser armadas contra marcas mnêmicas não traduzidas de uma fase anterior, e uma recordação pode se comportar como algo atual, desprendendo desprazer ao ser reinvestida. Quando não há tradução, se recusa a tradução, há recalque. Garcia-Roza (1995, p.190) diz que nesse sentido Freud, na Carta 52, já está fazendo referência à uma fixação da pulsão na representação, embora ele não utilize o termo fixação, compreende que “esse tipo de persistência da inscrição” é uma forma de recalque.

Esses momentos iniciais de inscrições de marcas mnêmicas e de fixação da pulsão à representação, são os momentos de um recalque originário, prévio ao recalque propriamente dito e necessário para que esse segundo possa vir a se desenvolver. É um momento essencial

---

<sup>55</sup> FREUD, Sigmund. *Carta 52 (6 de dezembro de 1896)*. In: *Obras Completas – Vol I*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>56</sup> GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Introdução à Metapsicologia Freudiana 3: artigos de metapsicologia narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente (1914-1917)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

para a constituição do psiquismo, que Garcia-Roza distingue conceitualmente da seguinte forma:

*Fixação, inscrição e recalque primordial* não são, pois, sinônimos mas correspondem, cada um a sua maneira, ao mesmo momento ou à mesma fase do recalçamento, no caso, ao momento do recalque original ou primordial. Este corresponde a uma primeira inscrição e simultaneamente a uma fixação da pulsão numa determinada representação (GARCIA-ROZA, 1995, p.190).

No momento do recalque original ainda não há clivagem psíquica em instâncias (Ics, Pcs/Cs) e, portanto, não há polos de atração para os conteúdos dentro do psiquismo; por isso Freud aponta que o único mecanismo desse recalque é o contra investimento. A questão metapsicológica com que Freud se depara e que leva a desenvolver essa ideia sobre esse momento inicial é: “como justificar a existência de representações que, como se fossem recalçadas, funcionassem como polo de atração para o recalçamento propriamente dito, sem serem elas mesmas recalçadas?” (GARCIA-ROZA, 1995, p.192)

Ainda não se formou um inconsciente no aparelho psíquico e, no entanto, forma-se uma rede de captura de representações elementares, que vai criar uma primeira cadeia inconsciente. Garcia-Roza (1995) diferencia essa cadeia, que consiste na inscrição, do processo de ligação da pulsão à representação, que ocorre de forma simultânea, capturando a energia pulsional nessa trama de significantes e estabelecendo a fixação.

Estamos considerando o problema da inscrição psíquica e a noção da fixação de uma inscrição a um determinado sistema ou seu deslocamento para outros sistemas subsequentes. Em *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*<sup>57</sup> (1905a), Freud esclarece como a pulsão sexual encontra nos diques da vergonha, do asco e da moral, barreiras de resistência que circunscrevem o seu livre exercício. Assim, Freud (1905a, p.150) diz que “a neurose é o negativo da perversão”, porque nela há renúncia pulsional. Renúncia que incide sobre o autoerotismo e cujo efeito são os diques internos, impedindo a satisfação direta da pulsão parcial. Dessa forma, por exemplo, os componentes pulsionais cruéis são detidos diante da capacidade de se compadecer, reconhecendo a dor do outro. A interdição do gozo pulsional marca a presença do recalque originário.

---

<sup>57</sup> FREUD, Sigmund. *Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905a)*. In: *Obras Completas – Vol VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

Discutindo a questão de onde o recalque originário retira sua força Bleichmar<sup>58</sup> (1999) relaciona o modelo de psiquismo da Carta 52 com a metapsicologia freudiana posteriormente desenvolvida. Inicialmente há inscrições, seguidas de retranscrições e, em algum momento passa a haver algo que barra a passagem das retranscrições, uma defesa. Esse impedimento é descrito por Freud como um contrainvestimento. O que a autora busca articular é uma explicação para de onde provém essa força de ordem contrária à que algo se torne consciente. Argumenta que está relacionada às primeiras interdições parentais e renúncias pulsionais, como primeiros movimentos de constituição do eu, em que se recalam os modos de satisfação pulsional do autoerotismo. Como a autora coloca, “inscrição e autoerotismo concernem ao modo de produção da pulsão; recalque originário concerne a um contrainvestimento que impedirá para sempre que o representante pulsional siga avançando para o polo motor buscando modos compulsivos de satisfação” (1999, p.98).

O asco e o pudor são as primeiras defesas diante da pulsão, anteriores ao recalque. A importância dessa distinção é, por exemplo, ao avaliar uma criança que apresenta uma enurese, compreender que em uma situação de enurese primária em geral não se observa a vergonha que está presente em uma situação de enurese secundária, portanto a gravidade em termos de falhas desse processo de constituição psíquica é muito maior. A falha dos adultos na sua própria renúncia pulsional gera sintomas como o da criança que não tem a enurese quando dorme na casa de outros, tem vergonha que os pais contem para o analista sobre o que faz e os pais são complacentes com seu segredo, porque não toleram as rupturas narcisistas na relação com o filho. A pauta que o adulto respeita como limites para a apropriação do corpo da criança está dada pelo seu próprio recalque e essa renúncia é necessária para que possa se inaugurar o recalque originário. Falhas nessas renúncias geram graves consequências se considerarmos que essas primeiras inscrições são o que dá origem ao inconsciente, são a um só tempo o que está por primeiro e também o que funda.

O recalque originário, do ponto de vista econômico, agindo através de um movimento de contrainvestimento, fixa ao inconsciente satisfações pulsionais recusadas e também o funda. As sequelas desse processo, desde o ponto de vista do eu, são formações de caráter, que se expressam na presença da repulsa e do asco. A fixação ao inconsciente promove uma garantia de que essas representações não irão emergir, por isso a autora argumenta que o recalque possui uma função de dar reequilíbrio interno para o movimento de recusa pulsional, porque retira o sofrimento de uma renúncia constante, liberando o psiquismo e produzindo um

---

<sup>58</sup> BLEICHMAR, Silvia. *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis: seminários*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.

espaço para sedimentar aquilo que perturba. A partir daí, o recalque originário passa a funcionar como um polo de atração para o recalque secundário.

Bleichmar (1994) se refere a um aparelho psíquico aberto a novas inscrições, em que "as representações previamente existentes, mesmo que permaneçam como tais em sua singularidade, entrelaçam-se de modo diferente na totalidade resultante" (p. 58). Essa é a descrição do *apres coup*, um segundo tempo de religação de inscrições. Estamos falando de um processo de construção que se traduz em uma organização com certa estabilidade identitária, um movimento paradoxal entre estabilidade e abertura ao mundo e seus objetos, que acompanha toda a vida, com as necessidades de transformação e desenvolvimento de um sujeito.

Nas origens, a mãe pulsiona e regula as quantidades de excitação, ajudando a instalar o próprio princípio do prazer através de seus cuidados, atuando como duplo comutador, nos cuidados sexualizantes e através de sua própria "estruturação egóico-narcisista, que inaugura a possibilidade de constituição de um sexual-dessexualizado, através da transcrição, transferenciada, do pulsional inscrito no inconsciente mediante a regulação de suas passagens ao pré-consciente-consciente" (BLEICHMAR, 1994, p. 37).

Portanto, Freud (1915a) desenvolve uma compreensão dinâmica e tópica do recalque originário e secundário considerando que o primeiro destes é sustentado por um contrainvestimento, que vai operar protegendo o Pré-Consciente do assédio das representações inconscientes. É um processo que se mantém permanentemente. Já no recalque secundário esse mecanismo é acrescido daquilo que se constitui no recalque propriamente dito, ou seja, na subtração do investimento pré-consciente de uma determinada representação, em que a própria energia que é retirada, é reinvestida para ser usada no contrainvestimento.

### **2.3 O recalque propriamente dito**

A fixação descrita anteriormente é o primeiro momento de constituição do recalque, um momento de recalque original. Momento em que traços ou representações inscritos no sistema mnêmico recebem uma fixação da pulsão. Então, nesse primeiro momento de fixação, o que ocorre é uma inscrição em um inconsciente não-recalcado. Esse recalque original ou primordial age como "uma espécie de demarcação do psíquico que, posteriormente, dará lugar a sua divisão em dois grandes sistemas: o inconsciente e o pré-consciente/consciente" (GARCIA-ROZA, 1995, p. 184).

É um momento que Garcia-Roza (1995) descreve da seguinte forma:

E esta é a estranha peculiaridade desse momento que Freud designa como sendo o do recalque originário. Para que haja recalque não é suficiente a ação exercida pelo sistema Pcs/Cs, é necessária também a atração exercida pelas representações inconscientes. É neste ponto que entra em jogo o que ele denomina de *Urverdrängung*, esse recalque originário que vai fazer com que determinadas representações passem a se comportar *como se* fizessem parte do sistema inconsciente, isto é, passem a se comportar como se fossem recalcadas e a exercer a atração necessária para o recalque propriamente dito” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 180).

Então o recalque é o processo essencialmente responsável pela clivagem psíquica em instâncias ou sistemas, que irão funcionar com estruturas próprias, sendo o recalque originário, como vimos acima, aquilo que irá fixar e, ao mesmo tempo, fundar o Inconsciente. A própria escolha do termo recalque ao invés de repressão, como chama a atenção Garcia-Roza (1995), designa sempre um processo interno a alguém, sendo que outra pessoa não pode “recalcar” alguém, embora possa “reprimir” uma pessoa. Mesmo que a natureza do processo de recalque propriamente dito tenha suas raízes em exigências externas àquele indivíduo, estas são interiorizadas em uma instância censora e somente assim poderão, enquanto mecanismo de recalque, agir desde dentro do aparelho psíquico.

A partir de *A Interpretação dos Sonhos*, e da distinção de sistemas psíquicos Inconsciente, Pré-Consciente e Consciente, o recalque se define como o operador da distinção entre sistemas. Já que a satisfação de um desejo inconsciente provocaria a um só tempo prazer desde o Ics e desprazer por parte das exigências do Pcs/Cs, este é censurado, podendo emergir através de outras formas de expressão tais como o sonho ou o sintoma. “Nisso consiste basicamente o mecanismo do recalque: uma atividade do sistema Pcs/Cs no sentido de impedir que a atividade do sistema Ics resulte em desprazer” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 173).

Para que haja recalque propriamente dito, ou recalque secundário, é necessário o estabelecimento da divisão psíquica topicamente, de forma que estas ajam como polos atrativos para determinados conteúdos psíquicos, não somente pelo repúdio exercido pelo sistema Pcs/Cs, como também pela força de atração proveniente do Ics, a partir do recalque original. Essa dupla força faz com que os derivados psíquicos da representação

original sejam excluídos da consciência e haja recalque. O recalque possui, portanto, um papel central considerando a própria estruturação psíquica, pois somente com os sistemas psíquicos estabelecidos dessa forma é possível se falar em recalque propriamente dito. Nesse sentido Garcia-Roza (1995) diferencia recalque de defesa quando afirma que:

O agente da defesa é o eu e os mecanismos colocados em jogo na ação defensiva são mecanismos do eu ou estão ligados ao eu. Apesar do termo defesa ter sido empregado mais para designar uma proteção contra a excitação proveniente de fonte interna (contra as pulsões), quando empregada em sentido amplo designa a ação do aparato psíquico contra toda e qualquer excitação excessivamente intensa. Sob essa forma, defesa não se confunde com recalque, já que esse último possui uma especificidade que não encontramos na primeira. (GARCIA-ROZA, 1995, p.170)

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud<sup>59</sup> define que o recalque parte do eu e o descreve da seguinte forma: “impulsos e moções de desejo são desaprovados por um homem em si mesmo antes mesmo que se tornem conscientes, porque ele ergueu dentro no interior de si um ideal pelo qual mede o seu eu atual. A formação do ideal seria, da parte do eu, a condição do recalque” (1914, p. 90-1). O ideal do eu é investido narcisicamente, substituindo o narcisismo inicial, do eu ideal.

No processo de recalque propriamente dito, Freud<sup>60</sup> (1915c) faz uma distinção significativa em *O Recalque*, entre dois componentes da agência representante da pulsão. Diz ele que:

Junto à representação {*Vorstellung*} intervém algo diverso, algo que representa {*räpresentieren*} a pulsão e pode experimentar um destino de repressão totalmente diferente do da representação. Para este outro elemento da agência representante psíquica adquiriu carta de cidadania o nome de *montante de afeto*. (FREUD, 1915c, p.147)

<sup>59</sup> FREUD, Sigmund. *Introducción ao Narcisismo (1914)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>60</sup> FREUD, Sigmund. *La Represión (1915c)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

Há, portanto, uma representação e um montante de afeto que compõem a agência representante da pulsão dentro do psiquismo e que tomam destinos diferentes a partir da ação do recalque. O destino que esse montante de afeto receberá, a partir do processo de recalque, assume uma importância central para compreender a formação dos sintomas.

O afeto poderá ter diferentes destinos: ser suprimido, ser transformado em outro afeto qualitativamente diferente, ou transformar-se em angústia. Assim, o destino do montante de afeto desprendido pelo processo de recalque influencia no formato que um sintoma assumirá, como, por exemplo, em uma histeria de conversão em que o afeto é convertido em um sintoma somático e o que se observa é justamente a ausência do afeto quando o sintoma está estabelecido, ou seja, encontramos a *belle indifférence*. A angústia está ausente porque foi convertida somaticamente (FREUD, 1915c).

Conforme a leitura que Laplanche<sup>61</sup> (1992, p.18) faz do texto freudiano, “o essencial para o indivíduo, em sua vida e em seu tratamento, é o destino do afeto”, porém, a técnica psicanalítica não vai agir de forma a manipular os afetos, como pressupunha a teoria catártica da cura. Em psicanálise “as representações, as fantasias, constituem o ponto de impacto para modificar a economia afetiva” (1992, p.19).

Considerando o destino que tem a representação a partir do recalque, Freud (1915c) diz que o recalque somente perturba o vínculo da representação com o sistema consciente. Os conteúdos recalcados prosseguem ativos no inconsciente, se organizam e formam derivados. Conforme Garcia-Roza (1995, p.197) “o que é afetado não é o modo de ser do representante-representação no inconsciente, mas sobretudo sua relação com o sistema pré-consciente/consciente”. A representação recalçada adquire liberdade em relação ao funcionamento pré-consciente/consciente, sendo que essa liberdade é o que permite que surjam derivados suficientemente distantes do conteúdo recalcado original que possam escapar à barreira de censura e encontrar expressão, como ocorre nas formações de sintomas.

Como o recalque não extingue as representações sobre as quais incide, elas prosseguem ativas e exigem que o aparelho psíquico arme mecanismos defensivos, dispendendo constantemente energia diante da ameaça da emergência dessas representações. Como descreve Garcia-Roza:

O que o recalque faz é operar uma cisão no universo simbólico do sujeito, reduzindo uma parte desse universo ao silêncio, recusando-lhe

---

<sup>61</sup> LAPLANCHE, Jean. *Problemáticas IV: O Inconsciente e o Id*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

o acesso à fala, e também, evidentemente, recusando-lhe o acesso à consciência. O recalque impede a passagem da imagem à palavra. No entanto, isso não elimina a representação, não destrói sua potência significativa. (GARCIA-ROZA, 1995, p.176)

Esse material que permanece no inconsciente não fica silencioso, pois prossegue atraindo conteúdos com os quais possa vincular-se para escoar energia. Quando se fala em recalque se está, portanto, diante de uma questão de economia psíquica, já que essa barreira opera visando manter um certo equilíbrio de prazer e desprazer ou tensão psíquica.

