UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

VINICIUS DE VICENZO AGUIAR

**REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA
DA PSICANÁLISE LACANIANA AOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo

2016

VINICIUS DE VICENZO AGUIAR

**REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA
DA PSICANÁLISE LACANIANA AOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

(Versão Corrigida)

Dissertação de Mestrado apresentado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Dra. Ivonise Fernandes da Motta

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Aguiar, Vinicius de Vincenzo.

Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde / Vinicius de Vincenzo Aguiar; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2016.

134 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia **Clínica**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Terapêutica 2. Psicanálise 3. Psicoterapia 4. Saúde I. Título.

RC504

Nome: Vinicius de Vincenzo Aguiar

Título: Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGUIAR, V. V. Reflexões e contribuições sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana aos profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

RESUMO:

A pesquisa promove uma investigação teórica sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana, que visa oferecer aos profissionais da área de saúde uma possibilidade de compreensão sobre a especificidade dessa terapêutica, em contraposição aos modelos psicoterapêuticos também empregados no campo da Atenção à Saúde Mental. Nesse sentido, abordaremos os temas terapêutica, ética da psicanálise e as diferenças entre o método psicanalítico e as psicoterapias, tomando como referencial de problematização a obra de Jacques Lacan e trabalhos de comentadores, seja sob a forma de livros ou de artigos científicos. O princípio metodológico utilizado foi a Pesquisa Bibliográfica, ao passo que para análise dos dados foi escolhida a Análise Qualitativa Bibliográfica. A partir da investigação, verificamos a existência de diferenças importantes entre as propostas terapêuticas da psicanálise e da psicoterapia, as quais devem ser consideradas na escolha de um tratamento. Observamos, ainda, que a psicanálise lacaniana apresenta uma concepção de terapêutica - que deve ser analisada a partir de seu próprio campo - e que não focaliza a adaptação ou a eliminação de sintomas, como ocorre na psicoterapia. De forma diferente, ela promove efeitos terapêuticos, mas os transcende na direção de mudanças na posição subjetiva do sujeito, na relação com a alteridade e na postura ética de responsabilidade perante ao seu desejo.

Palavras-chaves: *terapêutica; psicanálise; psicoterapia; saúde.*

AGUIAR, V. V. Reflections and contributions on the therapeutics of lacanian psychoanalysis to health professionals. Masters dissertation. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ABSTRACT:

The research promotes a theoretical investigation on the therapeutics of Lacanian psychoanalysis in order to offer health professionals an understanding of the specificity of this treatment as opposed to psychotherapy models also employed in the field of Mental Health. In this sense, we shall discuss on therapeutics, the psychoanalysis ethics and the differences between the psychoanalytic method and psychotherapies, taking as questioning reference the work of Jacques Lacan and his commentators, either in the form of books or scientific articles. The methodological principle used it was the bibliographical research and for data analysis, it was chosen the Bibliographical Qualitative Analysis. From the research, we observed that there are important differences between the therapeutic approaches of psychoanalysis and psychotherapy that should be considered when choosing a treatment. We noted that Lacanian psychoanalysis presents a therapeutic design - which should be analyzed from its own field - that does not focus on adaptation or elimination of symptoms, as in psychotherapy. Differently, it promotes therapeutic effects, but transcends them towards changes in the subjective position of the subject, in relation to otherness and ethical responsibility of its desire.

Keywords: *therapeutic; psychoanalysis; psychotherapy; health.*

AGRADECIMENTO

Agradeço à Isabelle, que acompanhou de perto todas as dificuldades e conflitos do processo de elaboração e escrita da dissertação. Agradeço também por sua leitura e comentários lúcidos e precisos que me ajudaram tanto.

Agradeço a minha querida orientadora, Ivonise, por me acolher no Instituto de Psicologia e por exercer seu holding winnicottiano, que me permitiu seguir o caminho do meu desejo, mesmo ele sendo lacaniano. rs

Agradeço aos queridos e queridas colegas de orientação, o Robson, a Priscila e a Leliane, por compartilharem respeitosamente o espaço de discussão e construção que é a pós-graduação. Um agradecimento especial às queridíssimas Cláudia e Maria Lúcia, que compartilharam mais de perto as ansiedades e angústias na consecução da dissertação e me auxiliaram com correções e comentários preciosos, ao final da pesquisa. Às recém-chegadas ao grupo, mas amigas queridas, a Rita e a Yara, que sempre enriqueceram a experiência da supervisão.

Agradeço também às queridíssimas, Maria Lívia e Michele, que foram tão generosas em me acolher no instituto e em supervisão, respectivamente. Também agradeço pelas contribuições valiosas na qualificação e pela paciência em me ouvir e apontar caminhos em incontáveis mudanças e reformulações do projeto que, enfim, foi possível ser concluído.

Ao final, agradeço minha família que esteve sempre presente e continente para que eu pudesse ousar e errar muitas vezes, sabendo que ela estava lá - de forma zelosa - acompanhando.

O que é terapêutico na operação analítica é o desejo. Em certo sentido, o desejo é a saúde. Contra a angústia, é o remédio mais eficaz. A culpa deve-se, fundamentalmente, a uma renúncia ao desejo. Mas, paradoxalmente, o desejo é aquilo que é contrário a toda homeostase, ao bem-estar. Como compreender o que é uma terapia que não conduz ao bem-estar? (MILLER, 1997, p. 19)

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:	8
2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A TERAPÊUTICA DA PSICANÁLISE LACANIANA:	21
3. CRÍTICAS À TERAPÊUTICA DA PSICANÁLISE:	43
3.1. O Livro Negro da Psicanálise (MEYER et al., 2005):	43
4. PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA:	55
4.1. A Psicoterapia vai dar no pior? A especificidade da Psicanálise Lacaniana no tratamento do sintoma:	71
5. PROBLEMATIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA:	92
5.1. Tradições de abordagem do sofrimento:	92
5.2. A prática psicanalítica: entre a excelência (efeitos) e a eficácia (cura):	96
6. EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSICANÁLISE LACANIANA:	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	117

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:

A pesquisa nasceu da interlocução com profissionais de saúde (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos, entre outros); assim como em razão das diversas experiências de trabalho multidisciplinar realizados, em princípio, na Associação de Amigos do Autista (AMA-SP); no Programa do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP; posteriormente em alguns ambulatorios da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA-UNIFESP), em especial o Ambulatório de Cognição Social, do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP; no Programa de Esquizofrenia da UNIFESP; e, por fim, no Lugar de Vida - Centro de Educação Terapêutica.

Este percurso, de estudante de psicologia sem identidade profissional à psicanalista lacaniano, foi marcado, em sua construção, pelo atravessamento de muitos discursos, em especial o discurso médico no HC-FMUSP e na UNIFESP e da abordagem comportamental na AMA, instituições com tendência notadamente organicista.

Nesses locais, o discurso da ciência está bastante presente e - sobretudo nos casos das instituições ligadas à medicina - fica patente a relação de exclusão da subjetividade, o que é evidenciado por uma prática clínica marcada, entre outros aspectos, por noções de terapêutica ligadas ao método científico, à estatística e à validade e à reprodutibilidade das técnicas e de tratamentos baseados no paradigma de *normal* e *patológico*, *típico* e *atípico* e *saúde* e *doença* (MORETTO, 2002).

Sendo assim, a psicanálise geralmente é excluída dessas instituições devido a uma suposta falta de eficácia ou em razão do questionamento de sua terapêutica frente a outras abordagens, consideradas mais objetivas e cartesianamente compreensíveis aos profissionais que não atuam no campo psicanalítico - tal como seria a psicologia cognitiva e a comportamental (FERRARI, 2002).

Nesse sentido, houve diversas críticas a respeito da não cientificidade da psicanálise, as quais se utilizam de critérios experimentalistas para avaliar os efeitos de uma análise. Dessa forma, afirmou-se que a psicanálise não se trata de uma ciência porque não é possível comprovar a sua eficácia objetivamente. No entanto, é preciso ressaltar, por outro lado, que a objetividade ou a realidade factual não faz parte do campo de investigação da psicanálise, pelo menos não diretamente. A psicanálise se ocupa, com efeito, de um outro registro da

experiência humana, que envolve essencialmente a intersubjetividade e o inconsciente (NOGUEIRA, 2004). O que isso implica?

Implica que a psicanálise, em razão de suas especificidades clínicas, teóricas e técnicas, necessita de outros mecanismos de validação, de verificação e de comprovação de suas verdades, saberes, teorias e eficiência. Diferentemente de um método científico tradicional, que propõe uma investigação objetiva onde há uma clara separação entre o sujeito que investiga e o objeto investigado, na psicanálise a presença, influência, diagnóstica e tratamento operados pelo analista são concebidos, por outro lado, conforme uma condição de intersubjetividade, isto é: a constituição do processo analítico resulta da trama tecida pelo encontro entre as reações subjetivas de ambos os participantes, um em relação ao outro (GOULART, 2009).

Uma distinção entre método científico e método analítico se faz necessária. Enquanto o método científico promove a cisão entre objeto e pesquisador, determinando a imparcialidade da subjetividade do pesquisador na construção dos resultados finais da pesquisa - Princípio da Neutralidade Científica. O método analítico promove a articulação entre as subjetividades do pesquisador e do “objeto” de estudo (paciente, fenômenos psíquicos, etc.), por meio da noção de transferência¹.

Por isso que o diagnóstico psicanalítico só pode ser realizado mediante a transferência, não é um processo externo ao que se passa intersubjetivamente (DUNKER, 2011). Outra diferença é a análise do próprio analista, ou seja, o cientista (analista) se “submete” como analisando ao método que ele aplica como analista. Isso traz uma implicação ética importante, pois o psicanalista, diferente do cientista tradicional, está envolvido/implicado na relação, ele não é um mero observador. Por isso, é preciso haver um cuidado na avaliação de uma prática por meio de instrumentos ou critérios externos a ela (NOGUEIRA, 2004).

Será que essas ponderações são feitas nas críticas que alegam uma falta de cientificidade à psicanálise? Apesar do cuidado metodológico necessário à toda crítica, para que não sejam comparadas práticas com epistemologias e objetos de estudo diferentes; percebemos que a psicanálise lacaniana e sua terapêutica são muito pouco conhecidas, transmitidas e formalizadas; especialmente à comunidade não psicanalítica (DUVIDOVICH, 2013). Por que isso ocorre? Nossa hipótese é que ocorre em parte devido à complexidade da

¹ Transferência é um importante conceito psicanalítico que expressa o processo no qual os desejos inconscientes se atualizam num certo tipo de relação estabelecida em geral no enquadre do tratamento psicanalítico. Nessa situação há uma repetição de protótipos infantis vivenciados com a sensação intensa de serem afetos atuais (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

teoria e de seus conceitos, assim como devido a uma certa oposição da comunidade psicanalítica em abordar os efeitos de sua prática e de sua terapêutica, como se fossem tarefas de menor importância ou que infringisse a ética da psicanálise¹, sendo tais temáticas tratadas com cautela, até mesmo, por Sigmund Freud e Jacques Lacan (SOARES, 2011).