O recalque não está contrário à satisfação pulsional, mas sim ao desprazer que tal satisfação liberaria no sistema Pré-Consciente/Consciente. Nesse sentido, que Garcia-Roza (1995, p.175) refere que devemos considerar que “os destinos das pulsões são simultaneamente formas de satisfação e mecanismos de defesa contra as próprias pulsões”. No caso do recalque, há satisfação de forma indireta e com o custo de uma formação de compromisso para aquele sujeito.

Como aponta Freud (1915c, p.142), em *O Recalque*, “a condição para o recalque é que o motivo de desprazer cubra um poder maior que o prazer da satisfação”. Sendo que o próprio mecanismo do recalque somente pode ser reconhecido por inferência retrospectiva, através de seus resultados e indícios, ou seja, dos retornos do recalado.

O conceito de recalque esteve presente desde o início nos textos de Freud, mas toma uma dimensão mais significativa quando ele começa a compreender a resistência. Segundo Garcia-Roza (1995), ao abandonar a hipnose e pedir que os pacientes buscassem recordar do fenômeno traumático que originou seus sintomas, Freud defrontou-se com a resistência à tomada de consciência das ideias patogênicas, de forma que pode vislumbrar um conflito psíquico, sendo que o psiquismo defende-se do sofrimento psíquico que seria desencadeado pela emergência dessas ideias.

O retorno do recalado não se trata de uma falha da barreira defensiva, mas justamente da formação de compromisso estabelecida entre sistemas que permite que derivados das representações recalçadas sejam suficientemente deformadas que possam emergir na consciência sem provocar desprazer (GARCIA-ROZA, 1995). Por esse motivo é que o sintoma, ao mesmo tempo que pode ser o motor que aciona um sujeito a buscar uma análise, também será algo à que esse mesmo sujeito vai se agarrar para não desfazer o ganho que tem indiretamente ou disfarçadamente através de sua manutenção.

Fazendo referência a metapsicologia do processo de recalque nos três tipos de

neuroses, Freud (1915a) descreve que na histeria de angústia uma primeira fase na formação do sintoma é a emergência de um montante de angústia livre, resultado de uma representação inconsciente que foi rechaçada e cujo investimento aparece através da angústia. Ao procurar dominar e ligar essa angústia vai encontrar uma representação substitutiva, entramada por vias associativas à representação original, que possibilita uma racionalização sobre a angústia que o sujeito sente. A representação substituta tem um duplo papel, agindo como contrainvestimento que não permite que a representação original pudesse aparecer no Pré-Consciente, e também como mobilizador do desprendimento do afeto dali para diante. Inclusive, conforme o sintoma se solidifica, a reativação da angústia se dá, cada vez mais, diante da representação substituta e menos relacionada à ativação pelo contato com o conflito que estava na origem. Tudo que estiver relacionado à representação substituta será tratado como um perigo contra o qual o psiquismo se defende via contrainvestimento, desprendendo sinais de angústia para evitar o contato com a excitação externa e reagindo através de evitações fóbicas.

Já na histeria de conversão o investimento pulsional da representação que foi recalçada é convertido em uma moeda física. O contrainvestimento atua, nesse caso, na escolha do fragmento que será derivado para a inervação corporal, já que ele necessita se prestar tanto para a expressão do impulso recalçado, como para o trabalho defensivo do sistema Consciente. Por esse motivo é que o sintoma se apoia tanto no contrainvestimento como no investimento pulsional que vem do sistema Inconsciente. Comparando a neurose obsessiva – em que o sintoma aparece vinculado à formação reativa – e a histeria de angústia, com a histeria de conversão, Freud conclui que nas duas primeiras o trabalho do recalque aparece muito mais porque há um predomínio maior do contrainvestimento e a falta de uma descarga, como a conversão corporal presente na terceira.

## **2.4 O sintoma e a resistência**

Em *Inibição, Sintoma e Angústia (1926)* Freud vai descrever cinco tipos de resistência; uma primeira resistência provinda do Id, a compulsão à repetição pela viscosidade da libido, que leva à necessidade de reelaboração durante uma análise. Uma resistência provinda do Superego, caracterizada por uma necessidade de castigo e consciência de culpa. E três resistências que são originadas do Eu, o recalque, a transferência e o ganho secundário com a doença. Conforme amadurece a técnica psicanalítica, Freud passa a afirmar que a tarefa do analista é a de identificar o tipo de resistência, de que instância provém e interpretar a

resistência. Para ilustrar o ganho com o sintoma, como esse se infiltra e se sustenta na vida de um sujeito, trago um segundo exemplo clínico.

Luís chega para sua primeira entrevista comigo já com um diagnóstico pronto: “é depressão”. Diz que seu pai também tinha momentos difíceis. Está há dois anos afastado do seu trabalho, inicialmente por um desgaste físico que o levou a um procedimento cirúrgico, mas o período se estendeu pela depressão que sucedeu seu afastamento. Possui um negócio de família, porém não se envolve no mesmo, com exceção de pequenas tarefas que considera muito desgastantes, “muita correria”. Passa grande parte de seu tempo em casa, cuidando de atividades rotineiras da casa. Sua mulher trabalha e, embora ele não diga diretamente, fica claro em sua fala que ela toma a frente das decisões na casa e arca com grande parte do sustento do casal. Me conta que está vivendo um momento muito ruim, de pensamentos ruins, que sente ter atingido o fundo do poço. Sente-se um inútil. Não tem vontade de sair de casa para nada.

Pensa em estudar no futuro, mas não pensa em transformar o estudo para nenhuma atividade laboral. Quando pergunto sobre planos de trabalho, não sabe se poderá voltar ao trabalho – gostaria de voltar, mas espera que a empresa lhe ofereça outro tipo de função. Narra como nunca teve oportunidade de crescer na empresa, trabalhou por muitos anos, viu outros subirem e não chegou sua vez. Conta isso sem se questionar sobre sua própria participação nesse contexto, é como se fosse um problema da empresa. Me parece que também não há uma preocupação dele em retornar ao trabalho, isso não o angustia, pelo contrário, a questão de Luís seria muito mais: eu preciso mesmo trabalhar?

A sensação da entrevista era de uma frouxidão, um homem desconectado da realidade, sustentado pela mulher e escondido por trás de uma depressão que supostamente o fragilizava.

Na semana seguinte, retorna para a segunda entrevista e inicia me dizendo que passou a semana muito bem, pensou coisas boas e está determinado a dar a volta por cima, voltar a ser quem era antes. Pergunto sobre quem quer voltar a ser e ele me diz:

Eu sempre fui uma pessoa muito envolvida com a comunidade, sempre busquei o bem, coisas boas, sempre pensei muito na justiça. Gosto de me envolver com atividades, tipo ONG, algo que nos faça ter sentido, uma coisa pelo bem maior. Tenho um ideal que é mudar as coisas e acredito que o caminho para fazer isso é o envolvimento em atividades sociais, eu sempre fui muito atuante na comunidade. Eu sempre tento conciliar, ver o que é pelo melhor de todos.

Passa a hora me contando como faz para ser conciliador, evitando discussões e problemas que são “estresses desnecessários”; e vai surgindo um homem que se põe passivo em suas relações, que é passado para trás por colegas e amigos. Não se impõe quando necessitaria, reduzindo-se a ser tratado como ele próprio denomina por “capacho”, embora sem se implicar nessa fala. É um discurso vitimizado, em que não se considera como sujeito ativo das cenas que vive.

Na terceira entrevista: nada de novo! Me conta que está buscando manter pensamentos positivos e sente que está cada vez melhor. O que me causa incômodo e angústia porque nada se alterou na vida desse homem e porque ele vem às entrevistas, mas não me demanda. Conta os anos faltantes para se aposentar, gostaria de um trabalho diferente, embora não tenha claro o que. Do negócio da família pensa em sair, atribuindo ao incômodo e à sobrecarga de preocupações que o negócio traz, o principal motivo da depressão. Faz largos relatos de seus sintomas físicos e psíquicos, como por exemplo, da sensação de que está muito esquecido, com dificuldade de acordar pela manhã.

Luís tem um discurso dissociado, o que denuncia sua dificuldade de se pensar. Uma fala vazia, distante de todos os conflitos e da realidade que o cerca. Praticamente não fala da esposa, com exceção de quando alega que o compreende e apoia, sendo importante para ele.

Quando questiono sobre as finanças da casa, como fica entre ele e a mulher, ele me diz não saber ao certo quanto sua mulher ganha, imagina que é mais que ele, mas pensa que ela se queixa demais, é muito estressada e deveria viver de forma mais tranquila. Novamente aqui ele não associa o incômodo da mulher com algo da relação com ele, também não quer saber das contas, nem de quanto ela ganha. Evita assim, defrontar-se com sua própria condição, evita também perceber a discrepância que há entre o que ele diz e aquilo com que sua mulher tem de arcar quando ele se ausenta e se deprime.

Me conta que o pai tem um ressentimento muito grande com a esposa, mãe de Luís, porque ela não recebeu uma parte de herança que seria de seu direito. Desde então, o pai de Luís cobra da mulher que ela foi covarde porque não brigou com seu próprio pai pelo que deveria ser seu. Acusa ela de ser, por isso, responsável pelas dificuldades financeiras que o casal enfrentou ao longo de toda a vida.

Luís fica identificado com esse pai ressentido, passivo, em uma posição oral receptiva, que passa os anos se queixando porque não lhe deram o que queria e precisava. Quando é confrontado, Luís se vitimiza e se encolhe, se afasta e deixa os outros brigando sozinhos. Vive alienado de sua própria história.

Assume uma postura passiva, oral dependente e regressiva, encontrando nisso um meio de viver através da evitação das exigências da vida. Uma situação clínica angustiante justamente pela falta de angústia em Luís!

A partir dessas entrevistas, concluo que não se trata de uma depressão, embora possa ter essa aparência a partir de alguns comportamentos. O que está em jogo com Luís é uma histeria, em que se pode identificar a mesma *belle indifférence* que Freud constatou nas históricas conversivas que recebia para tratamento. Luís arma suas relações dentro desse caráter de passividade, em que sua mulher assume não somente a posição ativa no casal, mas também tem de carregá-lo. Quando ela se queixa, lhe diz, por exemplo que ele lhe parece um padre com seus discursos e sermões constantes, ele a considera insensível aos seus problemas e não aprecia seriamente o que diz, não se deixa tocar.

Em Luís se presentifica a resistência através do benefício secundário que representa o afastamento do trabalho, em um sentido amplo – considerando o afastamento de todas as exigências da vida. Situação complexa pelo estabelecimento de ganhos através do sintoma.

Após quatro meses recebendo Luís dessa forma, sem observar alteração em sua posição subjetiva frente à seu adoecimento, estabeleci um prazo de um mês para que ele me dissesse se queria prosseguir com o tratamento e por que. Além disso, ele precisaria me pagar o tratamento e esse pagamento deveria vir de seu trabalho.

Fiz dessa forma porque era necessário que houvesse uma alteração de sua posição comigo, porque ele se acomodava em uma atitude queixosa e ali poderia permanecer, fazendo a manutenção do mesmo caráter passivo que constituía sua enfermidade psíquica. Assim, utilizei desse enquadre para provocar um rompimento na resistência e avaliar a possibilidade de estabelecer-se efetivamente uma análise.

Luís respondeu a esse enquadre revisando seu papel no negócio familiar, com outra função e valor maior. Me afirma que deseja prosseguir, vejo uma reação de sua parte porque não quer perder o espaço comigo. Desacomodou! O que é um bom sinal, mas nada além disso. Freud já alertava para não iludir-se muito rapidamente com a sedução histórica, que logo rearma a mesma cena de passividade e que inverte o desejo para o outro.

Passa-se um ano de tratamento, durante o qual Luís retorna para seu trabalho; de onde estava afastado; tem momentos em que me diz que fica olhando para trás e pensando em tudo o que perdeu quando estava “deitado em casa, olhando para o teto”. Responde às minhas intervenções com algumas alterações em seu discurso, podendo abrir mão de um roteiro que até então era só repetição.

Quando chega próximo do recesso do tratamento, combinado para fevereiro, me diz

que vai sair de férias em janeiro e que teríamos de ver como fazer. Me propõe que talvez fosse bom ficar um tempo sem tratamento, que poderíamos interromper e ele retornaria em março. A proposta é feita dessa maneira porque não quer arcar com suas faltas, espera que eu me adapte e não considera justo me pagar se estará em férias. Retorna, nesse momento, a mesma postura passiva presente no início desse tratamento: inverte nossa relação, de modo que sou eu quem preciso dele, eu preciso querer que ele venha, eu preciso aguardá-lo, eu preciso adaptar o recesso ao período que ele escolheu de férias. Me diz:

Então eu vou ter que te pagar, eu sabia! Achei que tu iria reagir mais ou menos assim, porque é de novo né. Fiquei pensando “de novo aconteceu”. Eu não tinha lembrado que era em fevereiro, não lembrei do tratamento. Mas agora eu fiquei pensando que eu não tinha me convencido quando você me falou, eu achei muito rígido isso, e aí esqueci.

Lhe digo que ele espera que eu aja da mesma forma como ele próprio faz, deixa que os outros o façam de capacho, mas também têm de aceitar tudo à sua maneira, não podem lhe exigir nada. Me põe em uma situação impossível: se eu não cobrar dele, aceito que ele me desrespeite; se eu cobro, ele me considera rígida e injusta. De qualquer forma, não se responsabiliza e não se incomoda com a situação que ele próprio cria. Ele me responde:

Olhando por esse lado eu entendo, é um compromisso né. Talvez eu não dei valor. Veja só, parece que eu não sinto, até tu me dizer essas coisas estava tudo bem. Aconteceu, eu esqueci, pronto.

Faz uma associação, em sequência, em que me conta de um episódio de sua adolescência quando um colega o chamou de um apelido pejorativo e ele deu um soco nesse colega.

Sua associação remete à raiva, tão rara de aparecer de forma ativa em Luís. Em geral, vem pela via passiva que estava me propondo anteriormente na situação do pagamento. Também é uma resposta à minha intervenção de não aceitar de pronto sua proposta, não arcar com seu sintoma. Ao final dessa sessão me diz:

Eu gostei dessa sessão de hoje, talvez tu tenha que ser mais dura comigo mesmo, mais direta eu entendo melhor.

O entendimento que houve nessa sessão foi o de que eu não me deixo agredir por ele e que isso – sua forma sintomática de se posicionar e de se relacionar – está para ser analisada. Penso que essa sessão exemplifica como o sintoma retorna dentro do processo analítico, confirmando aquilo que nas entrevistas iniciais aparecia presente em sua vida: a posição histórica, oral passiva, encoberta por um diagnóstico de depressão que reforçava a formação sintomática.

Ainda, podemos pensar como o conflito neurótico não se dá por encerrado com a formação do sintoma, a luta prossegue porque a pulsão continua ativa, de forma que o próprio sintoma vai se tornar objeto dessa luta. Esse é o processo que vai entrar em jogo quando alguém se decide a iniciar uma análise, ou seja, o sintoma vai migrar para a relação transferencial que se estabelece com o psicanalista. A neurose é como um ser vivo, não é algo que está fechado e terminado, segue em crescimento e movimento, e é dessa mobilidade que surgirá, na análise, a transferência (FREUD, 1915d<sup>62</sup>).

---

<sup>62</sup> FREUD, Sigmund. *Puntos sobre el Amor de Transferencia (1915d)*. In: *Obras Completas – Vol XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

### 3. O CAMPO TRANSFERENCIAL E A OPERAÇÃO DIAGNÓSTICA

#### 3.1 “Para fazer um omelete é preciso quebrar os ovos” – Em que consiste a transferência

A frase citada acima é de uma nota de rodapé do texto *Sobre o Início do Tratamento* (1913) de Freud, e é usada para discutir a complexidade da regra da associação livre. A regra diz que é necessário que o paciente diga tudo, lutando contra as resistências que aparecem de múltiplas formas, como nas censuras à determinados temas, nas autocríticas à alguma associação, na ausência de assuntos dos quais falar, no cuidadoso preparo de informações para relatar previamente à uma sessão, ou ainda quando o paciente passa a dividir os assuntos das sessões de análise com um amigo, esvaziando a força das comunicações na relação com o analista. São todas situações em que Freud destaca como a resistência irá agir dentro da relação analítica tão logo comece a aproximar-se de conteúdos conflitivos. Ainda nessa mesma nota, Freud faz uma analogia para expressar a firmeza que o analista necessita ter diante das manifestações resistenciais, alegando que a regra da associação livre deve ser preservada da mesma forma que uma lei deve se aplicar a todo um território, pois assim que se delimita um espaço em uma cidade onde há direito de asilo, todos os canalhas residentes na mesma irão ali se reunir.

Quando a transferência se torna uma resistência, ou seja, quando começa a circular na relação entre o analista e o paciente elementos de repetição de protótipos de satisfação infantil, é que o tratamento psicanalítico poderá ser efetivamente vivenciado. Freud (1913, p.144) diz que somente merecerá o nome de psicanálise “se a transferência emprega sua intensidade para vencer as resistências”. Esse é o trabalho de perlaboração descrito em *Recordar, Repetir e Elaborar*<sup>63</sup> (1914a), ou seja, um trabalho de elaboração que se dá dentro do tratamento psicanalítico, em que o paciente pode internalizar a interpretação.

Em *Sobre a Dinâmica da Transferência*<sup>64</sup> (1912a) Freud a descreve como um *clisé* que se manifesta necessariamente no tratamento psicanalítico, já que todos possuímos um modo próprio de exercício da vida amorosa e, parte da libido que não encontra satisfação total nos objetos, vai se voltar como expectativas sobre o analista a partir desses *clisés* pré-

<sup>63</sup> FREUD, Sigmund. *Recordar, Repetir, Elaborar (1914a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

<sup>64</sup> FREUD, Sigmund. *Sobre la Dinámica de la Transferencia (1912a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

existentes. Por isso Korman<sup>65</sup> (1998, p. 103) argumenta que a transferência está atrelada ao que ele designa por “caráter relacional da vida psíquica”. Nossa essência, a própria constituição psíquica, se dá pelo outro, na relação com o outro, somos humanos porque aprendemos a ser com alguém e, assim, todas nossas relações conterão essa marca das relações primeiras.

Freud, com a ideia do *clisé*, estuda como a transferência, ao mesmo tempo que se constitui no modo de rememoração e, por isso, de tratamento analítico, está sempre intrincada com a resistência. A cena que um paciente estabelece com o analista vai se construir de forma que a satisfação através de modelos infantis de relacionamento com o objeto se fará presente. O dispositivo analítico contribui para o surgimento desse fenômeno através das regras de funcionamento que promovem a frustração dos modos de satisfação habitualmente utilizados, forçando a aparição desses modos e a possibilidade de compreensão e interpretação desses pontos de fixação libidinais.

### 3.2 Pontos de fixação e resistência

Laplanche (2001, p.190) define a fixação a partir da teoria freudiana do inconsciente, como: “o modo de inscrição de certos conteúdos representativos (experiências, imagens, fantasias) que persistem no inconsciente de forma inalterada e aos quais a pulsão permanece ligada”. Ela é formada pela conjugação de fatores históricos de cada indivíduo e por fatores constitucionais, como por exemplo a força que um determinado componente pulsional pode possuir, e ainda pela característica viscosidade da libido, que faz com que tenda a manter-se aferrada aos modos de satisfação prévios. A fixação, portanto, funciona como uma inscrição efetiva no psiquismo, de maneira que, se considerarmos o que foi anteriormente explicado do modelo da Carta 52 de Freud a Fliess<sup>66</sup>, essa inscrição será retraduzida em conexão com diferentes traços que se inscrevem posteriormente.

Essa característica da libido de amarrar-se fortemente em modos de satisfação de fases de desenvolvimento psicosssexuais, reproduzindo esses mesmos modos de satisfação por meios regressivos, está, portanto, diretamente vinculada com a etiologia de diferentes distúrbios psíquicos, podendo ser atrelada, por exemplo, à neurose obsessiva quando a fixação está na fase anal ou à uma histeria quando está na fase fálica.

A forma como o paciente recorda, durante uma análise, será através da repetição

---

<sup>65</sup> KORMAN, Victor. *El Oficio de Analista*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

<sup>66</sup> No Capítulo 2 do presente trabalho.

desses modos de satisfação anteriores. A repetição irá se manifestar em fragmentos na transferência, de forma que o paciente coloca em ato sua recordação, enquanto o analista vai promover que se dialogue em rememoração, no campo psíquico. O núcleo do próprio tratamento psicanalítico está nesse aspecto transferencial, tanto como resistência – já que o trabalho será o de tornar consciente ao paciente seus próprios modos resistenciais – quanto porque a transferência constitui um modo de recordar protótipos infantis na relação com o analista (FREUD, 1914a).

A transferência se presta para a resistência porque a análise vai trabalhar buscando liberar a libido de protótipos infantis nos quais está encadeada. Esses protótipos se formam a partir dos pontos de fixação da libido durante o período da primeira infância, ou seja, durante o período de estruturação psíquica, e definem os modos de um indivíduo de se relacionar com os objetos, de tal forma que as vivências da vida adulta serão atraídas por esses modelos e se expressarão através de uma resistência ao trabalho da psicanálise toda vez que este mobilizar a forma como a pessoa investe nos objetos. A intervenção do analista enfoca a ação sobre o modo de satisfação pulsional.

Freud (1914a) nos ensina que a resistência necessita sempre ser considerada, em todos os passos do tratamento, sendo que toda vez que a análise se aproxima de um complexo patógeno se repete o levantamento da resistência contra a rememoração e contra a alteração na forma como a pessoa dispõe dos objetos. O terreno da transferência é para onde necessitam estar concentrados todos os conflitos para que a análise possa operar; assim Freud nos esclarece o papel da transferência para a cura analítica – a cura compreendida por ele como uma alteração psíquica efetiva em que a pessoa se liberte de seus sintomas, angústias neuróticas ou inibições – pois é penetrando nos seus vínculos com a resistência que o analista irá poder trabalhar.

A psicanálise, a partir dessa compreensão, não trabalha com a neurose considerando-a como um aspecto histórico, que esteja firmado no passado de uma narrativa. Pelo contrário, o passado, nesse contexto, é uma poderosa força atual e será repetido via o que Freud chamou de política de avestruz do paciente, referindo-se ao fato de que toda vez que este se esconde de tomar contato com os conteúdos que se relacionam com sua enfermidade, como se enterrando a cabeça na areia, acaba por repetir aspectos dessa mesma enfermidade que lhe escapam do controle consciente. A coragem do paciente em dirigir seus esforços para entender o que se passa com ele mesmo é como a necessária aproximação de um inimigo para que seja possível combatê-lo (Freud, 1914a).

Para exemplificar essa atitude do paciente perante seus sintomas, retomo as entrevistas

com o jovem esportista, descritas no capítulo anterior; nelas podemos ver como a clareza do sintoma pode ser falsa para o trabalho analítico. Lá observamos que a descrição do que ocorria ao jovem poderia parecer, em um primeiro momento, um conjunto de manifestações obsessivas com um conteúdo claro e definido. Contudo, observando a relação que ele estabelecia com esses conteúdos, é possível notar que estão isolados a ponto de serem sentidos como um invasor estranho que o apanha de surpresa. Nesse ponto do diagnóstico psicanalítico a transferência é essencial, porque o encanto pela compreensão dos processos de formação do sintoma não substitui o trabalho necessário de transformação em um conteúdo que não seja somente uma fala racionalizada sobre o sintoma; é preciso trazer o sintoma para dentro da relação. É necessário diferenciar suporte metapsicológico para compreender um processo, do próprio processo analítico, em que a transferência entra. Por isso a clareza do sintoma pode ser enganosa, porque um conteúdo estar manifesto não equivale a estar na consciência.

A forma defensiva como esse jovem está posicionado subjetivamente perante esses conteúdos que começam a ameaçar sua organização de caráter obsessivo fica evidente, por exemplo, nessa na sua fala:

tem muita gente que quer que o outro perca, por exemplo se um vai jogar, pensam: tomara que jogue mal (...) De certa forma eu estou competindo com o outro guri que joga comigo, mas eu nunca penso assim, nunca quero o mal dos outros, eu acho que é bom se a gente se dá bem, tem que pensar assim.

Podemos observar esse mesmo modo de defender-se que se expressa transferencialmente quando ele concorda com minhas observações na entrevista, porém acrescenta em seguida, e de forma sucessiva durante as entrevistas, frases como: “já estou melhor”, “está tudo sob controle”, “tudo ficará bem”. Nega sua angústia, busca dominá-la via formações reativas e as intervenções já de início serão sentidas por ele como parte do rol de assuntos diante dos quais é preciso se proteger. A busca pela consulta vem em um momento em que toda essa organização de caráter obsessivo, caracterizada por suas manias ritualizadas e atos de proteção contra os perigos que ele próprio e os que ele ama estariam correndo, parecem não estar mais conseguindo dar conta de sua angústia, ameaçando desmoronar essa conformação.

O primeiro problema de diagnóstico aqui, portanto, se define a partir da relação transferencial, consistindo em uma questão sobre se e como ele poderá receber as intervenções analíticas.

### 3.3 O falso enlace

Em *Estudos sobre a Histeria* (1895) aparece, pela primeira vez nas obras de Freud, o termo transferência no sentido psicanalítico, em que é compreendido como um falso enlace de representações que recaem sobre o analista.

A compreensão psicanalítica do funcionamento do psiquismo faz com que não se tenha qualquer ilusão de eliminar o conflito psíquico, porque no conflito estabelecido na neurose, quando há o desenvolvimento de um sintoma, o conflito se dá entre impulsos que se encontram em diferentes terrenos – pré-consciente e inconsciente – de forma que não há comunicação ou acordo possível, pois funcionam como duas línguas diferentes. E é função da análise permitir que se encontrem no mesmo terreno, da consciência, para que haja possibilidade de acordo (FREUD<sup>67</sup>, 1916-17).

Não há qualquer intenção de orientar o paciente, ou conduzi-lo para um determinado caminho, porque o propósito terapêutico é que ele possa ter autonomia para tomar suas decisões, conhecendo seus modos de fazer pela tradução do inconsciente para o consciente. Assumir a responsabilidade sobre seu próprio inconsciente é o que permite, segundo Freud (1916-17), a proteção contra a imoralidade, pois o sujeito adquire uma coerência maior sobre si. Porém para isto, não basta que “se saiba” sobre o inconsciente, não basta apenas comunicar ou informar um paciente sobre o que lhe ocorre ou quais são seus desejos ocultos, a que ele poderia responder mantendo esses conteúdos na consciência, porém sem tomar consciência, no sentido de alterar-se psiquicamente.

O indivíduo se protege e defende contra essa tomada de consciência. Resiste. E o caminho da análise será o de tornar consciente a resistência; esse é o lugar adequado da interpretação, porque esse é o terreno da luta entre forças que querem manter o conteúdo recalado e forças que buscam desfazer o recalque.

O próprio processo psicanalítico promove a renovação de conflitos em torno de materiais recalados, porém nessa renovação Freud (1916-17) observa que há dois fatores que se encontram em estatutos diferentes quando emerge o sintoma em comparação com tempos

---

<sup>67</sup> FREUD, Sigmund. *Conferência XXVII: la transferencia (1916-17)*. In: *Obras Completas – Vol XVI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

anteriores aos quais as representações em jogo estão ligadas. Esses dois fatores vêm em auxílio para que o paciente sustente o processo, sendo que o primeiro consiste no fato de que ele enfermou como consequência das formas que utilizou anteriormente como saídas psíquicas para a angústia, e o segundo que o seu eu está em um momento muito mais fortalecido e complexo em comparação a quando o conflito foi originalmente recalçado, embora ainda aja como se fosse tão frágil quanto o eu infantil que temeu a erupção pulsional, o que o levou a recalá-la.

A transferência é o processo pelo qual o conflito se desloca para a relação com o analista, que passa a ser objeto de interesse para o paciente. Inicia-se um processo em que o paciente tem curiosidade sobre a vida do analista, pode também deixar de encontrar associações e afirmar que não lhe vem nada na cabeça, dentre outras reações que o distraem de seus propósitos quando buscou a análise e se pode concluir, a partir desse desvio que se dá, que transferiu intensos sentimentos para o analista (FREUD, 1916-17).

Ao investigar como a transferência esteve presente e marcou o tratamento de Dora, Mezan (2014) localiza características desse campo que se armou entre a paciente e Freud, destacando uma resposta de Dora após a interpretação do segundo sonho feita por Freud. A resposta que ela dá após a extensa interpretação analítica é: “e daí, o que apareceu de tão interessante?” Freud, nesse momento estava trabalhando através da tradução do inconsciente para a consciência e na interpretação, por consequência, enfocada em fazer essa conexão. Por isso, ele fica tão impactado pela resposta fria da paciente, sem considerar que suas intervenções têm um impacto emocional sobre a mesma e, portanto, sobre a forma como irá responder. O clima afetivo que se forma entre ambos é parte do próprio sintoma, de maneira que a força da interpretação dependerá dessa análise da transferência.

Quando redige seu caso clínico, Freud tem interesse em convencer tanto a paciente como ao leitor de sua teorização sobre a etiologia dos sintomas neuróticos. O seu interesse pessoal torna-se um dos fatores de sua própria transferência que irão afetar esse tratamento.

Ele vai ficando progressivamente irritado com Dora, o que Mezan localiza na redação do historial clínico por termos que vão mostrando sua impaciência com a obstinação de Dora em não querer se tratar, comportamento que Freud descreve como intolerável e reage à indiferença dela diante de suas interpretações com um número cada vez maior delas, além disso vai inserindo de mais detalhes e sua fala vai assumindo um “tom autoritário, por vezes agressivo” (2015, p.405).

Este é o campo que se arma: Dora desenvolve uma transferência histórica, em que o desejo é o de frustrar o desejo do outro, por isso se oferece através de seus sintomas e de suas

associações para, em seguida, triunfar sobre o outro deixando-o insatisfeito pela ausência de efeito que sua interpretação causa nela; ela fica fria e impenetrável à fala de Freud.