Há muitos desafios lançados pela sociedade contemporânea aos psicanalistas. Um deles é se, depois de mais de um século após a criação da psicanálise por Freud, ela é ainda capaz de tratar o sofrimento desta sociedade tão diferente daquela do século XIX, quando a psicanálise surgiu. Como dialogar com uma sociedade tão cientificista e avessa às, muitas vezes, difíceis “novidades” que o inconsciente de cada um reserva? Como implicar um sujeito nos problemas sobre os quais ele queixa, quando há uma indústria farmacêutica que incentiva a desimplicação subjetiva, por meio de uma excessiva patologização do sofrimento, ao mesmo tempo que oferece uma resposta ao sofrimento psíquico em pílulas, cujo consumo excessivo expressa uma demanda de felicidade? Finalmente, como transmitir os efeitos terapêuticos do método psicanalítico e demonstrar a importância de sustentar a sua diferença diante das psicoterapias, tão celebradas e recomendadas atualmente? (MEYER et al., 2005).

Vale ressaltar que há diferenças importantes entre a psicanálise e a psicoterapia, as quais não tornam o método psicanalítico melhor ou mais eficaz do que os outros, mas que devem ser formalizadas teoricamente para que cada pessoa possa escolher o tratamento mais coerente com suas expectativas terapêuticas. Não entraremos no mérito de sugerir ou desaprovar caminhos, o que a ética psicanalítica não permitiria. Por outro lado, cabe debater se é possível falar numa terapêutica psicanalítica, tema em que ela é ferozmente questionada e em que gravitam conceitos muito familiares ao método científico, como “resultado” e “eficácia”. Sendo assim, será que o conceito de terapêutico empregado na medicina pode ser transportado de forma direta e sem ressalvas à psicanálise? E para psicanálise lacaniana, o que seria terapêutico? É fato que os analistas de hoje não são os mesmos da época de Freud. Será que a psicanálise é a mesma?

Houve diversas tentativas no sentido da criação de novos métodos e adaptações que surgiram como alternativas aos métodos psicanalíticos tradicionais; pretensamente mais adaptados às necessidades contemporâneas, como rapidez, escala e eficácia (FIORINI, 1987).

¹ Quanto ao conceito de ética, foi adotado Ribeiro (2004) que define ética como aquela que faz referência ao desejo do sujeito, em oposição à moral, definida como um conjunto regras sociais que gravitam em torno da noção de bem coletivo.

A evolução trazida por meio das descobertas sobre o inconsciente mudam muitas das noções a respeito da natureza humana. Perder a crença quanto ao controle das próprias idéias, fantasias, desejos é aceitar princípios de funcionamento mental muito diferentes dos tão difundidos e valorizados na atualidade: lógica, razão, discernimento etc... (MOTTA, 2004, p. 39-40).

Essas novas práticas levam os psicanalistas atuais a questionarem os princípios e a terapêutica da psicanálise pensadas originalmente por Freud e rever seus fundamentos em busca de “novos métodos”.

Motta (2005) traz um importante comentário sobre as mudanças de setting¹ e manejo promovidas pelos analistas nos dias de hoje:

O “setting” clássico ou tradicional estabelecido por Freud tem suas bases na experiência principalmente com pacientes neuróticos. O trabalho com pacientes regredidos ou em regressão mostrou a necessidade de várias modificações: tempo das sessões, pertinência ou não de interpretações, tipos de interpretação condizentes com o material vivenciado, orientações ao ambiente do paciente (pais, parentes, instituições). Com esse tipo de pacientes, o que denominamos usualmente “neutralidade” do analista cede lugar ao que poderíamos chamar o surgimento da pessoa real do terapeuta. Ou seja, aparece a marca da falha do ambiente. Algo no desenvolvimento daquele indivíduo revela a presença de um aspecto do ambiente que dificultou o desenvolvimento psíquico ou mesmo “traumatizou” ou irrompeu ou interrompeu com invasões disruptivas (MOTTA, 2005, p. 377).

Hoje em dia, os psicanalistas não abandonaram seus consultórios, mas também estão nas comunidades, nas periferias, nos hospitais, no social. Os analistas cidadãos, como nomeou Laurent (1999), são aqueles que discutem as novas formas de sofrimento, mal-estar e sintoma presentes no mundo por meio da psicanálise. Sendo assim, além de tratar o sofrimento individual nos consultórios, atualmente a psicanálise tem adquirido cada vez mais um importante papel social ao se transformar numa matriz de análise da civilização contemporânea, inclusive, denunciando as contribuições da ciência para o mal-estar na cultura (FERRARI, 2002).

Se a psicanálise não pode se manter indiferente às demandas colocadas pela sociedade atual, ela também não pode se converter numa pedagogia moral (LACAN, 1955/1998). Ou seja, ela precisa dar uma resposta à sociedade, mas uma resposta que lhe seja própria.

Por que uma pessoa deveria buscar um psicanalista e não um psicólogo, um psicoterapeuta, um terapeuta, um psiquiatra ou um padre? A questão da finalidade ou, em

¹ Configuração da prática psicanalítica composta por seu método, técnica e ética.

outros termos, da terapêutica do tratamento psicanalítico – de abordagem lacaniana – é geralmente uma questão para estudantes de psicologia, não para o público leigo que inadvertidamente procura um sujeito no qual supõe um saber sobre seu sofrimento que definitivamente o “remedeie” – não importando o método empregado para realizá-lo, desde que seja breve e – se possível - barato. Sabemos que na maioria das vezes, o tratamento psicanalítico não é breve nem barato. No entanto, sabe-se que quando se escolhe um dos caminhos apontados acima, escolhe-se também uma ética e um discurso a partir do qual se aborda um problema, sintoma, sofrimento ou mal-estar (DUNKER, 2011).

Nesse sentido, que tipo de experiência terapêutica uma pessoa que escolheu a psicanálise lacaniana se “sujeita”? É possível pensar numa terapêutica lacaniana? Se ela existe, a que se propõe? Quais seriam os efeitos na subjetividade daquele que se submete ao método?

Nesse âmbito, Motta (2005) reflete sobre o papel terapêutico da psicanálise no desenvolvimento emocional:

Trazer à consciência os danos sofridos, suas repercussões e presença na vida do paciente é de vital importância para o reconhecimento do que foi vivido em épocas pretéritas e a possibilidade de, ao revê-las, estabelecer outras bases para o desenvolvimento psíquico (MOTTA, 2005, p. 380).

A discussão acerca da terapêutica da psicanálise se torna, ainda mais importante, no momento social atual, em que ela tem sofrido duras críticas diante à opinião pública, como uma prática sem evidência científica e, portanto, supostamente ineficaz. Nesse sentido, tem sido arduamente criticada e perdido espaço diante de outras abordagens, como a cognitivo comportamental, enquanto prática válida no campo das políticas públicas (MAURANO, 2003; ROUDINESCO, 2000; SANTOS, 2010). Laia comenta a difícil posição, ainda a ser encontrada, pela psicanálise no mundo contemporâneo:

Em outros termos, por mais afiadas que sejam as críticas da psicanálise ao que nos é oferecido como pílulas da felicidade, por mais contundentes que sejam nossas denúncias de como as novas formas do discurso do mestre não cessam de aumentar o mal-estar contemporâneo, por mais que façamos uma desmontagem efetiva das novas formas de como a segregação se espalha muitas vezes sutilmente no nosso cotidiano, a orientação lacaniana não deve aspirar a uma generalização secular de suas proposições ou, para retomar uma expressão já utilizada inclusive por Freud, a psicanálise não deve se apresentar como uma forma de “visão de mundo”, uma *Weltanschauung* (FREUD, 1926, p. 117-118; 1933, p. 193-220). Há, portanto, um paradoxo que se apresenta na ação dos psicanalistas no mundo. Por um lado, se a psicanálise não propõe respostas aos impasses da civilização, sua própria

sobrevivência está ameaçada; por outro lado, se estas respostas fossem adotadas mundialmente, se ninguém mais resistisse à subversão psicanalítica, a psicanálise não deixaria de estar seriamente em risco ou talvez inclusive já morta (LAIA, 2010).

Tem havido diversas tentativas de eliminação da psicanálise no bojo das políticas públicas. Podemos citar alguns exemplos que evidenciam essa situação, como no caso da tentativa de fechamento do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), ligado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em 2012, que após intensa pressão da comunidade psicanalítica pôde ser revertido.

Há diversas críticas que afirmam uma ineficácia do método psicanalítico, que aludem a uma evolução da ciência e uma estagnação da psicanálise, que teria permanecido numa condição pré-científica, já que ela não se adapta com facilidade aos modelos científicos propostos pela ciência (FERRARI, 2002).

Essas críticas se inserem num movimento que visa a exclusão da psicanálise do campo das Políticas Públicas e da Saúde que não acontece apenas no Brasil, e sim em todo o mundo. Com efeito, esse processo pode ser evidenciado, por exemplo, por meio do artigo “*La insoportable levedad del psicoanálisis*”, escrito por Ferrer (1997) - professor do Departamento de Metodologia da Universidade de Barcelona e doutor em psicologia -, publicado no jornal *La Vanguardia*; que gerou o livro-resposta “*El psicoanálisis explicado a los medios de comunicación*” escrito pelo então presidente da Escola Européia de Psicanálise, Miquel Bassols (1997).

Em outubro de 2003, o Ministério francês anunciou a elaboração do “Plano global de saúde mental” (Plan Cléry-Melin), elaborado sem que representantes da psicanálise, das psicoterapias e da psicologia clínica pudessem participar. O objetivo do plano era avaliar as psicoterapias, enquadrá-las e submetê-las ao poder decisório do médico. Nesse sentido, os psiquiatras se tornariam coordenadores regionais e decidiriam de forma autoritária qual profissional “psi” um cidadão deveria consultar (SANTOS, 2010). O que já ocorre, de maneira semelhante, nos planos de saúde brasileiros.

Na França, a rejeição da psicanálise como prática válida na Saúde Pública pode ser exemplificada por meio da grande repercussão das publicações de obras como: “O Livro negro da psicanálise: viver e pensar melhor sem Freud” (2005), organizado por Catherine

Meyer e “*Le crépuscule d’une idole*” de Michel Onfray (2010). Ambos os livros criticam duramente a eficácia e atualidade do método psicanalítico, que estaria defasado diante de práticas mais alinhadas às evoluções da ciência.

Em diversas pesquisas, a inserção da psicanálise é debatida no contexto institucional, especialmente no hospitalar (MORETTO, 2002; 2006; FIGUEIREDO, 2009).

Se na Medicina a noção de cura bem-sucedida está relacionada com o resultado de um tratamento que tem por finalidade última a eliminação dos sintomas, as noções de tratamento e cura psicanalítica acham-se, de certa forma, subvertidas e devem ser retomadas dentro de uma problemática nova. Para a Psicanálise o eventual desaparecimento do sintoma, no sentido médico habitual, não basta de forma alguma para considerar um sujeito curado (MORETTO, 2002, p. 92).

Essa dificuldade de inserção que, diga-se de passagem, nunca foi simples, tem encontrado novos obstáculos. Outro exemplo dessa conjuntura ocorreu em 04 de setembro de 2012, quando o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, lançou e publicou a Convocação Pública nº 001/2012, Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para Eventual Celebração de Contrato ou Convênio, tendo por objeto a seleção de Instituições especializadas no atendimento aos indivíduos com autismo.

Nesse edital publicado no Diário Oficial, a Secretaria de Saúde do Estado determinou que o atendimento à pessoa com autismo se restringisse aos profissionais com formação cognitivo-comportamental e praticado a partir de uma rede credenciada de instituições privadas, que seriam criadas para esse fim.

A partir disso, foi criado o “Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública” (MPASP), constituído por psicanalistas e profissionais da área da saúde de todo o Brasil, que se uniram para defender a psicanálise de uma possível exclusão do bojo de métodos de tratamento recomendados e inseridos nas políticas públicas de Saúde Mental, tais como aquelas destinadas ao tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Esses não são exemplos isolados, mas retratam uma sociedade em mudança e que questiona a psicanálise como uma prática ainda relevante nos tempos atuais no campo da Saúde Mental, especificamente para a Saúde Pública. Esse enfrentamento não é, entretanto,

novo pois já era debatido por Freud, em sua época, tal como observamos no “Sobre a Psicoterapia”, escrito em 1905.