Como Freud entende a relutância dela como resistência, “não leva em conta as dimensões efetivas da sua própria participação no processo analítico” (p.407). Se sente desafiado em sua vontade de ter razão e de saber. A oferta sedutora de Dora é recebida por Freud com fascínio que leva a um duelo intelectual, em que a questão de poder e dominação passa ao centro da cena transferencial. Nessa análise do caso, Mezan traça uma distinção entre contratransferência e transferências do analista sobre o paciente, para esclarecer a resposta que Freud experimenta com Dora. A contratransferência se refere à reação do analista a partir do que o paciente projeta nele, enquanto que as transferências do analista são anteriores, dizem respeito aos conflitos do analista. E conclui que Freud vivencia esses dois elementos com Dora, se defende da sedução e da hostilidade históricas, e também atua sobre ela sua fantasia de um conquistador, a partir de seus interesses em validar sua teoria, que o cegam para o papel que ocupa – na mesma linha do pai de Dora e do Senhor K – como mais um homem importuno, que mente e faz uso dela para interesses próprios. Embora Freud atribua o fracasso desse tratamento à insuficiente compreensão da transferência, Mezan argumenta que é a contratransferência de Freud que tornou-se um impedimento para o processo.

### **3.4 “Só o amor pode sanar”**

A frase é citada por Freud como uma das confissões de pacientes que vem a desenvolver um vínculo transferencial erotizado. A expectativa de retribuição afetiva é vivida pelo paciente como se fosse referente à relação atual, com admiração e ciúmes pelo analista. Freud (1916-17) está explicando como a transferência possui um vínculo íntimo com a natureza da própria condição da enfermidade. O afeto transferido para o analista pode tomar a forma de um desejo por se sentir como o filho preferido ou ter uma amizade indissolúvel, ou outras formas mais diretas de demandas de amor. Estamos falando de transferências de vínculos amorosos e ternos que entram no rol das resistências, ao mesmo tempo em que, na psicanálise, é necessário que haja amor de transferência para que o paciente deposite confiança no analista, para que seja possível gerar uma liga na relação.

O processo transferencial não é exclusivo da análise, mas é a psicanálise que busca permitir seu surgimento e trabalha sobre ele, tornando-o o grande impulsor do trabalho analítico. Para exemplificar como a transferência vai aparecer dentro do processo analítico, Freud apresenta diferentes modos transferenciais:

o analisando não refere recordar-se de haver sido desafiante e incrédulo frente à autoridade dos pais; contudo, se comporta dessa maneira frente ao médico. Não recorda de haver ficado presa de desconcerto e desamparo em sua investigação sexual infantil, mas apresenta uma acumulação de sonhos confusos, se lamenta de que nada lhe sai bem e, proclama, é seu destino não acabar nunca nenhum negócio. Não se recorda de haver sentido intensa vergonha por certos quefares sexuais, nem de haver temido que o descobrissem, mas manifesta avergonhar-se do tratamento a que agora se submete e procura mantê-lo em segredo frente a todos (FREUD, 1914a, p.152).

A partir dessa exposição de conjuntos transferenciais trazida por Freud, eu agrego um exemplo clínico, de uma paciente que buscou a análise por possuir uma fobia de dirigir carro. Essa mulher, apesar de possuir habilitação, sente-se impedida de tomar a direção desde que ocorreu um episódio no trânsito e ela passou a ter a sensação de que, quando estava dentro do carro e colocava as mãos no volante, o carro começava a aumentar de tamanho assustadoramente. Isso desencadeava um processo de angústia que a fez parar de dirigir. Tinha uma impressão de que ela ia ficando pequena dentro do carro e este ocupando cada vez mais espaço. Em termos de relação transferencial estabelecida, a sensação de estar com ela era semelhante à que ela descrevia no carro. Ela ocupava todo o espaço da sessão com uma fala quase ininterrupta possivelmente, também, com um ganho de não dar espaço para que lhe dissesse algo que pudesse mobilizá-la.

### **3.5 Escuta e manejo**

A partir do exemplo clínico acima podemos pensar como a escuta necessita englobar esse contexto de sensações e de respostas em nível não necessariamente verbal, mas que se infiltra no modo de se relacionar do paciente com o analista.

Nasio (1999, p.27) cita uma pesquisa da década de 1950 realizada por Edward Glover sobre o que representava elementos para constituir uma teoria comum para a psicanálise e encontrou um único elemento em comum: a transferência. Considerando que outros elementos, como a forma e sobre o que se interpreta, questões relacionadas ao *setting*, duração e frequência, não encontram acordo entre diferentes concepções da técnica psicanalítica.

Poderíamos argumentar aqui que a própria forma de manejar com a interpretação e o enquadre já são resultado, ou pelo menos influenciados, pela transferência. Se o manejo da transferência é o principal recurso para trabalhar com a repetição e a chance de transformar a repetição em elaboração psíquica, também compõe o aspecto mais singular e trabalhoso para o analista (FREUD, 1914a).

Mezan<sup>68</sup> (1996) faz uma retomada das origens históricas e etimológicas da interpretação para chegar à especificidade da mesma na psicanálise. Nos conta que a interpretação contém a arte da tradução, sendo que exige que haja uma possibilidade de expressão pela fala para que possa trabalhar no seu papel de conectar elos de sentido. Na psicanálise, elos que possam ligar aspectos caóticos na cadeia de representações psíquicas. O que a psicanálise traduz possui um caráter especial pois, o inconsciente – o objeto de interesse para a compreensão de todos os fenômenos da psicopatologia psicanalítica – somente poderá ser conhecido através de seus derivados. Portanto sempre estamos diante de uma analista intérprete, embora sua intenção não seja a de simplesmente elucidar o sentido oculto, o que corresponderia a uma operação intelectual. A intenção do analista é de que a interpretação, pela forma como é elaborada e proposta, funcione como um propulsor de modificações psíquicas. Isso é específico da interpretação psicanalítica, já que ela é tradução e, pela tradução da resistência, também é uma incidência que faz o processo se alterar, indo na direção de desconstrução das defesas, conforme o autor “a intenção calculada para desequilibrar e reequilibrar, em favor da consciência, o interjogo entre o recalado e o ego” (1996, p.29). Serve como uma ponte entre representações da história atuada no processo analítico.

A transferência adquire características que a tornam mais complexa do que mera repetição do passado, sendo um ato em si, no presente, uma resistência, uma fantasia. Nesse campo é que a interpretação deve incidir.

Desenvolvimentos na técnica relacionados a interpretação, como a técnica ativa proposta por Ferenczi, levaram a uma ênfase maior na interpretação da repetição transferencial vivida efetivamente na situação analítica enquanto atualidade. Também os textos de Freud que definem a segunda tópica, a segunda teoria da angústia e a dualidade pulsional entre pulsões de vida e de morte, levaram a desenvolvimentos teóricos bastante diferentes conforme foram compreendidos por vertentes psicanalíticas posteriores a Freud.

---

<sup>68</sup> MEZAN, Renato. Cem Anos de Interpretação. In: SLAVUTZKY, Abrão; BRITO, César Luís de Souza; SOUSA, Edson Luiz André de. *História, Clínica e Perspectiva nos Cem Anos da Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

Melanie Klein as adotou para usar um estilo interpretativo que visava atingir a angústia por trás das defesas de forma direta, no seu ponto máximo de expressão, como o núcleo da mesma. Já Wilhelm Reich desenvolveu uma técnica inversa, em que trabalhava a interpretação como de camadas mais externas para chegar às mais centrais, partindo da interpretação da resistência para chegar na interpretação dos conteúdos. Lacan adotou um estilo interpretativo que possui um caráter de revelador da falta, tendo o cuidado de não tornar-se a própria interpretação mais uma forma de recobrimento imaginário ao qual o sujeito adere (MEZAN, 1996).

Mezan destaca assim que na psicanálise contemporânea “a interpretação continua prevalecendo como método, mas o que se interpreta depende do que cada tendência considera como o cerne da vida psíquica” (1996, p.37). A interpretação sempre parte de uma conceitualização metapsicológica, uma base de sustento para definir o alvo sobre o qual precisará operar, sendo que, sem essa base a interpretação seria impossível, porque trabalharia de forma solta, despropositada.

Pensando na importância da transferência para a psicanálise, podemos compreender a ênfase que Freud dá, em *Conselhos ao Médico sobre o Tratamento Psicanalítico* (1912), à escuta do analista como livremente flutuante. A necessidade de reduzir ao máximo possível a intencionalidade da escuta permite que esta efetivamente possa ocorrer, como diz Freud: “se em uma seleção um segue suas expectativas, corre o risco de não achar nunca mais do que já sabe” (1912, p. 112), ou seja, o analista corre o risco de perder-se do paciente, envolvendo-se com seus próprios desejos de compreender, de resolver um enigma, de trabalhar bem, de conduzir o paciente conforme seus próprios ideais, e é, portanto, perturbado pelo seu próprio narcisismo.

Ainda outro perigo que Freud identifica para a possibilidade de escuta do analista é o que chama de tentação de atividade pedagógica, contra a qual alerta que o tratamento não se dá pela via da reflexão teórica ou de um esforço de vontade, e adotar esse caminho significa incorrer em uma resistência do próprio analista com o processo. Também são desvios confiar em explicações de um paciente para postergação do início de uma análise, ou no quanto ele possui de expectativas positivas em relação ao tratamento psicanalítico. São desvios porque a resistência se fará presente independente das compreensões racionais do processo.

A escuta que Freud aconselha é uma que extrapola a forma habitual de escutar, exigindo como que uma desatenção, à semelhança de um investigador que não se apressa por encontrar a verdade, mas mantém como que uma atitude de suspeita, de abertura para o que

pode ser descoberto, de forma que tratamento e investigação – inclusive investigação diagnóstica – coincidem na psicanálise.

Aulagnier (1989) defende que o tempo da interpretação não pode ser previsto em absoluto durante as entrevistas iniciais, porque para se tornar possível depende de um trabalho prévio de elaboração por parte do sujeito porque o que interessa em uma interpretação é o quanto ela poderá ser apropriada e utilizada para a reorganização psíquica por parte do paciente. O que se avalia, portanto, é como um sujeito assimila aquilo que recebe do analista e que uso irá fazer da interpretação. Diz a autora “meu objetivo ou minha esperança são que o sujeito, uma vez terminado seu percurso analítico, possa colocar as aquisições da experiência vivida a serviço de objetivos escolhidos sempre em função da singularidade de sua problemática, de sua alquimia psíquica, de sua história” (p.187). O propósito de uma análise, portanto, é o de um rearranjo da economia psíquica que permita uma existência menos limitada por seus conflitos e sintomas.

Se retomarmos o fragmento clínico de Luís trazido no capítulo anterior desse trabalho, podemos pensar no diálogo que se dá ao final da sessão relatada em que ele me diz: “Eu gostei dessa sessão de hoje, talvez tu tenha que ser mais dura comigo mesmo, mais direta eu entendo melhor”. Essa sessão ilustra como se deu um conjunto de manejos que fiz com o enquadre para arrancar Luís da passividade sintomática da qual padecia, porém nesse final poderíamos considerar a presença de uma provocação de Luís para que eu assumisse novamente o papel daquela que é dura, manda, exige e abusa dele, repetindo a polarização de suas relações afetivas em que ele permanece passivo. Dessa forma, sua resposta pode conter essa sutileza da repetição que necessita ser escutada pelo analista, mesmo que a intervenção e o enquadre tenham sido organizados naquele momento visando retirá-lo dessa atitude.

Se considerarmos, a partir de uma retomada de Pereira (2017, p.183) sobre a origem etimológica de “anamnese”, o que temos é “*Ana*: movimento sublime que vai de baixo para cima, permitindo acesso a um nível superior de organização. *Mnesis*: a recordação, em um sentido quase litúrgico, de reencontro existencial, de celebração íntima do acontecimento enquanto tal”. Encontramos então a descrição de um dispositivo de escuta, de encontro com o outro, que em psicanálise também implica um reencontro consigo mesmo. Uma abertura de quem escuta para o inesperado que é a alteridade do outro. Uma escuta que coloca o paciente, com sua singularidade, no centro de toda a atividade terapêutica.

A preocupação com a escuta do analista é o que também está presente quando Freud escreve *Pontos sobre o Amor de Transferência* (1915d). Ele alerta novamente, para as tentações que o analista pode incorrer ao desejar ser querido pelo paciente, ou sentir-se

enaltecido quando o paciente se enamora dele. Freud revela como por debaixo de uma transferência erótica novamente é a resistência ao tratamento que se manifesta; portanto, é preciso cuidado com o narcisismo do analista.

O amor transferencial é, em grande parte, resistência ao tratamento e, também, é o próprio tratamento, porque permite que o paciente sustente a árdua tarefa, como Freud designou, de enfrentar suas resistências e poder atravessar uma transformação de economia psíquica. A faceta resistencial é percebida pela guinada que o paciente dá em relação à análise, que deixa de ter importância, sendo que todas as suas atenções e interesses se voltam sobre o analista e seus sentimentos em relação a ele enquanto pessoa. A libido se desloca para a relação com o analista, de modo que o paciente encena seu próprio desejo incestuoso nesse amor transferencial. O amor transferencial, diferente das demais relações amorosas, possui algumas características que o diferenciam como tal, como explica Freud (1915d), primeiramente é um amor provocado na situação analítica, sua segunda característica é o seu surgimento a partir de uma resistência na relação, e em terceiro lugar que adquire propriedades que observam pouco a realidade objetiva.

Se o analista perder sua posição de alteridade, isso significaria um triunfo do paciente sobre ele, que repetiria em ato perdendo-se a conservação da repetição no campo psíquico. Um triunfo de aspectos de fantasias infantis. Compreender esse fenômeno como um teste para pôr a prova o analista permite, quando possível, seguir trabalhando sem sufocar essas manifestações, nem corresponder a elas. Essa é a postura de abstinência, que busca manter a frustração do paciente em um nível suficiente para que se analise. Como os demais aspectos transferenciais, é preciso explicitar o protótipo de amor infantil que está em jogo.

Estamos vendo que existe um caráter nunca totalmente codificável nos procedimentos técnicos da psicanálise e isso se deve às características dialéticas que se estabelecem entre a teoria e técnica. Nesse sentido que Figueiredo e Coelho Junior (2000) referem que para pensar a posição do analista é preciso conjugar técnica e ética; por isso a leitura que fazem sobre os *Artigos sobre a Técnica* de Freud é a de que a intenção não era tanto a de estabelecer formalidades, mas de funcionar como uma espécie de interdição para certos procedimentos.

Os autores descrevem três interditos presentes nos conselhos e recomendações que Freud deixou para os psicanalistas. O primeiro interdito se refere ao uso abusivo da sugestão, em que entram todos os desejos pedagógicos, doutrinários, ortopédicos do analista, que poderia ter a intenção ou a tentação de corrigir e endireitar o sujeito que vem ao seu encontro. Nessa direção, não se deve abusar do amor de transferência, já que seu uso necessita ser dirigido para vencer resistências ao processo analítico.

A segunda interdição é aplicada ao furor interpretativo ou compreensivo, uma vez que perdemos o contato com a superfície psíquica do paciente, ou seja, da experiência vivida do paciente na relação analítica. Exemplificando, dentre os trabalhos sobre a técnica, no artigo *O Uso da Interpretação dos Sonhos na Psicanálise* Freud<sup>69</sup> (1911) alerta como, mesmo os sonhos podem se tornar um elemento que se presta para a resistência em um processo analítico quando um paciente começa a gerar uma enorme produção de material sobre a qual é difícil obter associações ou quando o analista começa a demonstrar muito interesse pela interpretação dos sonhos. Nessa situação o analista pode acabar atraindo justamente sobre esse material o ponto de atividade da resistência do paciente, de forma que a orientação e o alerta é para que o analista não seja seduzido por material associativo de qualquer ordem trazido durante uma análise. Esta é uma advertência diretamente relacionada ao campo transferencial, já que o cuidado a se ter, como analista, é o de não fazer um uso narcísico da interpretação dos sonhos, sob pena de gerar um impasse para o trabalho. O foco da análise sempre é o campo transferencial, inclusive através de sonhos corroborativos de determinadas interpretações.