Ainda hoje, a psicoterapia se afigura a muitos médicos como um produto do misticismo moderno, e, comparada a nossos recursos terapêuticos físico-químicos, cuja aplicação se baseia em conhecimentos fisiológicos, parece francamente acientífica e indigna do interesse de um investigador da natureza. Permitam-me, pois, defender ante os senhores a causa da psicoterapia e destacar o que pode ser qualificado de injusto ou errôneo nessa condenação (FREUD, 1905, p. 244).

A sociedade que rejeitou a teoria freudiana ao final do século XIX seria diferente desta que rejeita a psicanálise no início do século XXI?

Em “O avesso da psicanálise”, ao considerar o discurso capitalista como a verdadeira forma de laço social da modernidade, Lacan mostra como ele é sem lei e regido somente por imperativos, colocando a mais-valia no lugar da causa de desejo. O desejo passa a ser interpretado como desejo de objetos e não mais como desejo do desejo do outro, transformando o sujeito em consumidor de objetos, todos, preferentemente, de uso rápido e facilmente substituível, com consequências que não são simples (FERRARI, 2002, p. 84).

Dessa forma, fica patente a necessidade dos psicanalistas fundamentarem e formalizarem, cada vez mais, a sua prática por meio de pesquisas e da publicação de seus trabalhos em diversos âmbitos em que a psicanálise se faz presente, de modo a transmiti-la no mundo. Este trabalho foi desenvolvido no sentido de dialogar essencialmente com a comunidade não psicanalítica sobre qual é a especificidade da psicanálise lacaniana e de sua terapêutica, principalmente em relação às psicoterapias. Essa iniciativa se relaciona ao que foi categorizado por Psicanálise em Extensão, como propôs Lacan (1967/2003) na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”.

A preocupação com a transmissão e a psicanálise em extensão não são questões atuais. Desde a Primeira Guerra Mundial, quando a psicanálise adquiriu grande prestígio, graças ao tratamento das chamadas “neurose de guerra”, havia uma preocupação de Freud sobre a amplitude do alcance da psicanálise para além dos consultórios psicanalíticos.

Naquela época, descobriu-se que o sofrimento gerado pelas guerras não eram uma simulação para impedir o retorno aos campos de batalha. Ou seja, havia um sofrimento produzido, de fato, pelos “traumas da guerra”, que não era curado simplesmente trazendo os soldados de volta as suas casas. Tal reconhecimento obtido pela psicanálise na época fez com que o Quinto Congresso Psicanalítico Internacional - realizado em Budapeste, pouco antes do

fim da Primeira Guerra Mundial - contasse com a participação de muitos analistas, autoridades do Estado e militares (LAIA, 2010).

Nessa ocasião, ficou patente o desejo de Freud em promover uma disseminação da teoria psicanalítica e de sua terapêutica ao espaço público, assim como de buscar o reconhecimento dela pela sociedade como um todo (FREUD, 1919/1996).

A criação da Policlínica de Berlim, inaugurada dois anos depois do Congresso de Budapeste, foi uma consequência representativa dessa nova política da psicanálise proposta por Freud, em 1918. Após a Policlínica, instituições similares foram criadas em várias cidades do mundo. Dois movimentos diferentes, e de certo modo opostos, nasceram dessa iniciativa: por um lado, a preocupação com a formação dos analistas vai resultar em uma produção padronizada da psicanálise e do psicanalista, exemplificada pela análise didática e, por outro, a expansão para além dos consultórios levou a terapêutica psicanalítica para diferentes âmbitos, tais como a educação, a medicina geral e o direito - ou seja, campos diversos à origem da clínica psicanalítica (LAIA, 2010).

No entanto, depois de 1938, com a propagação do Nazismo, as iniciativas psicanalíticas na Europa, comprometidas com a disseminação da psicanálise pelo mundo, são quase totalmente fracassadas. As tentativas que permaneceram, especificamente em Londres e na América do Norte, estarão mais implicadas com uma formação padronizada da psicanálise, mais centrada no atendimento em consultórios privados, do que uma prática preocupada com a psicanálise em extensão (LAIA, 2010).

Os tempos são outros, mas a necessidade de transmissão e formalização da prática psicanalítica e de sua terapêutica se configura, ainda mais necessária, na sociedade atual, na qual coloca-se em pauta práticas baseadas em evidência que elegem a ciência, enquanto campo normativo do conhecimento considerado válido (CALAZANS e LUSTOZA, 2012). No entanto, devemos ponderar acerca das consequências psíquicas de uma adesão inadvertida ao ritmo e aos valores impostos pela sociedade de consumo capitalista atual. Sobre isso, Motta (2012) nos adverte:

A comunicação nos dias atuais é vital pelos mais diversos ângulos em que possamos analisar o viver. Porém, ao lado da facilitação e velocidade dos meios de comunicação, sofremos força contrária em nossas vidas quando focalizamos apenas valores como eficiência, resultados, produtividade, etc. (MOTTA, 2012, p. 109)

Outro preceito ligado à medicina baseada em evidências é avaliar a clínica como uma prática não científica, e coerente tão somente à opinião/experiência do clínico; e a valorização da epidemiologia/estatística com objetivo de garantir científicidade/objetividade às informações. Tais definições visam tornar as práticas de saúde, como a psicologia e a medicina, mais científicas, o que significaria uma maior eficiência e eficácia para pacientes, médicos e profissionais de saúde (CALAZANS e LUSTOZA, 2012).

Nesse contexto, muitas pessoas perguntam “por que a psicanálise?”:

(...) perguntei a mim mesma por que, após cem anos de existência e de resultados clínicos incontestáveis, a psicanálise era tão violentamente atacada hoje em dia pelos que pretendem substituí-la por tratamentos químicos, julgados mais eficazes porque atingiriam as chamadas causas cerebrais das dilacerações da alma.

Longe de contestar a utilidade dessas substâncias e de desprezar o conforto que elas trazem, pretendi mostrar que elas não podem curar o homem de seus sofrimentos psíquicos, sejam estes normais ou patológicos. A morte, as paixões, a sexualidade, a loucura, o inconsciente e a relação com o outro moldam a subjetividade de cada um, e nenhuma ciência digna desse nome jamais conseguirá pôr termo a isso, felizmente.

A psicanálise atesta um avanço da civilização sob a barbárie. Ela restaura a ideia de que o homem é livre por sua fala e de que seu destino não se restringe a seu ser biológico. Por isso, no futuro, ela deverá conservar integralmente o seu lugar, ao lado das outras ciências, para lutar contra as pretensões obscurantistas que almejam reduzir o pensamento a um neurônio ou confundir o desejo com uma secreção química (ROUDINESCO, 2000, p. 9).

Independentemente do conceito de saúde, parece regra geral que - quando se trata de doença - o que vale, principalmente nas instituições de saúde, é o modelo cartesiano-newtoniano definido por estritos – ainda que genéricos – critérios diagnósticos que circunscrevem os sintomas descritos pelo CID-10 (1993) e DSM-IV (APA, 2000), que se transformaram em condições de admissão e de exclusão dos indivíduos que buscam a instituição hospitalar para cura de seu mal-estar, que pode ou não estar acompanhado de uma doença física; e de um desejo de cura que pode ou não estar associado à remissão do sintoma, como reflete Dunker (2011):

Todo sintoma exprime uma forma de mal-estar, mas nem toda forma de mal-estar é um sintoma. Talvez o mal-estar exprima a verdade incurável de um sintoma. Mais ainda, nem todo sintoma expressa uma forma de sofrimento para o próprio sujeito. Há sofrimentos impercebidos, há sintomas inomeados. Ainda que o sofrimento expresse um saber sobre o sintoma, nem sempre este saber é reconhecível ou subjetivável pelo que sofre (Dunker, 2011, p. 40).

Complexa é também a tarefa de separar sintoma e sofrimento do que pertence à “dor de existir”: a precariedade do corpo, a contingência do amor, dos desencontros do desejo, a solidão, a devastação, a angústia do que ainda não tem nome. O sintoma exige tratamento (Behandlung), o sofrimento pede por alívio (Genesung) e o mal-

estar demanda cuidado (Sorge). O sintoma pode ser curado (Heilung) e o sofrimento pode ser mitigado. Quanto ao mal-estar não podemos prometer o restabelecimento do sujeito (Heilung), entendido como um estado que substitua a miséria neurótica por um estado grandioso de felicidade e bem-estar sem oscilações (Dunker, 2011, 41).

O conceito de *terapêutica* utilizado nesta pesquisa tem origem no grego *therapeia*, do verbo *therapeúo*, prestar cuidados médicos, tratar. O termo remonta a medicina de Hipócrates e Galeno, que se referiram à terapia médica e cirúrgica para indicar os cuidados com os enfermos de forma a promover a cura de doenças (REZENDE, 2010).

Apesar de ter sua origem no grego, a palavra terapia passou para o latim e dele para as línguas modernas com uma significação ampla, definida como qualquer meio ou procedimento usado no tratamento de doentes. Já *terapêutica* é uma tradução do grego *therapeutiké*, que difere de *therapeía*, e consiste na arte ou ciência de escolher as terapias adequadas para diferentes doenças. É uma parte da medicina, como a anamnese, o diagnóstico e o prognóstico (REZENDE, 2010).

No dicionário Aurélio, pode-se encontrar a definição de *terapêutica* como: “Parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes” (FERREIRA, 2009, p. 668).

Atualmente, o termo *terapêutico* ou *terapêutica* é em geral empregado por profissionais e entidades ligadas a área da saúde em referência a um tratamento a maior parte das vezes médico. Além disso, subjaz ao conceito de *terapêutica* uma noção de cura, restabelecimento da saúde e eliminação de doenças. Nesse sentido, o *terapêutico* se refere a um meio ou procedimento que visa produzir alívio ou remissão de alguma dor, sofrimento ou sintoma (DUNKER, 2011).

É de suma importância ressaltar a definição de psicoterapia adotada nesta pesquisa, que pode incluir diversas abordagens teóricas. Dessa forma, utilizaremos o termo psicoterapia para designar toda prática psicológica que acolhe a demanda de um indivíduo tendo como objetivo primário a cura, remediação, restabelecimento ou “expulsão de um mal” expresso na forma de um sofrimento, sintoma ou mal-estar considerados como um dejetos, elemento imprestável e/ou indesejável (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Além disso, as psicoterapias aqui descritas são tratamentos baseados na influência ou sugestão dados numa relação específica entre o paciente e o psicoterapeuta, alguém especialmente interessado na eficácia de sua ação. Tal eficácia é regulada pela avaliação subjetiva do próprio paciente, que deve relatar sua queixa e deixar ao psicoterapeuta a interpretação dos fatos. A história clínica, obtida pela anamnese, deve ser traduzida na forma de signos, sintomas e síndromes segundo um vocabulário convencionado e de pretensão universal. Para os psicoterapeutas, as formas de apresentação do sofrimento, de acordo com a nomeação do próprio paciente, são tomadas como objeto numa expectativa de cura. Dessa forma, o psicoterapeuta age transformando a teoria da cura e da doença que o paciente carrega consigo mesmo, absorvendo-a em uma narrativa plausível para o paciente. Sendo assim, o psicoterapeuta é um especialista na inversão da expertise, ou seja, ele toma a experiência de sofrimento simbolizada na queixa numa semiologia e nosologia de cunho universal. Portanto, o saber singular do paciente é tornado um saber coletivo, da ciência em questão. Esse procedimento desqualifica o saber do paciente e, em seguida, transfere seu saber para o agente do tratamento. Saber do qual o psicoterapeuta se faz seu agente direto e pessoal (DUNKER, 2011).