Nesse sentido, o furor interpretativo pode recair sobre os sonhos ou sobre qualquer outro conteúdo, quando se transforma em um fim em si mesmo, perdendo-se a possibilidade de gerar um efeito de transformação e/ou aumentando as resistências do paciente. Uma interpretação por si só vale muito menos do que o efeito que ela irá produzir, sendo esse o foco com o qual o analista necessita estar conectado, como quem acompanha as possibilidades e alterações no trânsito psíquico.

O terceiro ponto de interdição apresentado por Figueiredo e Coelho Junior (2000) é quanto ao furor pesquisante, que impõe limites aos desejos do analista em fazer ciência e fechar um determinado saber. Os propósitos de pesquisa e produção teórica sobre um caso não devem se sobrepor ao tratamento, porque fazem com que a escuta assuma uma direção e um propósito diverso da psicanálise. Os autores lembram que o analista necessita renunciar ao controle da relação estabelecida e também das previsões típicas da pesquisa.

Através dessas três interdições podemos pensar que Freud está nos orientando a proteger a relação analítica dos modos de imposição do analista. Conforme os autores:

a impaciência, o excesso de determinação terapêutica ou científica, a pressa na formulação e administração de interpretações e, muito

---

<sup>69</sup> FREUD, Sigmund. *O Uso da Interpretação dos Sonhos na Psicanálise (1911)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

particularmente, a extração a fórceps de lembranças, de histórias etc., tudo isso está em franca oposição ao que seria desejável: uma capacidade de *insistir, suportar e sustentar um processo de cura* ao longo de seu percurso e das turbulências deste percurso (FIGUEIREDO E COELHO JUNIOR, 2000, p.18-19).

A psicanálise não pode trabalhar pela via da uniformização ou de uma simplificação pragmática, e também não com o abuso pela via narcísica do analista do poder transferencial. Deve levar em conta as variáveis tanto do lado do paciente como do lado do analista para que esse processo possa se desenvolver, de forma que o analista precisa assumir uma posição de certa reserva: uma presença reservada, que possa integrar a disponibilidade para o encontro com o paciente em todas suas emergências psíquicas e também que o preserve dos excessos de presença da pessoa do analista (FIGUEIREDO E COELHO JUNIOR, 2000).

Aulagnier (1989) nomeia de movimentos de abertura aqueles que o analista irá adotar durante as entrevistas iniciais. Ela destaca a compreensão de uma análise como um processo de constantes movimentos, uma relação de trocas que se estabelece entre dois sujeitos. Tais trocas possuem sempre um sentido, um conhecimento e um afeto, ou seja, é uma prática não somente à nível de representações como seria um encontro filosófico, racional e teórico, e também não funciona somente à nível afetivo, como um movimento catártico. É nesse sentido, do movimento analítico, que Korman (1998, p. 87) diz que “a psicanálise não é uma atividade contemplativa senão transformativa”. Diz ainda que é um trabalho compartilhado por analista e analisando, sendo que o agente das mudanças é o paciente.

Freud (1913) propõe as entrevistas iniciais como um jogo de xadrez, em que apesar de conhecer as formas como as peças podem ser movidas e as regras do jogo, para jogar é preciso efetivamente estar no jogo e ver como o outro vai se movimentar. Comporta, portanto, sempre um certo montante de desconhecido. Assim, as entrevistas iniciais possuem um espaço singular no sentido de que têm uma espontaneidade determinada pelo fato de que são os primeiros contatos, ainda sem que os jogadores conheçam as manobras um do outro, embora seja muito rapidamente, durante as próprias entrevistas, que essas mesmas manobras irão operar.

A escuta do analista será, portanto, tomada por esse contexto de cargas emocionais que se levanta no encontro e sua contratransferência definirá essa capacidade de escuta, porque estará presente nessa linha de contato com o paciente. Nesse campo é que se faz necessário definir uma indicação de análise.

Os critérios de analisabilidade sofrem grande influência dos referentes teórico-clínicos e, também, houve um processo de alargamento desses critérios desde Freud, incluindo inclusive a prática analítica com psicóticos. Aulagnier (1989) considera que os critérios de analisabilidade, quando nos deparamos com o sujeito em carne e osso, são muito mais difíceis de serem definidos do que quando o imaginamos como um indivíduo abstrato através do suporte teórico. O sujeito real pode ter muito mais por trás de um quadro sintomático do que é possível apreender durante as entrevistas. Então o que se busca nesses primeiros encontros? Elementos balizadores que nos permitam pensar se há indicação para uma relação analítica, o que significa prever, dentro do possível, se a análise poderá ser um processo apropriado por aquele sujeito, se poderá lhe render transformação psíquica. E, também, se o analista está disposto a se engajar nesse processo com essa pessoa especificamente, necessitando realizar aquela espécie de autodiagnóstico já comentada nesse trabalho, considerando suas possibilidades de estar junto com aquele específico neurótico ou aquele singular psicótico. São questões que se dirigem à mobilidade psíquica do próprio analista, que precisa ponderar sobre o quanto poderá não se aprisionar na estagnação que vai emergir durante aquele processo exclusivo.

Portanto, os primeiros critérios de analisabilidade são essa posição teórica sobre a abrangência da ação analítica, acompanhada dessas interrogações sobre cada paciente singular que se apresenta e o impacto contratransferencial que gera e também da concepção de propósito do processo analítico que o analista assumir. O analista reúne essas impressões e irá avaliar o tipo de relação que aquele sujeito estabelece com a realidade e também a relação que estabelece com sua história infantil e sua relação com seu inconsciente (AULAGNIER, 1989).

As entrevistas iniciais servem para ajudar o analista a determinar seus movimentos de abertura, com as questões relacionadas ao enquadre como frequência, honorários, divã, que necessitam ser pensadas como um conjunto de combinações que permitam um duplo espaço relacional. Uma relação com combinações que garantam que o real está presente de forma independente da transferência que se estabelecerá, ou seja, o enquadre opera como um contínuo que garante que, por exemplo, o analista não reaja vingativamente a uma transferência hostil. E, ao mesmo tempo, a presença de um espaço relacional transferencial, em que o analista se torna um personagem, um espaço disponível para ser alvo das demandas transferenciais (AULAGNIER, 1989).

Pensando nisso, poder-se-ia dizer que, se há um ponto em uma análise a ser efetivamente preservado, é este: o enquadre. Justamente para poder fazer emergir a

transferência e poder trabalhar analiticamente por sobre ela. Conforme Laplanche<sup>70</sup> (1993, p. 165), é preciso pensar esse enquadre como constituindo uma tina psicanalítica. É o enquadre que permite “ao mesmo tempo manter a tina em sua constância e deixá-la livre para as investidas, os ataques e, evidentemente, as interpretações pulsionais”. Assim, o enquadre, ou a tina, corresponde às paredes delimitativas do espaço analítico, para que circule somente o sexual nesse espaço. Para isso, Laplanche comenta sobre o ofício de ser analisando e de ser analista, já que a cada um corresponde uma regra de enquadre, ou seja, o analisando deve constantemente recusar-se a inibir a associação livre e o analista deve manter uma atenção igualmente flutuante.

Laplanche (1993) está sublinhando que o campo de atuação da psicanálise é o sexual e, para tanto, desenha uma tina composta por dois cilindros que se tangenciam em um ponto de apoio para ilustrar como as pulsões sexuais – o cilindro interno – estão conectadas, e tem pontos de produção ou reprodução do sexual, com um sistema de motivações autoconservativas e de interesses, representadas pelo cilindro externo, com excitação correndo em sentidos inversos ao longo dos cilindros. Refere que, não só há sexual em tudo, como há “lugares privilegiados de *produção* do sexual” (p. 126) e cita a infância, talvez alguns fenômenos culturais e o tratamento psicanalítico. O analista, portanto, vai fazer incidir seu trabalho por sobre o campo do sexual, sua intervenção necessita transpor para esse registro, que se manifesta na transferência. A análise vai incitar o surgimento da transferência, através da ordenação do dispositivo e da posição do analista.

O autor diz que esse modelo funciona como um acelerador de partículas, e que as regras técnicas estão a serviço de promover “uma espécie de reprodução estrutural das condições de surgimento do sexual” (LAPLANCHE, 1993, p. 131). São os atos do analista que fazem irromper a transferência. A transferência – o essencial na psicanálise – é invisível na realidade objetiva, necessita de um espaço definido para poder traçá-la. Nesse mesmo sentido que Viderman<sup>71</sup> (1990) diz que a possibilidade de observação depende de “dar ao fenômeno um quadro organizador, uma forma que lhe libere as linhas de força imaginárias” (p. 36). E o quadro analítico se delimita por um conjunto de regras cujo propósito de existir é, segundo o autor:

permitir o emergir dos conteúdos formais inconscientes pelo afrouxamento da vigilância do ego e pelo incremento do impulso das

<sup>70</sup> LAPLANCHE, Jean. *A Tina: a transcendência da transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

<sup>71</sup> VIDERMAN, Serge. *A construção do espaço analítico*. Escuta, 1990.

representações inconscientes que abrem os caminhos de uma expressão cada vez menos deformada. Há um esforço por permitir dessa forma, à pulsão estar presente por representações que a expressam, de maneira aproximada e alusiva, pelo desvio da associação inesperada ou da figuração simbólica, de tal maneira que as defesas do ego achem-se desatentas e como que surpreendidas (VIDERMAN, 1990, p. 40).

Fazendo referência à comparação de Freud entre o tratamento psicanalítico e o jogo de xadrez, Laplanche (1993), diz que as regras analíticas estão estreitamente associadas à estruturação do próprio campo analítico e a partida é a instauração do tratamento. “A Lei na análise, tal como Freud nos mostra, é algo que se conquista, não é simplesmente uma letra, uma regra imposta e ditada de uma vez por todas; é um espírito” (p. 132).

Nesse nível transferencial, as entrevistas se prestam para que o analista defina, também, como iniciará o diálogo, como descreve Aulagnier:

pode escolher uma atitude mais ou menos silenciosa, mais ou menos estimuladora, favorecer a fala ou, pelo contrário, suportar o silêncio, dar sinais de seu interesse ou permanecer muito vigilante em relação a qualquer manifestação que pode ser recebida e interpretada pelo sujeito como um movimento positivo, uma manobra de sedução, um convite para acelerar seu movimento de investimento a nosso respeito (AULAGNIER, 1989, p.191).

A delicada escolha desses movimentos é determinada pela consideração de qual postura irá ocasionar menor levante das resistências dentro da transferência, em uma tentativa de prever antecipadamente o que será a transferência.

Com o propósito de auxiliar a manter um campo transferencial é que Freud (1913) aconselha o uso do divã como ferramenta técnica e comenta, não de forma ingênua, que os procedimentos divergentes de analistas em relação ao uso do divã, poderiam ter mais motivos ligados “à mania de fazer as coisas diferentes, do que alguma vantagem que tenham encontrado” (p. 135). O comentário ilustra a complexidade da relação do analista com o próprio método, já que também há uma relação transferencial que se estabelece quando o

analista faz escolhas em relação a forma como irá se utilizar da técnica, de maneira que a resistência do analista poderá se expressar nessas escolhas.

### **3.6 E a contratransferência**

Da parte do analista há uma responsabilidade de analisar com rigor seus próprios desejos e fantasias. Essa medida é a única possível para manter um processo analítico aberto e protegido de excessos contratransferenciais.

Pensando nesse aspecto apresento um fragmento de entrevista inicial com Ana, uma jovem, que comparece com a seguinte queixa: formou-se em curso superior e, em seguida ao mesmo, fez especializações; porém não consegue emprego e isto a tem deixado deprimida e ansiosa.

Acredita que sua mãe está sofrendo por sua causa, por perceber que ela está triste e não conseguindo emprego, também tem estado deprimida, embora sua mãe lhe diga que não é esse o motivo. Teve um namorado que a deixou, porém ela não sabe dizer porque isso aconteceu.

Seu relato do pai é de um homem severo, exigente e grosseiro, que quer dominar a ela e também sua mãe e irmãos. O pai quer que ela trabalhe em um negócio da família e Ana diz que tem horror de pensar em trabalhar lá: “qualquer coisa menos lá, para lá não vou”.

Em um determinado momento da entrevista Ana conta que o pai não sabe que ela veio procurar tratamento, que se soubesse daria briga, porque ele não aceitaria isso. Somente ela e a mãe sabem, porque tem muitas coisas que elas fazem dessa forma sem o pai saber, para evitar brigas com ele. O pai é quem lhe sustenta financeiramente e, em troca de uma mesada, lhe exige uma lista mensal de despesas. Ela planeja forjar alguns valores dessa lista para incluir dentro deles a análise sem que o pai possa perceber.

Lhe digo que teremos que examinar essa situação, porque da forma como ela propõe, ou eu ficaria contra ela como o seu pai faz, ou seria uma cúmplice nesses acobertamentos, como ela faz com a mãe. Ela se queixa do contrato, em que estipulei que o horário era de responsabilidade dela e, portanto, as faltas seriam pagas; me diz que não gostou “dessa coisa fixa”, mas que “por enquanto” iria tentar dessa forma.

O relato de Ana prossegue vitimizado em relação a um pai carrasco e uma mãe, quase como uma irmã, conivente. Retoma diversas vezes que o pai não aceitaria, de jeito nenhum, que ela estivesse em tratamento. Diz que ele brigaria muito com ela e com a mãe porque teria de pagar por mais isso, que ele iria querer me ligar e tirar satisfações.

Vários episódios que envolviam relações triangulares começaram a aparecer nas suas associações, de forma que a minha sensação contratransferencial era de uma irritação e de sentir-me, eu própria, como uma cúmplice, participando de uma negociata escondida. Isso me fez insistir mais com Ana, querendo convencê-la de abrir mão desse segredo sobre o dinheiro e o pagamento dos honorários. Isso foi assim até o ponto em que as entrevistas não tiveram continuidade. A frustração foi mútua. Ana queria falar dos namorados e não ouvia as intervenções que eram sobre a presença de segredos em sua vida, de triangulação e pouca clareza nos relacionamentos. Eu, por minha vez, fiquei acionada e quis enquadrá-la dentro de um modelo que não seria possível naquele momento.

Embora a proposta que ela fez era de fato a de que eu ficasse em um dos dois polos – ou contra ela como o pai, ou cúmplice dela como a mãe – teria sido necessário aguardar para observar que efeitos essa intervenção – a intervenção em que explicitiei em jogo – poderia ter sobre ela. Era uma moça solitária e que sofria em sua solidão. Posteriormente me perguntei sobre os efeitos dessa relação interrompida para ela, se poderia ser uma repetição de situações de términos anteriores, em que as relações acabavam sem que ela compreendesse exatamente o que tinha ocorrido ali. De minha parte, o acionamento contratransferencial fizeram com que eu transformasse a interpretação em uma ordem e, nesse sentido, fiquei mais próxima de ocupar a posição do pai que decidia e impunha sua vontade.

Há um trabalho psíquico da parte do analista a ser realizado, que o implica pessoalmente no processo terapêutico e exige que possa tolerar uma perda relativa do controle sobre o processo e sobre o uso transferencial que o paciente fará de si. É preciso suportar e sobreviver às respostas transferenciais, ou corre-se o risco de um desfecho como o que relatei com Ana (FIGUEIREDO E COELHO JUNIOR, 2000).

Viñar<sup>72</sup> (2016) refere que é preciso colocar-se no “campo de batalha da transferência”, estando junto com o paciente, sendo que para tanto é necessário trabalhar sobre a sequência transferencial, intervindo de forma a marcar essa sequência, por exemplo, com Ana o ponto de urgência nessa sequência era a forma como ela polarizava as relações entre os que estão contra ou a favor dela. Viñar diz que é preciso crer no personagem que os pacientes nos atribuem e poder meter-se nesse personagem, não reivindicando que “eu sou eu”. A necessidade de defender-se da transferência constitui um entrave para o próprio processo de análise, porque envolve a necessidade de manter a integridade narcisista enquanto analista.

---

<sup>72</sup> VIÑAR, Marcelo. Comentários a partir de discussão de material em *Imersão Clínica realizada no PROJETO – Associação Científica de Psicanálise*, com Dr. Marcelo Viñar, em 21 e 22 de maio de 2016.

Nesse sentido, a possibilidade de ser permeável ao material e à própria transferência é uma posição clínica essencial para poder escutar e receber os pacientes.

Em relação à posição do analista diante da transferência, Freud aponta que ele não poderá nem corresponder às demandas transferenciais, nem rechaçá-las. Diz que: “superamos a transferência quando demonstramos ao enfermo que seus sentimentos não provêm da situação presente e não valem para a pessoa do médico, mas que repetem o que lhe ocorreu uma vez, com anterioridade. Dessa maneira o forçamos a mudar sua repetição em recordação” (FREUD, 1916-17, p.403).

É preciso que o paciente abra mão de uma forma de satisfação pulsional; para tanto é preciso um trabalho psíquico feito a dois, pois ele terá de substituí-la por outra forma de satisfação e esse processo não é feito conforme o desejo do analista.

A permeabilidade do analista envolve a possibilidade de deixar de “ser eu” para ser o objeto que o paciente necessita como complemento. Somente essa posição receptiva permitiria aclarar quem é esse objeto. Winnicott<sup>73</sup> (1975, p. 145) fala em “uso do objeto” referindo-se, não aos aspectos de relação de objeto, com mecanismos projetivos, mas à natureza do objeto como coisa em si, que tem a propriedade de estar ali. Diferencia uso de exploração e refere que, para passar da relação de objeto à capacidade de uso do objeto, é preciso destruir o objeto e que ele sobreviva à destruição, porque isso o coloca para além do controle onipotente do sujeito. A capacidade de sobrevivência do objeto se torna essencial ao se pensar uma relação analítica, já que, para Winnicott (1975), sobreviver significa não retaliar:

Se for numa análise que isso esteja se realizando, então, o analista, a técnica analítica e o cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Essa atividade destrutiva constitui a tentativa, empreendida pelo paciente, de colocar o analista fora da área do controle onipotente, isto é, para fora, no mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte do eu (*self*). Em termos de alimentação, então, o paciente pode alimentar-se unicamente do eu

---

<sup>73</sup> WINNICOTT, Donald. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

(*self*), e não pode usar o seio para nutrir-se. O paciente pode inclusive ter prazer na experiência analítica, mas, fundamentalmente, não sofrerá qualquer mudança (WINNICOTT, 1975, p. 146-7).

Portanto, o que Winnicott destaca está na linha da permeabilidade, de uma disponibilidade do analista a receber os ataques do paciente, sejam da ordem da projeção, de fantasias ou de manipulações, já que a própria interpretação pode ser utilizada como uma autodefesa do analista, para desviar dos movimentos transferenciais do paciente.

A essência da posição clínica permeável é que, somente através dessa capacidade receptiva, poderá haver um encontro que possa receber e transformar a guerra em uma quantidade de intensidade afetiva que possa transitar e ser manejada no nível da linguagem (VIÑAR, 2016).

### **3.7 Neurose de Transferência**

Nasio (1999) relaciona o surgimento do conceito de resistência com uma alteração da técnica catártica para a de coerção associativa, quando Freud, literalmente pressionando que o paciente recordasse, percebeu que ele não queria se lembrar. Conforme o autor, “o conceito de resistência modifica relativamente a teoria da neurose e Freud, ao invés de falar, a partir de então, em termos de corpo estranho e de descarga, transformaria isso num conflito entre as representações traumáticas sexuais intoleráveis e a consciência recalçadora, que não quer saber nada a respeito delas” (1999, p.25).

A teoria da resistência também tem efeitos sobre a técnica, em que se passa a utilizar da associação livre, considerando que a interpretação vai passar a incidir sobre a resistência à transferência. A compreensão da relação transferencial é que vai evoluir até o entendimento de que há novos sintomas que emergem no processo analítico e que são resultado do investimento que ocorre na relação analítica. Para Freud, a capacidade de produzir neurose de transferência foi um grande divisor de águas entre as psiconeuroses e as neuroses narcísicas, como a paranoia, a melancolia e a esquizofrenia. Como a transferência é o motor que irá fazer o processo analítico se dar, ele considerava que as demais estavam contraindicadas para o tratamento psicanalítico (FREUD, 1916,17).

Então, a neurose de transferência pode ser compreendida em dois sentidos: primeiro como uma categoria das neuroses, as psiconeuroses, em oposição às neuroses narcísicas. Estas se prestam a uma neurose de transferência porque a libido é sempre deslocada para objetos

reais ou imaginários, em lugar de se retirar sobre o eu. Segundo como uma neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações da transferência em torno da relação com o analista. Como uma nova edição da neurose.

Aulagnier (1989) também alerta que há transferências massivas que podem ser projetadas sobre o analista ainda durante as entrevistas iniciais, que não são o equivalente à transferência analítica. A problemática psíquica de um sujeito que busca o consultório do analista pode muito rapidamente depositar-se sobre o analista, mesmo que este próprio fenômeno possa ser considerado como um critério de não analisabilidade, essa decisão terá que ser pensada a partir dos efeitos traumáticos que podem representar para aquele indivíduo, uma repetição de uma rejeição ou a confirmação da presença de um objeto perseguidor interno na figura do analista.

A autora nos diz, por isso, que é preciso que os movimentos de abertura sejam compatíveis com o jogador em sua singularidade. Na psicose, o sujeito “bem antes de nos encontrar, parou de acreditar que no jogo da sua vida poderia encontrar jogadores diferentes daqueles já conhecidos” (1989, p.195). Dessa forma a partida poderá não ser possível se há uma transferência estabelecida com o analista como um perseguidor antes que ele possa minimamente se mover em outras posições e começar a estabelecer um vínculo mais complexo, que permita distinguir o duplo analista no personagem projetado e naquele que o escuta.

Diferente da neurose, em que o analista busca e se interessa pela projeção sobre ele próprio de representações transferenciais, na psicose é preciso buscar aquilo que a relação com o analista tem de inédito, de diferente daquilo que é constantemente projetado, em uma tentativa de relativizar quem é o objeto analista.

O dispositivo analítico está ordenado para fazer emergir a neurose de transferência, a regressão para a remobilização de demandas antigas, infantis. O neurótico, quando traz suas demandas transferenciais, o faz a partir de uma estrutura psíquica constituída que lhe permite um registro no domínio do ser que falha na estrutura psicótica. A estrutura neurótica marca separadamente a criança e o demandante atual de forma que “o sonho do neurótico não é voltar à infância, mas sim reconstruir uma história desse passado de acordo com os desejos da criança que supostamente o viveu” (p.197). É preciso essa nova história transferencial para poder deixar o passado e viver o presente (AULAGNIER, 1989).

O passado do psicótico não está no passado; seu passado decidiu seu presente de uma forma muito mais dura, em que fica difícil escapar do reencontro de uma projeção sem brechas, e a possibilidade de investimento em uma nova relação depende da possibilidade de

tornar as demandas do psicótico escutáveis para ele, de forma que o papel do analista para Aulagnier (1989) é o de um “escutador-investidor”. Outro aspecto interessante, pensando a contratransferência do analista com pacientes psicóticos, é da necessidade que ele terá, nessas situações, de recorrer a um prazer a mais que provém da teoria, para poder suportar todas as limitações e a demora de um trabalho desse tipo sem desinvestir a relação. A compreensão das razões e do funcionamento desse processo poderão trazer o prazer necessário para que se preserve presente na relação, como se a teoria pudesse servir de suporte de investimento do analista.

Então vemos porque Freud coloca os limites do tratamento nas neuroses narcísicas pelas dificuldades na vivência da transferência durante o tratamento analítico; porque é a partir do momento em que os sintomas passam a convergir para a relação do paciente com o próprio analista que se constitui a neurose de transferência. Não é que nas neuroses narcísicas não teriam transferências, mas há uma impossibilidade de gerar neuroses de transferência, em que seria necessária uma relação de reconhecimento do outro como objeto de interação, não somente como objeto da pulsão, para satisfação. Nesses casos de sujeitos com um tipo de funcionamento e estruturação psíquica de uma neurose narcísica, o que se estabelece na relação com o analista, não é como uma transferência hostil de sentimentos, mas uma indiferença que torna estéril o terreno sobre o qual se pode trabalhar (FREUD, 1916-17).

O trabalho com a neurose de transferência permite ver *in loco* como o funcionamento do sintoma e das satisfações substitutivas é algo vivo, o organismo que Freud descreveu<sup>74</sup>. A centralidade desse fenômeno é descrito por Freud porque é somente o investimento sobre os objetos que permite que haja a força necessária para as transformações que uma análise pode operar nos modos de satisfação pulsional. O aspecto intelectual, cognitivo, de um dado somente poderá encontrar via de acesso a outro ser humano se houver investimento libidinal de sua parte.

A neurose de transferência se constitui, portanto, quando o sujeito deposita um saber na análise. Nasio (1999) pensa que essa depositação em um sujeito suposto saber, deve corresponder à uma compreensão da parte do analista de que a posição é a de alguém que assume um “semblante” de mestre, sem esquecer que é sempre apenas um semblante, essa forma em que se assume uma posição que, ao mesmo tempo, não é a posição que o paciente imagina que seja, é o que permite a expressão da experiência.

O tipo de resposta que o analista dá à transferência, em contrapartida ao que o paciente

---

<sup>74</sup> Ideia trabalhada no Capítulo 1 do presente trabalho.

deposita e demanda, nunca é uma resposta direta ao que foi depositado. Pelo contrário, a resposta do analista deve conter um certo desencaixe, porque a frustração da demanda que o paciente faz pelo objeto gera a neurose de transferência. O analista necessita estar sempre um pouco deslocado da demanda que o paciente faz, porque assim faz emergir essa demanda, a coloca em foco e em movimento. Retomando a situação clínica com Ana, seria a necessidade de não corresponder nem ao pai, nem à mãe; seria uma outra posição, inédita.

Nasio (1999) vai argumentar que essa peculiaridade da técnica psicanalítica de trabalhar com a matéria do desejo do analisando, faz com que os meios técnicos empregados, diferente de como ocorre em outras disciplinas, devem servir para auxiliar nesse processo. O meio técnico de operação do analista, quando interpreta, já consiste na própria expressão de um processo, por isso não é uma técnica instrumental, dominável; o autor define a psicanálise como uma disposição do analista, um estado que permite uma experiência.

A relação do analista com a técnica necessita ser a de um profundo conhecimento para que haja a liberdade de ser “o mais inconsciente dos sujeitos, o mais inocente, o mais desarmado, o mais exposto aos efeitos do inconsciente” (NASIO, 1999, p.9), pois é no encontro inédito que poderá advir essa disponibilidade do analista e ele permite ao paciente viver a experiência analítica, uma experiência de contato com sua própria verdade inconsciente. O que Nasio denomina por experiência são os momentos de ruptura com os modos de satisfação regressivos que se repetem, são momentos que acontecem no decorrer de um tratamento analítico de genuíno contato e com potencial de transformação psíquica, momentos em que o analista é objeto da transferência do analisando.

Por isso a transmissão da psicanálise não se dá a partir da veiculação de conceitos e saberes, mas de uma experiência que permite o encontro com a verdade do próprio sujeito. Se pensarmos a partir dessa vivência, da experiência, compreenderemos que a neurose de transferência é um produto do inconsciente, vivo e que serve para que o analista possa interpretar para desmontar o adoecimento neurótico.

Nasio (1999) descreve que o analista possui três expectativas diante da neurose de transferência; uma primeira expectativa terapêutica, de que através da revivência, que é também uma nova vivência em análise, se vai tratar da doença que trouxe o paciente para a mesma. Uma segunda expectativa de pesquisa, ou seja, de investigação e conhecimento do inconsciente. E uma terceira expectativa ética, que consiste na transformação psíquica que ocorre a partir do que é vivido em transferência, em que o analisando incorpora à própria análise. Ele aproveita um conceito de Spinoza para fazer uma analogia e pensar a questão da analisabilidade de um paciente, compreendida da seguinte forma: “*a aptidão à transferência*

*analítica é o poder de ser afetado em ato pela pulsão*” e afirma em nota “lembramos que, para Spinoza, ser afetado é ser capaz, ter o *poder de*; ter o poder não apenas de agir sobre os outros, mas de *ser permeável* à ação dos outros” (1999, p.42).

Se, como disse Vieira<sup>75</sup> anteriormente, o diagnóstico psicanalítico somente tem sentido enquanto processo de nomeação de uma estrutura que sustenta e gera os fenômenos, então somente se pode pensar os fenômenos quando estão materializados, ou seja, no trabalho analítico em transferência. Na transferência é que se pode nomear os fenômenos, o que tem efeitos sobre ambos os participantes: paciente e analista.

A função de analista somente pode ser realizada por “um sujeito de carne e osso” (1998, p. 106), nas palavras de Korman, ao falar da incidência pessoal inevitável do analista. O autor diz que a única maneira de poder, eticamente, lidar com a questão e minimizar seus efeitos é reconhecendo sua existência, diz: “cada analista está metido de cabo a rabo na análise de seus pacientes e o está com suas características próprias” (p. 107). Somente reconhecendo sua própria incidência é que o analista se responsabiliza por tudo o que necessitará fazer para não desocupar sua função.

Korman (1998) diz ainda que operar sobre a transferência, interpretar, é um processo que sempre tem em si algo do estilo pessoal do analista, um “precipitado” que se gera a partir das experiências da formação e também do próprio sujeito que é a pessoa do analista, com seus desejos, sintomas e fantasias. A experiência de ser tocado nesses pontos produz efeitos psíquicos intensos, bastante infantis e, ao mesmo tempo, são os únicos capazes de alavancar mudanças – diálogos capazes de romper com os estados de repetição – ou, na expressão usada pelo autor, produzir verdades subjetivas.

Esse aprendizado do analista para lidar com seu próprio inconsciente, sem negá-lo ou sufocá-lo e sem ficar culpabilizado e imobilizado pelo contato com os próprios desejos é que constitui a formação necessária para abandonar antigas posições subjetivas. Na formação analítica deve haver o desenvolvimento de um tipo de escuta que exige disponibilidade interna, uma escuta que se torna uma forma de percepção, de sensibilidade para identificar a sexualidade dentro da comunicação manifesta (NASIO, 1999).

Viderman (1990) diz que o enquadre analítico tem o propósito de permitir a observação do fenômeno transferencial e necessita ser pensado e armado para tal. É o enquadre que dá apoio ao analista para gerar um meio, um ambiente propício, para ver e ouvir

---

<sup>75</sup> No Capítulo 2 do presente trabalho.

o que necessita e poder fazer uma intervenção em um papel “ativamente criador” de quem pode auxiliar a refazer a história do paciente.