O objetivo desta pesquisa é promover uma investigação teórica sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana, de modo a oferecer aos profissionais da área de saúde uma possibilidade de compreensão sobre a especificidade dessa terapêutica, em contraposição aos modelos psicoterapêuticos também empregados no campo da Atenção à Saúde Mental.

O uso que o profissional de saúde pode fazer do conhecimento fornecido por esta pesquisa é - a partir da compreensão das possibilidades e limites da terapêutica do método psicanalítico - considerá-lo como uma alternativa válida de tratamento, assim como as psicoterapias.

Abordar os efeitos terapêuticos da psicanálise lacaniana - apesar de fundamental para o empoderamento político da psicanálise em tempos de práticas baseadas em evidência - não é fonte de muitas pesquisas, como demonstra o levantamento bibliográfico sobre tal problemática, feito no decorrer deste trabalho. Afinal, a que se presta a psicanálise? Que tipo de experiência terapêutica ela se propõe? Essa pergunta será problematizada e investigada.

No estudo, foi utilizado como princípio metodológico a Pesquisa Bibliográfica em livros e artigos científicos. Tal método foi escolhido, na medida em que proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores sobre o tema de estudo, de forma a

fornecer um panorama de sua conjectura atual e apontar, ao mesmo tempo, para investigações e estudos posteriores (NORONHA et al., 2000).

Para análise dos dados, foi escolhido o método de Análise Qualitativa Bibliográfica, que tem como fundamento produzir uma articulação entre os dados obtidos na literatura científica e a psicologia clínica, mais especificamente a psicanálise lacaniana.

Com a finalidade de aprofundar a pesquisa sobre a *terapêutica da psicanálise lacaniana* de forma mais sistemática, realizou-se uma consulta à Biblioteca Virtual em Saúde Brasil em 16/05/2015, por meio da qual se investigou a produção acadêmica em torno do tema. Circunscreveu-se ao estudo todas as produções feitas em idioma português e espanhol, publicadas até a data da pesquisa, a partir dos seguintes descritores: Utilizou-se as palavras-chaves “*terapêutica*” and “*Lacan*”. Surgiram, em razão do levantamento, como resultado: 45 artigos, sendo 10 na PePSIC, 05 no SciELO e 30 no LILACS.

Entre os 45 artigos, 10 deles eram repetidos, ao passo que 10 deles estavam indisponíveis para acesso online. Foram lidos na íntegra os resumos dos 25 artigos restantes, para verificar a pertinência deles ao tema em questão. Dentre estes, 15 artigos não se relacionavam diretamente ao tema da terapêutica na psicanálise lacaniana, sendo assim excluídos. Portanto, restaram, como amostra final, 10 artigos, que foram resumidos e problematizados com algumas inserções e questões de forma a promover um aprofundamento ao tema.

Inicialmente, será apresentado um “Levantamento Bibliográfico sobre a Terapêutica da Psicanálise Lacaniana”, capítulo no qual foi realizado um levantamento da literatura científica em bases de dados indexadas, para obter uma visão geral das pesquisas e das contribuições anteriores, visando fornecer um panorama do conhecimento atual acerca do assunto. No capítulo “Críticas à Terapêutica da Psicanálise”, serão relatados alguns questionamentos endereçados à psicanálise, extraídos do livro de Catherine Meyer (2005), que serão - de alguma forma - abordados nos capítulos seguintes. Em seguida, no capítulo “Psicanálise e Psicoterapia” desenvolveremos as principais diferenças entre a psicanálise e as psicoterapias, no que diz respeito ao método de tratamento, à proposta terapêutica e à posição do profissional diante ao paciente. A continuação desse capítulo aborda a afirmação de Lacan de que a psicoterapia poderia levar ao pior (LACAN, 1974/2003) e discorre sobre a especificidade da Psicanálise Lacaniana no tratamento do sintoma. O capítulo “Problematização da Terapêutica” investiga as origens e influências históricas expressas nas tradições de Prática Terapêutica, da Clínica Médica Antiga e do Cuidado de Si e discute as

diferenças entre Excelência e Eficácia e qual seria a compreensão mais indicada à terapêutica que o método psicanalítico propõe. Ao final, serão descritos os efeitos terapêuticos da psicanálise lacaniana, assim como realizadas as considerações finais, com base em uma reflexão crítica de como o psicanalista pode se posicionar diante ao mundo contemporâneo, determinado por constante mudança e promovedor de demandas que a psicanálise responde (sem atender) numa subversão ainda pouco compreendida por aqueles que não a estudam. Este trabalho é, enfim, para estas pessoas.

2. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO SOBRE A TERAPÊUTICA DA PSICANÁLISE LACANIANA:

A reflexão sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana se liga de forma inseparável à dimensão ética e ao método do tratamento psicanalítico, assim como a uma discussão que se relaciona, em alguns momentos, com o cuidado de si e em outros a uma reflexão ética sobre a sua eficácia discursiva. O que ganha relevo nesse debate é um certo esvaziamento da questão da técnica, seja devido a uma obediência ao método, a uma orientação ética ou a uma crítica ao mundo da técnica (DUNKER, 2011).

Com objetivo de aprofundar a pesquisa de forma mais sistemática, realizou-se uma consulta à Biblioteca Virtual em Saúde Brasil em 16/05/2015, por meio da qual se investigou a produção acadêmica em torno do tema *terapêutica da psicanálise lacaniana*. Circunscreveu-se ao estudo todas as produções feitas em idioma português e espanhol, publicadas até a data da pesquisa, a partir dos seguintes descritores: Utilizou-se as palavras-chaves “*terapêutica*” and “*Lacan*”. Surgiram, em razão do levantamento, como resultado: 45 artigos, sendo 10 na PePSIC, 05 no SciELO e 30 no LILACS.

Entre os 45 artigos, 10 deles eram repetidos, ao passo que 10 deles estavam indisponíveis para acesso online. Foram lidos na íntegra os resumos dos 25 artigos restantes, para verificar a pertinência deles ao tema em questão. Dentre estes, 15 artigos não se relacionavam diretamente ao tema da terapêutica na psicanálise lacaniana, sendo assim excluídos. Portanto, restaram, como amostra final, 10 artigos (SOARES, 2009; LUALE & BACHMANN, 2009; SOARES, 2012; RUBISTEIN, 2011; SOARES, 2011; LAIA, 2008; MARCOS & JUNIOR, 2013; BESSET et al., 1999; MARÇOLA et al., 2010; AISENSTEIN, 2009), que foram resumidos e problematizados com algumas inserções e questões de forma a promover um aprofundamento ao tema.

Ao abordar a terapêutica da psicanálise lacaniana, parece interessante retomar a reflexão de Lacan sobre o que os pacientes nos demandam:

Primeiramente, será que é o final da análise o que nos demandam? O que nos demandam, é preciso chamei-o por uma palavra simples, é a felicidade. Com isso não digo nada de novo - uma demanda de felicidade, de happiness, como escrevem os autores ingleses na linguagem deles, é justamente disso que se trata. (LACAN, 1959-60/2008, p.342)

Em seguida, Lacan afirma que a felicidade se tornou um fator de política e que, por isso mesmo, não é passível da solução aristotélica expressa na seguinte fórmula: “Não poderia haver satisfação de ninguém fora da satisfação de todos” (LACAN, 1959-60/2008, p.342).

O que Lacan quer dizer com tal asserção? Segundo ele, a psicanálise, em distinção da ética de Aristóteles, se distancia e muito de uma doutrina da felicidade. A teoria ética de Aristóteles propõe, em linhas gerais, um certo caminho, *thélos* para a condução do sujeito à virtude ou à felicidade. Por outro lado, essa perspectiva não se faz presente no processo analítico. Com efeito, não há, nesse caso, uma moralização dos caminhos que levam à virtude ou à felicidade, posto que não há um ideal de homem a ser atingido. As vias tortuosas do desejo do sujeito são acompanhadas e desobstruídas para que ele se torne aquilo que ele é enquanto ser desejante, e não o que a psicanálise quer que seja (LACAN, 1959-1960/2008).

Vale ressaltar, assim, que - embora o sujeito que busca a psicanálise demanda, em princípio, a felicidade, como condição absoluta de existência - a psicanálise não se enquadra, entretanto, na lógica aristotélica de “ginástica moral”, pois entende que a demanda, articulada ao significante, se desloca em diferentes objetos, tal como Lacan demonstra por meio da problematização sobre o que seria o desejo:

Ousando formular uma satisfação que não é paga com um recalque, o tema colocado no centro, promovido em sua primazia, é - o que é o desejo? A propósito disto posso apenas lembrar-lhes o que nessa época articulei - realizar seu desejo coloca-se sempre numa perspectiva de condição absoluta. E na medida em que a demanda está para além e para além de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja, o que quer dizer a demanda para além do que ela formula. E é por isso que a questão da realização do desejo se formula necessariamente numa perspectiva de Juízo final. Tentem perguntar-se o que pode querer dizer ter realizado seu desejo se não é de tê-lo realizado, se podemos assim dizer, no final. E essa invasão da morte na vida que confere seu dinamismo a toda questão, quando ela tenta formular-se, sobre o tema da realização do desejo. Para ilustrar o que dizemos, se colocarmos a questão do desejo a partir do absolutismo parmenídico, na medida em que ele anula tudo o que

não é o ser, diremos - nada é do que não nasceu, e tudo o que existe não vive senão na falta a ser. (LACAN, 1959-60, p. 344-345)

Dessa forma, como o desejo não tem objeto que o satisfaça plenamente e o eu (ego) é formado por uma miríade de ideais que não tem consistência; no entendimento psicanalítico não haveria, por consequência, sentido em oferecer ao sujeito a promessa de realização de seu ser, nem mesmo um ideal de paz ou de felicidade diferente da configuração de uma falta-a-ser. O que isso significa? Quinet nos encaminha à resposta:

[...] o inconsciente como lugar dos significantes, é a morada do sujeito como ser-de-linguagem o qual é também ser-para-a-falta, pois se ele está na linguagem esta não o apreende: o sujeito é falta-a-ser porque falta um significante que o defina. (QUINET, 2012, p. 31)

No mesmo sentido, Lacan adverte:

Eis o que convém relembrar no momento em que o analista se encontra em posição de responder a quem lhe demanda a felicidade. A questão do Bem Supremo se coloca ancestralmente para o homem, mas ele, o analista, sabe que essa questão é uma questão fechada. Não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele não o tem, como sabe que não existe. Ter levado uma análise a seu termo nada mais é do que ter encontrado esse limite onde toda a problemática do desejo se coloca. (LACAN, 1959-60/2008, p.351)

Portanto, se a psicanálise não pode dar ao homem a resposta que complete o sentido de seu ser, inexoravelmente faltante, o que pode oferecer, ainda assim, a psicanálise lacaniana e o analista representante desta ética? Lacan nos indica um caminho determinado pela negatividade:

Que essa problemática seja central para todo acesso a uma realização qualquer de si mesmo, é a novidade da análise. No caminho dessa gravitação certamente o sujeito encontrará bem em abundância, tudo o que ele pode fazer de bem, mas não esqueçamos o que sabemos muito bem, pois o dizemos todos os dias da maneira mais clara – ele só o encontrará extraindo a todo instante de seu querer os falsos bens, esgotando não somente a vaidade de suas demandas, uma vez que todas elas não são para nós senão demandas regressivas, mas também a vaidade de seus dons.