Nesse sentido que Hornstein<sup>76</sup> (1990, p. 198) diz que “a transferência possibilita uma resignificação da história. Paciente e analista vivem e constroem em comum uma história transferencial, terceira versão, distinta da história teórica que o psicanalista tem do sujeito e da história que o paciente tem de si mesmo”. Essa historização somente pode ser feita a partir do presente, porque o inconsciente é atualizado a partir do presente, através de reinvestimentos retroativos no passado.

Essa possibilidade de historização retroativa que permite escapar de um fatalismo de determinações infantis. O manejo da transferência é o que permite à psicanálise essa nova significação aos sintomas e é através do investimento libidinal na figura do analista, que é quem interpreta essas fantasias, que o sujeito pode liberar-se da fixação objetal.

Bleichmar<sup>77</sup> (1990) aponta que a interpretação analítica “se faz consciente o inconsciente (...) não consiste então simplesmente em possibilitar que algo emerja” (p. 72). Refere-se à necessidade de que o sujeito que ouve a interpretação possa assumi-la como algo que lhe pertence e que reconheça o que é dito como algo próprio. Nesse sentido, a associação livre somente pode ser caracterizada como tal quando o paciente, enquanto fala, desenvolver a capacidade de ouvir e de pensar o significado daquilo que ele próprio pronuncia.

Assim, “tornar consciente” consiste, conforme a autora, em possibilitar um sobreinvestimento de determinado conteúdo, que leva a um trabalho psíquico. Esse reforço que leva um conteúdo à consciência vem acompanhado de desprazer e, portanto, de resistências. Nesse sentido, ela aponta para a importância da consciência no processo de cura analítica, no sentido de “apoderar-se disso que emerge para ligá-lo de um modo diferente” (BLEICHMAR, 1990, p. 78). É o processo de perlaboração, que permite o uso dos retornos do recalco de forma não conservadora, mas transformadora e ressimbolizante.

Bleichmar (1994, p. 63) diz ainda que o processo historizante que a psicanálise promove não funciona como um “tira o que sobrou e acrescenta o que faltou”, mas como uma possibilidade de recomposição. “Historizar é, então, estruturar de um modo significativo os efeitos do fático, traumático, inscrito a partir de uma decomposição e de uma recomposição que liga de um modo diferente as representações vigentes”.

---

<sup>76</sup> HORNSTEIN, Luis. *Recordar, Repetir y Reelaborar: una lectura*. In: *Lecturas de Freud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1990.

<sup>77</sup> BLEICHMAR, Silvia. *Lo Inconsciente: fecundidad clínica de sus paradigmas*. In: *Lecturas de Freud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1990.

Pôr a transferência a serviço do trabalho analítico é, conforme Korman (1998) realizar um trabalho de interpretação que se preste para “sustentar um contexto de (...) permitir, fomentar que [o paciente] forje novos mitos e lendas sobre si mesmo” (p. 89). Assim, o analista necessita “inventar formas de *estar* presente na sessão” (p. 90). Esse autor diz que tanto o paciente como o analista com quem ele irá se encontrar serão sempre singulares. Esse encontro será marcado pelos estilos próprios de cada um, incluindo a forma como o analista irá exercer a psicanálise naquela situação. Isso significa pensar o analista como alguém que sempre está realizando um modo original de exercer seu ofício, sempre se inventando enquanto analista.

Cada vez que alguém aspira a ser analista, inicia um percurso que remete ao desenvolvimento da própria ciência – na qual a teoria e a técnica estão intrincadas de forma que simplesmente não podem andar separadas. Como diz Viderman (1990, p. 38), nesse campo “o ajuste entre a técnica e a teoria que a gerou é tão estreito e tão preciso que só de tentar separá-las arruinar-se-iam as duas”. Assim, a construção do analista não tem como se dar sem que, concomitante a teoria, ele vivencie e incorpore a experiência analítica no próprio ser.

Por isso Viderman (1990, p. 47 e 48) vai dizer que “o psicanalista não é um técnico. (...) Regras técnicas aprendem-se, não são nem difíceis nem em grande número. Pode-se saber tudo sobre as cores, sua mistura, a tela, o óleo, a água e o carvão para desenho: isso nunca fez um quadro. Nós todos sabemos falar: isso nunca fez um poema”. Como o psicanalista irá trabalhar com o inconsciente, essa arte exige enfrentar-se com o inédito de cada relação, com a habilidade de empregar os conceitos metapsicológicos para compreender a emergência de cada fenômeno transferencial único.

A complexidade da linguagem do inconsciente faz com que, na fala do analista, não basta que o que for dito faça sentido para que seja entendido. A força de uma interpretação não será definida pela sua coerência necessariamente, o que determinará sua capacidade transformativa está na possibilidade de que ela, da forma como for enunciada, seja recebida naquele momento pelo paciente (VIDERMAN, 1990).

Freud (1910) nos diz que a técnica psicanalítica não pode ser apreendida dos livros. Ele, desde o princípio, referia que seu aprendizado iria exigir tempo e trabalho; tendo como característica a necessidade de que fosse ensinada de modo muito próximo, via vivências individuais, o que lhe confere um caráter artesanal, de transmissão pessoal.

Pelo mesmo motivo, referindo-se à natureza da técnica analítica, é que Viderman (1990) diz que a contratransferência está sempre posta, porque é intrínseca a todo estudo do

homem pelo próprio homem, e na psicanálise não se poderia fazer uma separação entre os resultados obtidos e a forma como se chegou a eles, ou seja, não é uma meta da psicanálise fazer um processo de higienização da relação. O espaço analítico somente pode se constituir pela presença de dois sujeitos e o papel do analista no jogo é uma posição entre a observação e a participação, não é possível não participar e psicanalisar. O autor ilustra o paradoxo dessa posição referindo que o analista deve utilizar-se, a um só tempo, tanto do raciocínio científico embasado nas concepções teóricas, quanto de sua própria implicação emocional no processo – com a qual ele necessita tomar contato.

Viderman (1990) atenta que todo comportamento do analista no campo analítico, a escolha de silêncio ou de fala, as palavras que diz, a hora de dizer, o tom da fala nunca possuem um caráter absolutamente isento:

por mais racionais que esperamos sejam essas variações e essas nuances, ligadas sem dúvida à experiência, ao dom ou à lucidez adquirida numa auto-análise incessante, elas escapam necessariamente a qualquer recenseamento possível – a qualquer racionalização. O analista faz a análise menos com seus conhecimentos e sua experiência (cujo papel e importância não se trata de negar) do que com sua contratransferência. É por essa contratransferência que se dá toda interpretação e que se escandem as alternâncias da palavra e do silêncio cujas justificações técnicas serão buscadas *a posteriori* (VIDERMAN, 1990, p. 44-45).

O autor refere que é somente *a posteriori* que podemos revisar e analisar por que dissemos ou calamos, por que escolhemos esse caminho, aquela interpretação e não outra; e, nem por isso, se deixará de fazer psicanálise no momento presente da sessão com o paciente.

A neurose de transferência não se desenvolve sem que haja um espaço afetivamente constituído. Toda a neutralidade e abstinência do analista não podem apagá-lo de sua função como segundo organizador do campo analítico. A posição de analista – de ser alguém que está promovendo a transformação de algo no psiquismo de outro – não se conquista de uma só vez e a partir de então está dada; é uma posição em que constantemente se está e não está ao mesmo tempo, porque não há uma garantia de que o processo irá se efetivar e sim um processo aberto de interação com cada paciente e consigo mesmo.

A contratransferência, assim como a própria transferência, não são fenômenos a serem eliminados da relação, mas elementos que se farão presentes na estrutura do espaço analítico. O que é preciso observar, nesse sentido, é algo semelhante ao efeito da refração na física, ou seja, qual o efeito de deformação que se dá na transmissão entre dois meios – ou dois psiquismos – diferentes e que irão compor a experiência analítica. A psicanálise não busca desfazer-se do singular – que poderia parecer sua fraqueza, mas constitui sua fortuna – pois a transformação psíquica exige a experiência afetiva (VIDERMAN, 1990).

Nesse sentido que, se Freud alertava que o analista deve manter-se isento de tomar em conta a confiança ou desconfiança do paciente no processo, será a confiança que o analista necessita depositar nas regras e na situação analítica que darão suporte ao tratamento (LAPLANCHE, 1993).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico em psicanálise, como foi abordado nesse trabalho, é um processo que envolve grande quantidade de elementos que precisam ser contrastados e combinados de forma dinâmica para assumir seu caráter e propósito no contexto analítico. Dentre esses elementos, uma característica essencial na psicanálise é a inclusão do viés intersubjetivo como parte do campo de trabalho e essa inclusão é, em grande parte, a responsável pela complexidade que a operação diagnóstica assume e pela dificuldade de descrever como se compõe esse processo.

Essa dificuldade de exposição sobre o próprio procedimento por si só já justificaria a necessidade de que se faça um trabalho desse tipo. Além disso, é importante considerar que o diagnóstico é um dos meios que a psicanálise tem de poder comunicar seu entendimento do ser humano de forma ordenada e embasada na construção metapsicológica, dialogando com outros campos do saber da saúde mental e da cultura e mesmo entre diferentes vertentes da própria psicanálise.

O viés intersubjetivo que está sempre presente implica que cada análise se compõe de forma única e que a singularidade de cada sujeito que atravessa um processo analítico não deve ser de nenhum modo abandonada, pelo contrário, uma análise se constitui em um encontro do sujeito consigo mesmo, de maior integração com os aspectos desconhecidos de si mesmo. Dai a preocupação com o diagnóstico categorizante, quando ele toma o centro do palco e, por consequência, tem um efeito dessubjetivante.

Se o diagnóstico vai na contramão da natureza do próprio processo psicanalítico, simbolizando sempre o risco de rotular e enquadrar artificialmente o singular, por que ainda assim diagnosticamos? Qual o propósito do analista ao fazer diagnóstico? Nesse ponto reside a complexidade dessa intervenção, já que algumas balizas da organização psíquica e da fonte de sofrimento que dela advém são essenciais para demarcação do campo de operação, ou seja, não é possível operar às escuras.

Esse constitui um problema central para a psicanálise porque implica em estabelecer uma posição ética do analista com seu fazer, a partir do qual se estabelecem definições da aplicabilidade do método. Como vimos no desenvolvimento do trabalho, uma psicanálise que esteja embasada em critérios equivocados vai implicar não somente em perda de tempo e dinheiro, mas, como alertou Bleichmar (2015), também em desperdício de potencial de vida.

Daí a responsabilidade ética do analista de não provocar esses danos à quem lhe procura, danos pelo uso inapropriado da técnica ao tipo de sofrimento e organização psíquicas de que está diante.

Além disso, há a responsabilidade ética do analista de revisar possíveis respostas contratransferenciais reconhecendo-as, de forma que há uma exigência de englobar o próprio psiquismo do analista dentro do campo do que será analisado em um processo terapêutico. Isto está alinhado com o método psicanalítico e sua importância consiste em poder preservar o vigor da psicanálise, sem reduzir os fracassos a racionalizações sobre a resistência dos pacientes e desconsiderar que o abandono de uma análise mal posicionada pode resultar, como discutido em um dos exemplos clínicos examinados, de uma defesa do paciente diante dos próprios riscos de desintegração. Esta exigência para com o psicanalista de uma implicação pessoal profunda com o método é a que Freud (1917a)<sup>78</sup> se referiu com uma metáfora dizendo que a psicanálise, ou partes de sua construção teórica, não pode ser como um par de óculos que o analista põe conforme lhe é útil ou interessa ou tira quando lhe é desconfortável e incômodo. É preciso que seja pensada como um conjunto conceitual íntegro e trabalhada incluindo o psicanalista enquanto sujeito.

Como funciona então um diagnóstico nesse campo? Aqui optamos por examinar como as variáveis metapsicológicas definem as condições e que estratégias serão necessárias para que haja uma terapêutica, considerando-as a partir da complementariedade de compreensão do sintoma e da transferência. A metapsicologia do sintoma nos oferece a possibilidade de fazer uma leitura e uma tradução desse produto condensado e deslocado de um conflito psíquico para além das aparências, de aprofundar o entendimento da estrutura que está subjacente ao explícito na manifestação do fenômeno psíquico. Como descrito por Freud (1926) em *Inibição, Sintoma e Angústia*, o sintoma sempre possui duas caras, uma que produz as modificações no id que removem o perigo que desencadearia a angústia. Essa primeira faceta do sintoma que permanece oculta ao sujeito. E uma segunda cara, reconhecível para o sujeito, da formação substitutiva, modificação que surge no lugar do processo pulsional. Um ponto a considerar, porém é de que a explicitação do sintoma ou ter a clareza do conflito não bastam se não for possível traduzir em relação transferencial que assumam a faceta transformadora da neurose de transferência, na qual a interpretação tem seu papel criador.

Vimos como o entendimento do processo de formação sintomático, assim como de outras formações como as inibições ou expressões de sofrimento diversas, não basta para que

---

<sup>78</sup> FREUD, Sigmund. *Conferência XVI: psicoanálisis y psiquiatria (1917a)*. In: *Obras Completas – Vol XVI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

haja psicanálise. Não basta falar sobre o sintoma, além disso, é preciso que haja uma vivência! Uma vivência sobre a história transferencial na relação analítica. A transferência portanto age como o fio condutor do processo analítico e também como um componente do diagnóstico a partir da análise das respostas no interjogo que se dá com o paciente, da compreensão de sua capacidade de vincular-se e observação do formato de vínculo estabelecido.

Se estamos considerando a transferência como um elemento que compõe o diagnóstico, obrigatoriamente teremos de levar em conta também as respostas do analista e sua própria subjetividade. Na equação da operação diagnóstica a interpretação que o analista cria é parte, porque as hipóteses são inferidas a partir da fala do paciente e, no próprio diálogo é que se constrói a operação. Como foi possível discutir no fragmento da Ana, considerando como sua proposta em relação ao enquadre trazia consigo um contexto em que eu, analista, precisaria ocupar um dos dois polos relacionais que mantinha com seus pais: ou seria a que lhe impedia de fazer suas vontades, impondo o meu desejo sobre o dela, ou seria a cúmplice de seu segredo. Nesse mesmo sentido que propus considerar que Luís também rearmava, a partir de minhas intervenções no enquadre, o formato de relação em que ele ocupava o polo passivo e eu estaria sempre sendo ativa, obrigando-o a cumprir com o que eu estabelecesse obedientemente. Essas sutilezas da escuta analítica compõem parte significativa da operação diagnóstica.

Consideramos, portanto, que a relação da psicanálise com o diagnóstico não é como a de uma formação de compromisso em que seria preciso conformar-se com uma classificação indesejada, mas sim como uma parte integrante do método. A interpretação como a arte de fazer a tradução de aspectos inconscientes somente pode ter a força de uma tradução viva se estiver adequadamente embasada no terreno da compreensão metapsicológica. Feita no contexto caloroso do afeto transferencial. Somente nesse terreno é que poderemos ver seus efeitos terapêuticos, porque a tradução da psicanálise é sempre, ao mesmo tempo, algo novo, um texto inédito que se produz.

A operação diagnóstica envolve a pessoa do analista de forma direta, assim como toda a técnica psicanalítica, trata-se portanto de um diagnóstico que nunca considera a patologia como uma parte em separado, um atacante externo e alheio – nem do sujeito que a gerou, nem da relação analítica que se estabelece e ao longo da qual o diagnóstico se desenrola.