A psicanálise faz toda a efetivação da felicidade girar em torno do ato genital. Convém, contudo, tirar disso as consequências. Certamente nesse ato, num único momento, alguma coisa pode ser atingida pela qual um ser para um outro está no lugar, ao mesmo tempo, vivo e morto da Coisa. Nesse ato, e nesse único momento, ele pode simular com sua carne a efetivação do que ele não é em lugar nenhum. Mas a possibilidade dessa efetivação, se é polarizante, se é central, não poderia ser considerada como circunstancial.

O que o sujeito conquista na análise não é apenas esse acesso, uma vez mesmo repetido sempre aberto, é na transferência alguma outra coisa que confere sua forma

a tudo o que vive - é sua própria lei, da qual, se posso assim dizer, o sujeito apura o escrutínio. Essa lei é, primeiramente, sempre aceitação de algo que começou a se articular antes dele nas gerações precedentes, e que é, propriamente falando, a Até. Essa Até, não é por não atingir sempre o trágico da Até de Antígona que ela seja menos parente da desgraça.

O que o analista tem a dar, contrariamente ao parceiro do amor, é o que a mais linda noiva do mundo não pode ultrapassar, ou seja, o que ele tem. E o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o analisado, com a diferença de que é um desejo prevenido. O que pode ser um tal desejo, propriamente falando, o desejo do analista¹?

Desde já, podemos no entanto dizer o que ele não pode ser. Ele não pode desejar o impossível. (LACAN, 1959-60/2008, p. 351-352)

No mesmo sentido dessa asserção, Lacan também comenta - no texto “Da psicanálise em suas relações com a realidade” (LACAN, 1967/2003) presente nos *Outros Escritos* - sobre as relações da psicanálise, enquanto instrumento de transcendência pela via do pensamento, pelo conhecimento ou pela ideia de elevação do humano. Para o psicanalista, a psicanálise não se trata disso:

A assunção mística de um sentido além da realidade, de um ser universal qualquer que nela se manifeste em imagens - será ela compatível com a teoria freudiana e com a prática psicanalítica? - Seguramente, quem tomar a psicanálise por um caminho desse tipo estará errando de porta. Para que ela se preste eventualmente a monitoração de uma "experiência íntima", isso se dará ao preço inicial de modificar seu status. Ela terá aversão de qualquer soma alucinógeno, quando já é sabido que objeta à da narcose. Numa palavra, ela exclui os mundos que se abrem para uma mutação da consciência, para uma ascese do conhecimento, para uma efusão comunicativa. Nem pelo lado da natureza, de seu esplendor ou sua maldade, nem pelo lado do destino a psicanálise faz da interpretação uma hermenêutica, um conhecimento que seja de algum modo iluminante ou transformante. Dedo algum pode ser apontado aí como de um ser, divino ou não. Nenhuma assinatura das coisas nem providência dos acontecimentos. Isso fica bem enfatizado na técnica - pelo fato de ela não impor nenhuma orientação da alma, nenhuma abertura da inteligência, nenhuma purificação que seja prelúdio da comunicação. Ela joga, ao contrário, com a não preparação. Uma regularidade quase burocrática é tudo o que se exige. A laicização do pacto prévio, tão completa quanto possível, instala uma prática sem ideia de elevação. Até mesmo preparar o que será dito na sessão é um inconveniente, no qual é sabido que se manifestarão a resistência ou até as defesas. (LACAN, 1967/2003, p. 351).

O artigo de Soares (2009), “A psicanálise em Extensão e sua Intensão”, traz uma importante contribuição sobre o alcance e os limites da psicanálise lacaniana, por meio da

¹ O *desejo do analista* é um importante operador clínico lacaniano definido por Lacan como “um não desejo de curar” (LACAN, 1959-60/2008). Ele designa a posição do analista no tratamento. No texto A direção do tratamento e os princípios de seu poder, Lacan (1958/1998) questiona a ênfase terapêutica que alguns psicanalistas davam ao tratamento, concentrado numa tentativa de domínio do ego sobre o inconsciente. Nesse sentido, Lacan criticou, entre outros aspectos, a técnica da sugestão, a manipulação na transferência e o abuso de poder. Essa advertência é uma orientação para a recusa em responder à demanda de cura - que visa emergir o desejo do sujeito - que seria suprimido por esta demanda.

retomada de seus princípios teóricos e clínicos. Para isso, aborda as noções de aplicação à terapêutica, assim como a de psicanálise em extensão, para avaliar as condições nas quais a psicanálise poderia ser colocada em prática. Soares (2009) acessa o texto “Proposição de 9 de outubro de 1967” (LACAN, 1967/2003) sobre o psicanalista da Escola onde Lacan criou operadores na formação do analista e seu emprego na civilização por meio de dois momentos de convergência. Nesse texto, Lacan define a psicanálise em extensão no sentido de presentificar a psicanálise no mundo e psicanálise em intensão com sendo a sua função didática, ou seja, com a responsabilidade de preparar operadores para ela. Dessa forma, segundo o autor, o dispositivo do passe une a psicanálise em intensão de cada um que pratica a psicanálise com a extensão desta prática no mundo.

Em seguida, Soares (2009) retoma o termo psicanálise aplicada, como as diversas práticas de orientação analítica presentificadoras da psicanálise no mundo, e recorda a seção de psicanálise aplicada presente no “Ato de Fundação” (LACAN, 1971/2003), um texto que aborda questões essenciais ao psicanalista, como o fim da análise, o procedimento do passe e a formação dos psicanalistas; e é marcado, segundo ele, pelo domínio de termos geralmente reservados à terapêutica da clínica médica. Depois ele cita o texto “O Lugar da Psicanálise na Medicina” (LACAN, 1966), quando afirma que a medicina é subjugada às demandas instantâneas do mundo científico na vida cotidiana. E continua citando o mesmo texto onde Lacan coloca sua Escola como a única que interroga a obediência da medicina a estas demandas.

Nesse texto, Lacan (1966) faz uma diferenciação fundamental na terapêutica da psicanálise para medicina na diferenciação entre demanda e desejo:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença. Será que terei que evocar a minha experiência a mais recente? Um formidável estado de depressão ansiosa permanente, que durava já há mais de vinte anos. O doente veio me encontrar no terror de que eu fizesse a mínima coisa que fosse. Diante da simples proposta de me rever em 48 horas, a mãe, temível, que durante este tempo tinha acampado em minha sala de espera, tinha conseguido arranjar as coisas para que isto não fosse possível. Isto é de experiência banal, só o evoco para lembrar-lhes a significação da demanda, a dimensão em que se exerce a função médica propriamente dita e para introduzir aquilo que parece fácil de abordar e que entretanto só foi seriamente interrogado em minha Escola: a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo. A partir do momento em que se faz esta observação, parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para

saber que, no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja. (LACAN, 1966/2001, p. 10).

Vale abordar essa importante diferença que a psicanálise lacaniana promove na escuta do paciente. Diferentemente da medicina, a psicanálise considera a subjetividade e o desejo do sujeito em sua diagnóstica e na direção do tratamento. Nesse sentido, ela compreende diferentemente a queixa, o pedido e a demanda¹ expressos pelo paciente, em sua narrativa.

Por exemplo, quando um indivíduo procura o hospital ele traz consigo, uma queixa, a qual se refere à percepção consciente, geralmente associada a algum sintoma, e solicita, a partir dela, a cura ao seu sofrimento. O médico examina, de sua parte, o paciente, responde à queixa e ao pedido de cura de forma a nomear e prescrever o tratamento à doença por meio de Manuais Diagnósticos, entre os quais se destacam a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10, 1993) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV, 2003).

Dessa forma, a subjetividade não é considerada, no processo diagnóstico, assim como a posição do sujeito em relação ao sintoma, também negligenciada. Em outras palavras, não é necessária, nessa perspectiva, a implicação subjetiva do sujeito com o seu desejo, para que ocorra o tratamento do sintoma para medicina, dado o sujeito não estar implicado na doença. Sendo assim, para medicina ele não é, em certo sentido, responsável pela enfermidade, e sim vítima da doença. Por outro lado, é preciso demanda de saber para o fazer psicanalítico, isto é: não basta o sujeito se apresentar ao analista, se queixar de seu sintoma e pedir que ele o cure; é preciso que a queixa se transforme, a partir disso, em demanda endereçada àquele analista, e que o sintoma deixe de ser uma resposta e passe a ser, então, uma questão ao sujeito, para que ele seja instigado a decifrá-lo (QUINET, 1991).

Nesse sentido, Faria (1994) ressalta a importância do diagnóstico de demanda e da dimensão inconsciente do discurso.

Parece ficar claro nessa situação o quanto é importante situar, desde o primeiro momento, a demanda de análise [...] As entrevistas preliminares têm uma função importante no sentido de colocar para o sujeito esta "outra" dimensão de sua fala, ao

¹ Demanda aqui entendida como desejo inconsciente endereçado a outrem e que aparentemente se liga a um objeto, mas este objeto não tem consistência, como no caso da necessidade por alimento (objeto da necessidade). Nesse caso, portanto, toda demanda é uma demanda de amor, que se relaciona a uma fantasia sobre um outro imaginário. É o desejo do desejo do outro na medida em que persegue um reconhecimento absoluto por ele (ROUDINESCO & PLON, 1998).

mesmo tempo em que se faz possível delimitar, desta forma, a demanda de análise. (FARIA, 1994, p.41).

Por outro lado, quando o paciente não adere ao tratamento médico, a contradição existente entre o pedido de cura e a não adesão são indagados pela equipe, tornando-se um problema para ela. Em outros termos: como o indivíduo se queixa, faz um pedido de cura e não aceita ser, ainda assim, curado?

Tal aparente contradição se explica, entre outras razões, por meio da diferença entre a escuta psicanalítica e a escuta do paciente pela medicina ou por abordagens que não consideram a dimensão inconsciente do discurso:

A escuta analítica, enquanto uma escuta da fala em sua dimensão significativa, em sua vertente simbólica, coloca sempre o enunciado, mais próximo da vertente imaginária do discurso, em segundo plano em relação à enunciação, que é onde vemos emergir o sujeito. Embora não o saiba, o sujeito está sempre implicado em sua fala. Especialmente se há aí um analista que escuta. (FARIA, 1994, p.41).

Por isso que a terapêutica da psicanálise não pode se subjugar inadvertidamente aos ideais da ciência, pois nela está contida a advertência de que o sujeito, muitas vezes, não deseja/demanda de fato aquilo que relata em sua queixa/pedido. Pelo contrário, a clínica psicanalítica compreende que o sintoma ligado à queixa é geralmente aquilo que o sujeito não quer parar de repetir (SOLER, 2013).

Soares (2009) relembra a frase de Lacan, segundo a qual não há terapêutica possível de enunciar na psicanálise, sendo ela entendida como restabelecimento de um estado primário (LACAN, 1967/2003, p.251). Nesse sentido, Soares ressalta o dispositivo do passe, por meio do qual Lacan (1967/2003) examina a possibilidade de um término da análise e distingue a prática analítica e a sua terapêutica. Ele cita a conferência de 1932, “Explicações, aplicações e orientações” (FREUD, 1932/1996), na qual Freud menciona, de forma muito comedida, os êxitos terapêuticos de sua psicanálise, afirmando que o que tornaria a prática analítica legítima não seria seu sucesso terapêutico, e sim o testemunho singular do sujeito, que valeria por si só.

Soares (2009) conclui em seu artigo que, desde Freud, o sucesso terapêutico da psicanálise não era valorizado como diferencial do tratamento analítico, e destaca não determinar uma diferença radical entre a psicanálise estrito senso e os seus atributos terapêuticos. Segundo ele, há um limite impreciso e pouco nítido em caracterizar a prática

entre o terapêutico e o analítico. Por outro lado, traz a perspectiva lacaniana, com suas noções de intensão e extensão da “Proposição de 1967” (LACAN, 1967/2003) em condições de aplicação da psicanálise como experiência original no mundo. Ressalta ao final do texto, onde Freud afirma, referindo-se à psicanálise, que “Se não tivesse valor terapêutico não teria sido descoberto como o foi, (...) e não teria continuado desenvolvendo-se por mais de trinta anos.” (FREUD, 1932, p.191 apud SOARES, 2009).

Em seguida, cita um importante alerta feito por Freud sobre o risco da psicanálise se entregar a um ideal de eficácia encontrado em outras práticas que estariam na ordem do dia: “se nos voltarmos para os competidores deste mundo, devemos comparar o tratamento psicanalítico com outros tipos de psicoterapia” (FREUD, 1932, p.185 apud SOARES, 2009).

Soares (2009) finaliza seu artigo com o argumento de que:

A singularidade do sintoma se perde nessa vertente do terapêutico como índice de propriedades curativas”. (...) Fora da padronização do sujeito, a psicanálise aplicada não seria aplicada senão ao sujeito mesmo em sua incurabilidade, pois, embora atue numa extraterritorialidade ela é aplicada ao próprio campo. Vê-se que o que orienta a extensão da psicanálise como experiência original é a extensão de sua intensão que responde com sua ética aos imperativos de uma época, distinguindo-a de outros métodos. As práticas de extensão da psicanálise podem conservar o inconfundível da verdade qualificada como incurável sem a dissolução de seus fundamentos sendo estendidas a outros campos e mantendo rigor ético em sua política e guardando as diferenças táticas da atuação no espaço de seu setting habitual. Assim se pode estender, ir mais além do que se enuncia fundando o incurável, esse elemento ético constitutivo da condição analítica que permite estendernos a massificação contemporânea dos sintomas que prescrevem os sujeitos via solução terapêutica, pois “A psicanálise aplicada deve diferenciar da terapêutica e seguir sendo psicanálise para que não termine sendo um tipo de psicoterapia. (CÁRDENAS, 2003, p.105 apud SOARES, 2009)

Sendo assim, deve haver um cuidado ético na discussão da terapêutica psicanalítica que não a desvirtue transformando-a em psicoterapia.

No artigo “*Consideraciones sobre los ‘efectos terapéuticos’ en S. Freud y J. Lacan*” (2009), os autores Luale e Bachmann retomam o texto “Variantes do Tratamento-Padrão” (LACAN, 1955/1998), no qual Lacan afirma que a psicanálise não é uma terapêutica como as outras, pois ela se baseia em uma dimensão ética, assim como apresenta uma preocupação com a pureza entre os meios e os fins. Segundo os autores, em Lacan deve-se localizar os critérios terapêuticos da psicanálise sem perder de vista a orientação freudiana: posição ética que envolve a exclusão do desejo de cura em termos de *furor sanandi*¹. Os autores afirmam também que o analista estará perdido se ele somente estiver interessado em produzir o desaparecimento do sintoma, pois esse benefício do tratamento (a remissão dos sintomas)

¹ Expressa um desejo ardente de curar à todo custo.

deve vir por acréscimo ou em consequência do processo analítico, não deve ser tomado, em razão disso, como o objetivo final do tratamento. Segundo os autores, isso não significa uma falta de interesse nos efeitos terapêuticos do tratamento, e sim uma localização precisa da cura. Sendo assim, a prática psicanalítica não exclui os efeitos terapêuticos, mas se propõe a obtê-los por um caminho diferente: por meio dos efeitos da posição do analista e como ele entende a direção da cura (LUALE & BACHMANN, 2009).

No mesmo artigo, os autores afirmam que, em Freud e Lacan, a remissão dos sintomas ou critérios adaptativos não são válidos para definir os efeitos terapêuticos da psicanálise que, se tomasse esse caminho, se tornaria psicoterapia e, conseqüentemente, levaria ao pior (LACAN, 1974/2003, p. 513 apud LUALE & BACHMANN, 2009).

Em seguida, os autores retomam o *Seminário 9* (LACAN, 1961-62) onde Lacan afirma que todo o sucesso terapêutico – isto é, trazer as pessoas para o bem-estar de suas pequenas ocupações - é sempre, em diferentes gradações, um quebra-galho, senão um desvio de finalidade, por isso não devemos nos vangloriar. Para o aprofundamento do estudo, foi retomado o trecho original de Lacan sobre o tema:

É por isso que todo resultado sancionável, no sentido da adaptação - perdão, estou fazendo um pequeno desvio por essas banalidades, mas há banalidades que é preciso sempre recordar, sobretudo porque, afinal, recordadas de uma certa maneira, as banalidades podem, às vezes, passar por pouco banais- todo sucesso terapêutico, isto é reconduzir as pessoas ao bem-estar da sua *Sorge*, de suas pequenas ocupações, é sempre, para nós, mais ou menos - no fundo o sabemos, é por isso que não temos que nos gabar disso - um quebra galho, um *álibi*, um desvio de fundos, se posso me exprimir assim. De fato, o que é ainda bem mais grave, é que nós nos interdítamos de fazer melhor, sabendo que essa ação, que é a nossa, da qual vez por outra podemos nos gabar como de um êxito, é feita por vias que não concernem o resultado. Graças a essas vias trazemos - num lugar complementar que elas não concernem, senão por ressonância - retoques, é o máximo do que se pode dizer. (LACAN, 1961-62/2003, p. 412)

Luale e Bachmann (2009) comentam que a terapêutica lacaniana não se trata de conduzir o paciente em uma direção de consciência que implicará em "adaptação", mas em uma preocupação com o sofrimento do mesmo, que remete a ambivalência¹ do sintoma produzir tanto sofrimento quanto ganhos secundários (para Freud) ou sofrimento e gozo (para Lacan).

No mesmo artigo, os autores citam o *Seminário 10* (LACAN, 1962-63), que aborda a ação analítica e a direção da cura, retomando a ideia já expressa de que na análise a cura

¹ O conceito de ambivalência, consiste na presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, atitudes e/ou sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

ocorre por acréscimo. Além disso, acrescentam um trecho onde Lacan afirma ter sido criticado sobre essa afirmação e que ela teria sido feita devido a uma questão metodológica do tratamento psicanalítico. No mesmo trecho, Lacan (1962-63) reafirma o dever terapêutico de melhorar a situação do sujeito, mas faz uma ressalva quanto a definição de um conceito de cura. Segue abaixo o trecho do original retomado na íntegra:

Lembro-me de ter provocado a indignação daquele tipo de colegas que, vez por outra, sabem escudar-se atrás de sabe-se lá que exagero de bons sentimentos, destinados a tranquilizar não sei quem, ao dizer que, na análise, a cura vinha por acréscimo. Eles viram nisso não sei que desdém por aquele de quem nos encarregamos e que está sofrendo, quando eu falava de um ponto de vista metodológico. E certo que nossa justificação, assim como nosso dever, é melhorar a situação do sujeito. Mas afirmo que nada é mais instável, no campo em que estamos, do que o conceito de cura. (LACAN, 1962-63/2005, p. 67)

Nesse ponto, Luale e Bachmann (2009) enfocam um momento em que o analista é parte da estrutura da cura, se distanciando de uma responsabilidade total sobre o destino do analisante. Para os autores, essa posição reflete um Lacan que percebe sua clínica para além da apresentação de um caso, pois transmite uma noção do analista enquanto suporte da análise. Sendo assim, os resultados não dependem exclusivamente da suposta “analisabilidade” do sujeito, mas da relação que se estabelece entre o analista e o analisando. Ambos preocupados com um trabalho a ser produzido, que irá gerar certos efeitos terapêuticos.

Aos autores seguem seu percurso pelo *Seminário 12* (LACAN, 1964-65), onde a introdução da verdade se inscreve em torno da distância entre a demanda e o desejo. Nesse seminário, Lacan questiona o que pertence à análise para além dos efeitos terapêuticos, o que seria a legitimidade essencial que nos funda enquanto analistas, que se ordenaria em torno dessa hiância correlata à verdade mesma. O analista seria aquele que manteria a diferença entre o desejo e a demanda, permitindo a produção do sujeito. Esse ponto é central para os autores, porque estes são efeitos terapêuticos próprios do campo analítico. Portanto, a legitimidade dos efeitos terapêuticos da psicanálise lacaniana não estaria dada por qualquer avaliação externa ao dispositivo analítico, mas deve ser questionada no enquadre próprio da análise (LUALE & BACHMANN, 2009). Segue abaixo o trecho de Lacan na íntegra para aprofundamento:

Isso, que é tão manifesto e sempre presente, que dá a toda relação à realidade do objeto de nossa escolha sua ambiguidade fundamental, essa alguma coisa que faz com que no objeto escolhido, eleito, querido, amado, sempre esteja presente a dúvida, para nós essencial, de que é que se trata e que visamos além. É para evidenciar isso que a experiência analítica é feita. É feita também para fazer-nos

perguntar se o objetivo da análise é precisamente se satisfazer com a identificação do sujeito ao analista, como se diz, ou se, ao contrário, a irreduzível alteridade, o fato de rejeitá-lo como Outro - e está exatamente aí o patético final da experiência analítica - não deve ser para nós, ao contrário, a questão em torno da qual deve girar... para nós... se elaborar tudo o que há aí no momento, na análise, problemas difíceis, que não são simplesmente o resultado mais ou menos terapêutico, mas a legitimidade essencial do que nos funda como analistas. E em primeiro lugar isto, isto que precisamente por nada conhecer, por não ter pelo menos apontado onde se situa o que chamo a operação legítima, é impossível que o analista opere de alguma maneira, de uma maneira que mereça ser chamada uma operação. Ele é, ele mesmo, um brinquedo cego e aprisionado à falácia. Ora, esta falácia é justamente a questão que se coloca no fim da análise (LACAN, 1964-65/2006, p. 190).

Finalizando, Luale e Bachmann (2009) concluem que os efeitos terapêuticos na psicanálise lacaniana não são um fim do tratamento analítico em si, mas surgem como uma consequência. Eles afirmam que sua variabilidade de apresentações, por mais abrangentes que sejam, podem ser reduzidos a um núcleo central, o nó relacional estabelecido entre analisante e analista. A partir desta junção surge a possibilidade de promover uma retificação subjetiva¹.

Até o final de seu ensino Lacan tentará responder a pergunta sobre quando seria o final de uma análise dizendo que ela termina "quando o analisando pensa que é feliz por viver" (LACAN, 1975 apud LUALE; BACHMANN, 2009). E perguntam se este não seria um efeito terapêutico adicional.

Por outro lado, este "feliz por viver" implica algum prazer na transformação do nó sofrimento-gozo com o qual o paciente chega para análise, na medida em que uma nova configuração ocorreu na articulação entre os registros Real, Simbólico e Imaginário (RSI); com o analista.

Vale retomar, em linhas gerais, o significado dos conceitos dos registros de Lacan. Em seu texto "Simbólico, Imaginário e Real" (LACAN, 1967b/2005), Lacan discorre sobre os três registros de forma inicial, mas esses conceitos seriam desenvolvidos e modificados posteriormente.