Pensar o diagnóstico psicanalítico como uma operação demarca algo sobre a forma como a técnica psicanalítica está constituída. O diagnóstico nesse contexto significa, muito mais do que um conjunto de hipóteses elaboradas a partir do sofrimento, das queixas ou da

demanda de um sujeito. Significa também a inauguração de algo no sujeito. O que é operar? Exercer um ofício, agir e trabalhar sobre. Constitui uma ação que deve produzir algo. Fazer funcionar, acontecer algo. Esse algo que acontece é a própria análise. A operação diagnóstica, assim, constitui um instrumento que baliza o tratamento, tornando a estratégia terapêutica mais acertada.

Um diagnóstico que funciona ao modo de uma bússola. Enquanto operação ele não é um dito, um momento, um ponto que ocorre durante o processo e se encerra. Pelo contrário, se constitui em um norte, um procedimento que acompanha a própria intervenção nos modos de satisfação neuróticos.

Esse raciocínio para composição de elementos é essencial para definir as condições de início da análise e a própria definição do que é o propósito terapêutico, ou seja, sobre o que se está operando. Composto pela compreensão da metapsicologia e da técnica que leva à transformações psíquicas, não somente das queixas – daquilo que promove o sofrimento e leva um sujeito a buscar uma análise –, mas também transformações nas condições de base que produziram aquele sofrimento. A metapsicologia do sintoma e a metapsicologia da transferência podem ser consideradas as ferramentas que permitem compreender como um determinado sofrimento psíquico se estabelece, as causas que determinam como esse sofrimento irá se expressar em um sujeito, e também são aquilo que vai muito além do sofrimento expresso, não se esgotam na descrição do sofrimento atual, mas compreendem toda a base de constituição daquele psiquismo, o tipo de terreno no qual irá brotar o conflito do sujeito (BLEICHMAR, 2015).

Para diagnosticar psicanaliticamente é preciso compreender essa característica nosográfica da psicanálise, essa é a condição para poder realizar a operação. É preciso que se conheça e compreenda essa metapsicologia que possui uma integridade teórica e um manejo complexo, porque é o trabalho de enlaçamento entre o conjunto de referencial teórico e o discurso singular do indivíduo que irá discorrer sobre seu sofrimento. Como se reconhece dentro do discurso a psicopatologia? A operação consiste, justamente, nesse trabalho de trançar esse aspecto geral da teoria da psicopatologia com um material sempre singular, empírico e no qual o aspecto geral não está evidente, mas precisa ser localizado, apreendido e interpretado.

A operação diagnóstica em psicanálise serve como uma alicerce para a prescrição analítica, funciona através da avaliação e compreensão da complexidade representacional singular entramada de uma organização psíquica e está em jogo em cada momento de um tratamento.

O analista trabalha como um diagnosticador intérprete, um explorador de como a linguagem inconsciente se traduz em cada dialeto singular de cada sujeito em sofrimento. Por isso a importância de considerar o diagnóstico em psicanálise em sua dimensão metapsicológica, ultrapassando a descrição fenomenológica do processo. Isso significa considerar os modos de ser do aparelho psíquico, de sua constituição e dinamicidade, para desenhar como essa operação age.

Como vimos na definição de Violante<sup>79</sup>, a hipótese diagnóstica necessita servir para um modo de pensar o próprio tratamento, sem que lhe entreguemos a direção do processo, o que fecharia a criatividade que uma relação analítica potencialmente contém. Deve servir para orientar o analista, um mapa por onde se guiar no encontro com a alteridade do paciente sem anular a singularidade que o encontro necessita ter.

O resultado desse processo, a cura, nunca equivale ao retorno para um estado prévio em que o sujeito possuía uma organização pré-sintomática. O resultado de uma análise é um outro sujeito, são novas inscrições, ao modo do que Nasio (1999) designou como retificação subjetiva, ou seja, um novo posicionamento do sujeito para com seus próprios conteúdos psíquicos, com sua própria história, somente possível vivenciando a relação analítica como uma relação inédita, que o modifica de modo permanente.

Para o analista, isso implica em disponibilidade interna para não ter o controle e as garantias imaginárias que um diagnóstico de modelo fechado oferece. Essa operação discutida aqui constitui, por isso, uma arte: a arte de estar disponível para a relação transferencial.

Freud, em uma entrevista dada para George Viereck<sup>80</sup> (1930), travou com ele um diálogo em que lhe disse, dentre outras coisas, que considerava-se, não mais um alemão, mas um judeu, desde o crescimento do anti-semitismo na Alemanha e Áustria. Viereck, a partir dessa observação de Freud, escreveu que sentiu-se decepcionado, imaginando que Freud estaria com o espírito acima de questões como essa, quase que não seria atingido por nenhuma fonte de possível rancor pessoal. Na sequência, ele comenta que a observação de Freud também o tornava mais humano aos seus olhos, falível e com seus próprios complexos, e diz para Freud o que havia pensado. Nesse momento Freud lhe dá uma resposta interessante e que pode contribuir para nossa discussão nesse trabalho. Ele diz que os nossos complexos, nossas fraquezas, são muitas vezes também a fonte de nossas forças. O recorte da entrevista é o retrato vivo da disponibilidade que o analista necessita ter para com seu próprio

---

<sup>79</sup> Conforme a autora, “ao invés de dirigir, uma hipótese diagnóstica pode orientar o analista” (1997, p.149). No presente trabalho – Capítulo I, p.36.

<sup>80</sup> VIERICK, George Sylvester. *SIGMUND FREUD Entrevistado por George Sylvester Viereck*. In: *Glimpses of the great*, 1930.

inconsciente. Uma capacidade para ser humano, para estar presente e viver uma experiência compartilhada, sem retirar-se de cena e também sem adentrar na mesma de forma indiferenciada.

Isso significa não fazer uso dos diagnósticos como uma ferramenta para desmentir as dificuldades e para acalmar as angústias – uso que tem se tornado comum em nossos dias e que pudemos observar naquele jovem esportista que se amparava em uma entrevista do Fantástico para afirmar algo sobre o que se passava com ele, incluindo-se dentro de um contexto em que outros também têm esse mesmo rótulo, esse mesmo sofrimento e, portanto, obtendo o alívio de que ele não está sozinho. Para o psicanalista o diagnóstico, quando usado como um dogma, também pode assumir esse viés tranquilizador, porém esse alívio pela via da normalização que o rótulo diagnóstico pode oferecer cobra seu preço na capacidade criativa do tratamento e não diz nada da operação diagnóstica psicanalítica.

Este trabalho pretendeu, pois, explorar e descrever a operação diagnóstica cotidiana, buscando explicar essa operação, descrevê-la como método prático dos consultórios de psicanalistas, delimitando esse campo de trabalho e intervenção. Estudou, para tanto, a metapsicologia de dois fenômenos psicanalíticos: o sintoma neurótico e a transferência. E buscou descrever como se organizam nas relações com a estrutura psíquica singular de um sujeito em sofrimento, com uma história e que busca o analista em um determinado ponto dela. Se buscou descrever como o analista transpõe os conceitos gerais através de uma determinada forma de escutar e de se perguntar sobre o sujeito psíquico e a sua enfermidade como um todo.

Com o estudo constatou-se que há sim na psicanálise uma operação diagnóstica vigente e essencial para o trabalho analítico, embora esta possua características muito próprias da teoria metapsicológica e da técnica analítica fazendo com que o diagnóstico trabalhe sempre nos bastidores do processo, que esteja presente na cabeça do analista.

Esse trabalho não foi o de uma conclusão definitiva, sendo muito mais o de uma abertura para discutir a constituição dessa operação técnica. Uma das maiores dificuldades para descrever esse processo é a imensa quantidade de elementos através dos quais poderia ser abordado, dos diferentes materiais, vertentes e conceitos que se entrecruzam nessa operação. Considero que a possibilidade de aprofundar a compreensão desse processo considerando diferentes tipos de neurose, bem como em comparação com outras organizações psíquicas, como os quadros de psicose, são estudos que contribuem aprofundando esse campo de estudo e, principalmente, colaborando para o desenvolvimento do campo clínico psicanalítico.

## REFERÊNCIAS

AULAGNIER, Piera. As Primeiras Entrevistas e os Movimentos de Abertura. In: *O Aprendiz de Historiador e o Mestre-Feiticeiro*. São Paulo: Escuta, 1989.

BLEICHMAR, Silvia. *A Fundação do Inconsciente: destinos de pulsão, destinos do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_, Silvia. Novas Patologias a Um Século da Fundação da Psicanálise? In: SLAVUTZKY, Abrão; BRITO, César Luís de Souza; SOUSA, Edson Luiz André de. *História, Clínica e Perspectiva nos Cem Anos da Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_, Silvia. Una Metapsicología al Servicio de la Clínica. *Revista Proyecto: Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, ano 1, n 1, p.18-25, 1991.

\_\_\_\_\_, Silvia. *Lo Inconsciente: fecundidad clínica de sus paradigmas*. In: *Lecturas de Freud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1990.

\_\_\_\_\_, Silvia. *Clínica Psicoanalítica y Neogénesis: seminários*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.

\_\_\_\_\_, Silvia. *Do Motivo de Consulta à Razão de Análise e Outros Ensaios Psicanalíticos*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

CNS. Resolução CNS 510/16, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Brasília, DF, abr 2016. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm)>.

Acesso em: 15 jul. 2018.

DUNKER, Christian I. L.; KYRILLOS NETO, Fuad. A Crítica Psicanalítica ao DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

ESPÓSITO, Bruno. Superfície do Corpo, Continentes do Eu. *Revista Percurso*, n. 54, p.73-83, jun 2015.

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; COELHO JUNIOR, Nelson. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

FREUD, Sigmund. *Estudios sobre la Histeria (1895)*. In: *Obras Completas – Vol II*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Proyecto de Psicología (1895a)*. In: *Obras Completas – Vol I*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Carta 52 (6 de dezembro de 1896)*. In: Obras Completas – Vol I. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Sobre Psicoterapia (1905)*. In: Obras Completas – Vol VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905a)*. In: Obras Completas – Vol VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Sobre a Psicanálise “Selvagem” (1910)*. In: Obras Completas – Vol XI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *O Uso da Interpretação dos Sonhos na Psicanálise (1911)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico (1912)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Sobre la Dinámica de la Transferencia (1912a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Sobre la Iniciación del Tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis (1913))*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *La Predisposición a la Neurosis Obsesiva (1913a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Introducción ao Narcisismo (1914)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Recordar, Repetir, Elaborar (1914a)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica (1915)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Lo Inconciente (1915a)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Pulsiones y Destinos de Pulsión (1915b)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *La Represión (1915c)*. In: Obras Completas – Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Puntos sobre el Amor de Transferencia (1915d)*. In: Obras Completas – Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Conferência XXVII: la transferencia (1916-17)*. In: Obras Completas – Vol XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Conferência XXIII: os caminhos da formação do sintoma (1917)*. In: Obras Completas – Vol XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Conferência XVI: psicoanálisis y psiquiatría (1917a)*. In: Obras Completas – Vol XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *De la Historia de una Neurosis Infantil (1918)*. In: Obras Completas – Vol XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Más Allá del Principio de Placer (1920)*. In: Obras Completas – Vol XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

\_\_\_\_\_, Sigmund. *Inhibición, Síntoma y Angustia (1926)*. In: Obras Completas – Vol XX. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

FUNDACIÓN SOCIEDADES COMPLEJAS. *Questionando etiquetas: por uma abordagem subjetivante do sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – não ao DSM*. Manifesto – Buenos Aires, 2011.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Introdução à Metapsicologia Freudiana 3: artigos de metapsicologia narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente (1914-1917)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

GAY, Peter. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

HERRMANN, Fabio; LOWENKRON, Theodor. *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HORNSTEIN, Luis. *Recordar, Repetir y Reelaborar: una lectura*. In: Lecturas de Freud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1990.

KORMAN, Victor. *El Oficio de Analista*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

LACAN, Jacques. *O Seminário. Livro 3: As psicoses (1955-56)*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LAPLANCHE, Jean. *Problemáticas IV: O Inconsciente e o Id*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_, Jean. *A Tina: a transcendência da transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

\_\_\_\_\_, Jean. *Vocabulário de Psicanálise Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAZNIK, Marie Christine; TOUATI, Bernard; BURSZTEJN, Claude. *Distinção Clínica e Teórica entre Autismo e Psicose na Infância*. 1 ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LOWENKRON, Theodor S. Considerações sobre o Diagnóstico em Psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 52-61, dez. 1999.

MEZAN, Renato. Que Significa “Pesquisa” em Psicanálise? In: *A Sombra de Don Juan e Outros Ensaio*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

\_\_\_\_\_, Renato. Cem Anos de Interpretação. In: SLAVUTZKY, Abrão; BRITO, César Luís de Souza; SOUSA, Edson Luiz André de. *História, Clínica e Perspectiva nos Cem Anos da Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_, Renato. *Escrever a Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

\_\_\_\_\_, Renato. *O Tronco e os Ramos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

\_\_\_\_\_, Renato. Sobre a Epistemologia da Psicanálise. In: *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

NASIO, Juan-David. *Como Trabalha um Psicanalista*. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999 (Transmissão da Psicanálise).

OBHOLZER, Karin. *Conversas com o Homem dos Lobos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1993.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A Crise da Psiquiatria centrado no Diagnóstico e o Futuro da Clínica Psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1035-1052, 2014.

\_\_\_\_\_, Mario Eduardo Costa. Freud, o Sujeito da Psicopatologia e o Futuro da Psiquiatria. In: *Por Que Freud Hoje?* Org. Daniel Kupermann. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

PRISZKULNIK, Léia. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p.11-28, 2000.

ROMARO, Rita Aparecida. O Estabelecimento do Diagnóstico em Psicanálise. *Revista PSICOUF*, v. 3, n. 2, p. 23-37, jul-dez 1999.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Sigmund Freud na sua Época e em nosso Tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RUDGE, Ana Maria. Destinos do método clínico na contemporaneidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 3, p.512-523, set. 2012.

STERNBACH, Susana. Organizaciones Fronterizas y Tramas Intersubjetivas. In: *Organizaciones Fronterizas, Fronteras del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

TANIS, Bernardo. Formação – Pesquisa; Sociedades de Psicanálise – Universidade: a delicada questão das fronteiras. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 39(70), p.309-325, jun. 2006.

WINNICOTT, Donald. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

VECSLIR, Mercedes. Las Fronteras de la Clínica. In: *Organizaciones Fronterizas, Fronteras del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2007.

VIDERMAN, Serge. *A construção do espaço analítico*. Escuta, 1990.

VIEIRA, Marcus André. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Ana Cristina Figueiredo. (Org.). *Psicanálise - pesquisa e clínica*. 1 ed. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001 (p. 171-181).

VIERICK, George Sylvester. *SIGMUND FREUD Entrevistado por George Sylvester Viereck*. In: *Glympses of the great*, 1930.

VIÑAR, Marcelo. Comentários a partir de discussão de material em *Imersão Clínica realizada no PROJETO – Associação Científica de Psicanálise*, com Dr. Marcelo Viñar, em 21 e 22 de maio de 2016.

VIOLANTE, Maria Lucia Vieira. Em Defesa de uma Hipótese Diagnóstica Preliminar na Clínica Psicanalítica. *Psicanálise e Universidade: Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da PUC-SP*, n.7, São Paulo, O Núcleo, 1997.