Segundo Roudinesco e Plon (1998), o registro do Real, introduzido por Lacan em 1953, foi extraído tanto do vocabulário da filosofia, como do conceito freudiano de realidade psíquica. Ele é utilizado para expressar a noção de uma realidade que inspira a representação, mas é impossível de simbolizar.

Para Lacan, a realidade é simbólico-imaginária, é uma construção eminentemente fantástica que, para cada sujeito, faz face ao real inominável. Mais essencialmente, a concepção lacaniana do real está ligada ao impossível em jogo na relação sexual, e a fantasia é, em suma, fantasia de relação sexual. Lacan define o real de diferentes

¹ Retificação subjetiva significa uma responsabilização do sujeito por suas escolhas e seu desejo, é não se colocar como causa ou objeto do Outro e sim como sujeito desejante.

modos, mas em todos eles o que importa é seu caráter evasivo ao sentido. Ele é puro não-sentido, ao passo que é precisamente o sentido que caracteriza o imaginário, e o duplo sentido o que caracteriza o simbólico. O real é “o que é estritamente impensável”, é o impossível de ser simbolizado; o real é, por excelência, o trauma, o que não é passível de ser assimilado pelo aparelho psíquico, o que não tem qualquer representação possível. Por isso, o real é também aquilo que retorna ao mesmo lugar, já que o simbólico não consegue deslocá-lo, e o ponto de não-senso que ele implica se repete insistentemente enquanto radical falta de sentido. (JORGE, 2010, p. 10-11)

Na perspectiva dos três registros, o corpo pode ser estudado por meio de três pontos de vista complementares: o ponto de vista do Imaginário, o corpo como imagem; do ponto de vista do Simbólico, o corpo marcado pelo significante; e do ponto de vista do Real, o corpo como sinônimo de gozo (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002). O conceito de simbólico é inseparável dos conceitos de imaginário e real, que devem ser pensados formando uma estrutura. O simbólico designa tanto a ordem ou função simbólica, ao qual o sujeito está ligado (alienação à linguagem), quanto à própria psicanálise, tendo em vista que ela se fundamenta na eficácia de um tratamento que se sustenta na fala (ROUDISNESCO; PLON, 1998). Já o imaginário é definido, por sua vez, como o lugar do eu, com seus fenômenos de ilusão e engodo (ROUDISNESCO; PLON, 1998). Por meio da construção do conceito de Imaginário e do esquema denominado estádio do espelho, Lacan afirma a importância da imagem do corpo no processo de formação do eu. Os registros imaginário, simbólico e real constituem-se efetivamente como categorias na estruturação do aparelho psíquico: o imaginário na organização do estádio do espelho (processo complexo de constituição do sujeito), o simbólico na cadeia significante e o real na impossibilidade (lógica) da relação sexual¹. No entanto, vale ressaltar que esses registros estão presentes simultaneamente e se sobrepõem a todo o momento (KAUFMANN, 1996).

Depois os autores trazem a questão, compatível com os seminários mais recentes, onde questiona-se se o saber fazer (*savoir-faire*) com o sintoma, também poderia ser localizado como um efeito terapêutico do tratamento que viria por acréscimo. Nessa situação, a intervenção analítica recairia sobre o tratamento particular dos gozos em jogo na vida do sujeito, produtos do embaraço, desembaraço, sobreposições e interpenetrações que possam sofrer os registros. Aqui o efeito analítico poderia ser pensado como a produção de uma

¹ Evidentemente, isso não significa, como soa ao senso-comum, que as pessoas não têm relações sexuais. Na frase “não há relação sexual” ou “*il n’y a pas de rapport sexuel*” em francês, a palavra *rapport* sugere uma dimensão mais abstrata de ideias, como relação, relacionamento, proporção, razão, fração, etc. Sendo assim, para Lacan não há uma relação direta entre os gêneros (homem e mulher). Ou seja, não é possível combiná-los de forma a torná-los um. Tal igualdade não é possível, para Lacan não existe uma relação possível ou verdadeira entre os sexos que pode ser falada ou escrita; não existindo nenhuma relação complementar, paralela ou de inversão entre os dois. Portanto, cada sexo é definido separadamente e a partir de termos não intercambiáveis: não há relação sexual (FINK, 1998).

amarração onde não existia ou de outra forma de articulação entre os registros do real, simbólico e imaginário (RSI). Nessa lógica, *savoir-faire* com o sintoma poderia ser um dos possíveis efeitos, assim como a constituição de um espaço que operaria como suplência e poderia se estabelecer também como um efeito a mais, produto de uma intervenção sobre o gozo (LUALE; BACHMANN, 2009). Em resumo, conclui-se que os efeitos da psicanálise são terapêuticos, na medida que produzem o alívio do sofrimento como resultado de um trabalho que depende da interação entre a singularidade do sujeito e a posição do analista.

Por outro lado, se nos limitarmos a falar sobre a terapêutica de um ponto de vista de adaptação ou numa concepção empírica da realidade ou colocar a cura como o restabelecimento a um estado anterior, caímos num reducionismo. Pelo contrário, ao sustentar uma lógica que a singularidade comanda retroativamente a cura, podemos localizar o terapêutico em coordenadas propriamente psicanalíticas. E indica que apontando para subtração ou para perda que obtemos no processo analítico, podemos localizar por meio de uma negatividade o alívio do sofrimento e o efeito terapêutico da psicanálise lacaniana (LUALE; BACHMANN, 2009).

No artigo Freud, *Lacan e a terapêutica: considerações preliminares*, o autor Soares (2012) inicia comentando como a psicanálise pode fornecer algumas respostas aos impasses dos sujeitos e ao mal-estar na cultura afirmando que as respostas a estas questões se dão a partir dos efeitos terapêuticos produzidos pela psicanálise. Para Soares (2012) a relação de Freud com a terapêutica conheceu períodos de entusiasmo e de descrença. Ele considera que a formação médica influenciou Freud a conservar alguns elementos da terapêutica da medicina, transportados para psicanálise, como o desejo de descobrir possíveis curas para histeria. Sua formação incluiu o aprendizado com figuras como Bernheim, Liébeault e Charcot, no famoso estágio de Freud por Salpêtrière, em Paris. Soares (2012) ressalta, ainda, no ensino freudiano, uma vinculação com a cura e cita uma passagem de Freud, na qual afirma que “A psicanálise é realmente um método terapêutico como os demais” (FREUD, 1932/1976, p.185-186 apud SOARES, 2012). Por outro lado, Lacan teve como principal influência Clérambault que, diferentemente de Charcot, não estava inclinado a desenvolver práticas terapêuticas curativas; ao contrário, estava mais preocupado em provar a consistência de sua doutrina do que cuidar da pessoa do doente (ROUDINESCO, 1988 apud SOARES, 2012).

Em seguida, Soares (2012) cita uma passagem onde Lacan, ao contrário de Freud, dirá que “a psicanálise não é uma terapêutica como as outras” (LACAN, 1955/1998, p. 236). Além disso, Lacan dirá sobre a terapêutica, que tal “definição é impossível de enunciar na psicanálise” (LACAN, 1967/2003, p. 251 citado por SOARES, 2012). No mesmo texto,

ressalta o cuidado de Lacan em não distorcer a psicanálise num grande esforço teórico “essencial para isolá-la da terapêutica” (LACAN, 1967/2003, p. 251 apud SOARES, 2012). Descreve também que Lacan em vez de privilegiar a produção de efeitos terapêuticos, considerou a psicanálise para além deles. Nesse sentido, comenta que Lacan não se concentrou nos efeitos, mas sim na causa (LACAN, 1966a). E segue afirmando que a reflexão lacaniana sobre a causa se recusa a pensá-la em relação à eficiência terapêutica (LACAN, 1966a apud SOARES, 2012). A partir disso, Lacan pensará sobre a causa do desejo, o *desejo do analista* e suas relações com a terapêutica. Em seguida, o autor finaliza seu artigo ressaltando o *desejo do analista* seria “um não desejo de curar” (LACAN, 1959-60/2008, p.267 citado por SOARES, 2012). Numa posição ética do cuidado, o autor enfoca a negatividade dessa estratégia que se distingue de uma lógica de fortalecimento da identidade como ideal terapêutico (SOARES, 2012).

Ao final, Soares (2012) ressaltava a oposição entre os discursos médico e o psicanalítico e o quanto a psicanálise em sua negatividade é estranha a qualquer ambição de clareza da investigação científica e a imperativos normalizadores da modernidade. Afirma que na análise não pode ser fixada uma cláusula contratual terapêutica, mas que ela a excede.

No artigo *Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares* de Rubistein (2011), a autora afirma que a psicanálise é uma terapêutica, mas ressaltava a sua diferença e especificidade. Rubistein (2011) também comenta que, durante algum tempo, a comunidade analítica sustentou uma posição de que a psicanálise não cura, e citou Lacan em seu alerta insistente para que os psicanalistas não transformem a psicanálise numa psicoterapia.

Em seguida, Rubistein (2011) afirma que a presença da psicanálise em vários contextos torna necessário que os psicanalistas deem conta de seus efeitos terapêuticos, assim como do alívio que é possível promover por meio da psicanálise, considerando a variabilidade das demandas e as condições de sua prática. Dessa forma, se torna essencial revisar as modalidades de resultados e localizar suas condições, afim de preservar o essencial da cura psicanalítica frente ao forçado impulso ao terapêutico; ao mesmo tempo em que os psicanalistas devem responder aqueles que questionam a eficácia da psicanálise.

Rubistein (2011) ressaltava a necessidade de revisar os alcances da terapêutica em psicanálise a partir dos problemas atuais, assim como a necessidade de esclarecer o específico da terapêutica psicanalítica, reconhecendo sua amplitude e a lógica de sua produção, ao

mesmo tempo que é importante diferenciá-la da "ambição terapêutica" (FREUD, 1933 apud RUBISTEIN, 2011, p. 134).

Em seguida, Rubistein (2011) afirma que a preocupação terapêutica é intrínseca à psicanálise e o interesse por seus alcances, caminhos e limites sempre acompanhou a elaboração freudiana. Segundo a autora, para Freud, decorrida uma análise, espera-se uma redução do sofrimento próprio da miséria neurótica. Mesmo Lacan, que se ocupou em distinguir a psicanálise da psicoterapia e em lembrar os riscos do "*furor curandis*" já advertido por Freud, não deixou de se preocupar com os efeitos da sua prática em diversos momentos de sua obra.

Nesse sentido, Rubistein (2011) retoma Lacan que afirma que "nosso dever, é melhorar a situação do sujeito" (LACAN, 1962-63, p.67 apud RUBISTEIN, 2011) e que a psicanálise é "*un sesgo práctico para sentirse mejor*", isto é: "um caminho prático para se sentir melhor"¹ (LACAN, 1976-77 apud RUBISTEIN, 2011). Apesar das características dessa terapêutica e de seus modos de produção se diferenciarem de outras perspectivas, como a prática médica (RUBISTEIN, 2011).

O autor comenta que Freud enfatiza, em diversos trabalhos, que os efeitos terapêuticos da psicanálise estão ligados ao método e seus efeitos. A suposição do inconsciente e os efeitos do método sobre a economia libidinal são, para Rubistein (2011), essenciais para tratar de uma terapêutica psicanalítica e diferenciá-la de práticas que implicam a sugestão.

Rubistein (2011) descreve que, tanto Freud como Lacan, redefinem a dimensão terapêutica da psicanálise mostrando que o método psicanalítico não visa a recuperação de um bem-estar perdido, mas por promover uma redução do sofrimento que é efeito – entre outras coisas – do saber adquirido em análise de que a completude é impossível. Nesse sentido, ele relembra a proposta freudiana da psicanálise reduzir a "miséria neurótica", e suportar o infortúnio da vida e a afirmação de Lacan (1975b) quando ele diz que " (...) *el psicoanálisis es lo mejor de que se dispone actualmente para hacerle tener paciencia de esa incómoda situación de ser hombre*" ou "a psicanálise é o melhor atualmente disponível para você ter paciência nessa posição desconfortável de ser um homem"² (LACAN, 1975b apud RUBISTEIN, 2011).

Para Rubistein (2011), a cura psicanalítica não consiste numa cicatrização, pois há um incurável. A autora comenta que as estruturas neurose, psicose e perversão são soluções

¹ Nossa tradução.

² Nossa tradução.

oriundas do encontro com o real da castração¹ e do gozo. Afirma que a angústia e o sintoma são estruturais e que a neurose não é uma doença mental. Em seguida, ela cita Lacan quando ele diz que os sintomas neuróticos "*les permiten vivir. Ellos viven una vida difícil y nosotros tratamos de aligerar su no confort*" ou "...permite-lhes viver. Eles vivem uma vida difícil e tentamos aliviá-la, não confortar"² (LACAN, 1975c apud RUBISTEIN, 2011).

Segundo Rubistein (2011), não se trata de recuperar um bem-estar perdido, recuperar um estado de harmonia natural, nem promover uma adaptação. Dessa forma, conclui que o mal-estar é estrutural e a felicidade permanente é impossível.

Prossegue afirmando que o terapêutico da psicanálise é o efeito da operação sobre o gozo produzida pela via da palavra que ressitua a pessoa em seu desejo. Sendo assim, a terapêutica psicanalítica é o efeito de um trabalho subjetivo que promove uma mudança na posição do sujeito, em seus modos de defesa e na organização singular de seus modos de obter prazer (gozo) (RUBISTEIN, 2011).

No artigo *O lugar da terapêutica na psicanálise: Freud e Lacan*, Soares (2011) comenta que Lacan, acima de tudo, exaltar a particularidade da ética psicanalítica em vez de sua terapêutica. Nesse sentido, ele relata a ambição lacaniana de formular uma ética que centrasse a questão do *desejo do analista* (LACAN, 1958b/1998, p. 621 apud SOARES, 2011) e cita o trecho onde Lacan afirma que "É o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise" (LACAN, 1964a/2008, p. 868 apud SOARES, 2011), definido por Lacan (1959-60/1997, p. 267 apud SOARES, 2011) como "um não desejo de curar".

Soares (2011) também ressalta a negatividade da psicanálise na negação ontológica da diferença entre sujeito e objeto e finaliza afirmando que esse tipo de elaboração implica em considerar o incalculável presente numa análise, que não pode se reduzir numa cláusula contratual terapêutica, mas que a excede, e afirma que não se pode saber de antemão o resultado terapêutico de um tratamento analítico.

O artigo *O Sintoma como Problema e como Solução* de Laia (2008) começa afirmando que a psicanálise pura não é uma experiência alheia à terapêutica, mas que a inclui como um produto possível, apesar de não necessário.

¹ Castração é um importante conceito da psicanálise e nada tem a ver com a presença ou ausência do pênis em homens ou mulheres. A castração consiste num processo, ligado à constituição da subjetividade e ao Complexo de Édipo, no qual o sujeito pode internalizar um saber sobre os limites e, por conseguinte, de que não há objeto de satisfação plena para qualquer ser falante (KEHL, 2002).

² Nossa tradução.

Segundo Laia (2008), Lacan nos ensinou que a "psicanálise aplicada" (LACAN, 1964, p. 231 apud LAIA, 2008) é sempre aplicada à terapêutica, o que implica intervenções sobre o sintoma.

Nesse sentido, o sintoma pode ser considerado como um problema causador de sofrimento por um lado, mas a clínica psicanalítica nos mostra que ele também pode ser entendido, por outro, como uma espécie de solução (LAIA, 2008).

Laia (2008) afirma que na orientação lacaniana não se pode considerar que o sintoma é apenas um problema a ser eliminado ou que ele pode ser integralmente solucionado.

Segundo o autor, a psicanálise é um processo por meio do qual o analisante construirá seu próprio saber-fazer (*savoir-faire*) com o sintoma. Ele ressalta a diferença entre Freud e Lacan no que se refere ao destino do sintoma no tratamento analítico. Enquanto Freud concebia o destino do sintoma como uma apropriação do neurótico, que ia do sintoma como senhor do sujeito para o sujeito como senhor do sintoma. Lacan tinha um entendimento de que o processo psicanalítico trata de extrair - da verdade corporificada no sintoma - um saber. Sendo assim, no sintoma está implicado um saber que Lacan chamou de *savoir-y-faire* e que Laia (2008) define como saber lidar com o real da satisfação libidinal, ou seja, com o real do gozo.

Os autores Marcos e Junior (2013) iniciam seu artigo *O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana* com a afirmação de que a psicanálise produz efeitos terapêuticos enquanto método de tratamento. Eles afirmam que, apesar de Freud se debruçar sobre esse assunto, os sintomas de seus pacientes apresentavam um núcleo que se opunha à cura.

Os autores seguem o artigo comentando que, ao longo da obra freudiana, havia certa tensão entre o entusiasmo pela eficácia terapêutica da psicanálise e o reconhecimento de que havia restos sintomáticos que a terapêutica psicanalítica não conseguia eliminar. Segundo Marcos e Junior (2013), esse resíduo teve o desdobramento na concepção da análise como interminável.

Por outro lado, Lacan apresentou alternativas de destino a esse resto irrepresentável e não eliminável da experiência analítica, promovendo uma formulação que talvez possibilite a convergência entre a expectativa terapêutica e o elemento não eliminável do sintoma.

Em seguida, Marcos e Junior (2013) comentam a diferença entre Freud e Lacan sobre o entendimento da terapêutica da psicanálise. Enquanto Freud mostrou um entusiasmo seguido de cautela, Lacan não demonstrou nenhuma simpatia ou entusiasmo em seus

comentários sobre o tema. Apesar disso, os autores ressaltam que isso não significa que ele desconsiderava as relações entre a terapêutica e a psicanálise.

Eles relembram que Lacan, em seu retorno à Freud, foi bastante enfático numa denúncia sobre os descaminhos que estariam sendo cometidos na prática analítica, justificadas a partir de uma certa eficácia terapêutica recém adquirida. Sobre isso, Marcos e Junior (2013) citam o comentário de Lacan (1966c/1998), no qual ele comenta que se trata de impedir que o campo psicanalítico sofra qualquer redução similar.

Apesar de seus esforços, Lacan não foi capaz de dissolver a tensão entre a experiência analítica e os seus efeitos terapêuticos (MARCOS; JUNIOR, 2013). Lacan também ponderou que, embora a terapêutica constitua a experiência analítica, é necessário senso teórico para definir o que tal terapêutica produz (LACAN, 1936/1998 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Marcos e Junior (2013) comentam que o termo cura utilizado por Lacan não significa a eliminação de um mal, mas significa "tratamento, análise ou tratamento analítico" (LACAN, 1955/1998, p.936 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Nesse sentido, é fundamental sublinhar o comentário de Marcos e Junior (2013) quando eles afirmam que a ênfase que Lacan concede ao sintoma lhe dá voz, em vez de suprimi-lo; e concluem que o sintoma em psicanálise, apesar de ser apresentado como um problema, não é abordado como algo que deve ser arrancado do paciente, muito menos silenciado (LAIA, 2008 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Além disso, os autores ressaltam que a definição terapêutica, pautada na nostalgia da recuperação a um estágio anterior assintomático, foi execrada por Lacan de forma peremptória. Nesse sentido, Marcos e Junior (2013) citam a frase de Lacan em que diz: "Observaria eu, com efeito, que não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise" (LACAN, 1967, p. 251 apud MARCOS; JUNIOR, 2013). Essa noção de retorno a uma condição original é, com efeito, aquilo que a psicanálise questiona, apontando para o incurável em jogo no tratamento analítico (MARCOS; JUNIOR, 2013).

Em seguida, Marcos e Junior (2013) se debruçaram sobre o conceito de sintoma, fazendo uma diferenciação entre o sintoma para medicina e para psicanálise. Eles afirmam que na medicina o sintoma se apresenta como equivalente à doença, distúrbio, incômodo ou dor. Já para psicanálise o sintoma terá, por sua vez, um outro estatuto, apesar de continuar sendo considerado um problema.

Nessa lógica, se para medicina o sintoma é relativo a uma doença, a lógica derivada desta concepção é que o tratamento objetiva a sua eliminação, pura e simples (FERREIRA;

PIMENTA, 2003 apud MARCOS; JUNIOR, 2013). Por outro lado, numa análise lacaniana, o sintoma é aquilo que leva uma pessoa a entrar em análise devido ao sofrimento que ele causa. Nesse sentido Marcos e Junior (2013), comentam que o sintoma clama por uma ação terapêutica.

Os autores também concebem o sintoma como ponto central da experiência analítica, diferenciando-o de qualquer espécie de autoconhecimento, aventura intelectual ou filosófica (MARCOS; JUNIOR, 2013). Para Lacan, o sintoma é o próprio campo de atuação da psicanálise (LACAN, 1955-56/2008 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Por esse motivo, a proposta não é eliminá-lo da experiência analítica. Em vez disso, o analista será aquele que recebe e suporta o estatuto do sintoma (LACAN, 1964-65 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Há uma coexistência tensa entre o terapêutico e o analítico, já que não se trata de promover uma manutenção do sofrimento causado pelo sintoma, que não deixa de ser um problema, nem o eliminar inadvertidamente como forma de tamponar a falta do sujeito (LAIA, 2008 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Depois, Marcos e Junior (2013) lembram Merlet, que afirma que, em análise, não pode haver nem *restitutio ad integrum* (restaurar a uma condição original), nem respeito absoluto à máxima *Primum non nocere* (acima de tudo não prejudicar), pois, além de haver um incurável, o sujeito terá de se haver com o sintoma, interrogando-o ativamente em análise. Logo após, retomará a fala de Lacan em *Televisão*, onde Lacan considerará a cura como uma demanda: “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou seu pensamento” (LACAN, 1974/2003, p. 511 apud MARCOS; JUNIOR, 2013). Nesse ponto, os autores chegam a uma posição fundamental, já que sua atuação consiste em receber o sintoma e suportá-lo, sua posição deve promover uma implicação subjetiva do analisando em relação ao sintoma sobre o qual ele se queixa. Ou seja, o analista deve questionar o sujeito “*Che vuoi?*” (o que você quer?) (LACAN, 1960 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Em seguida, Marcos e Junior (2013) salientam o elemento enigmático do sintoma, que resiste tanto à terapêutica, quanto à interrogação. Nesse ponto, ressaltam que esse sintoma revela um modo de gozo do sujeito, ou seja: a satisfação inconsciente do sintoma e que não é possível decifrar pela via simbólica e pela interpretação (MARCOS; JUNIOR, 2013). Nesse ponto, os autores ressaltam uma mudança do ensino de Lacan, da primazia do simbólico, quando Lacan tomava o sintoma como uma mensagem a ser decifrada (LACAN, 1953/1998 apud MARCOS; JUNIOR, 2013), para uma noção de sintoma constituído como núcleo de

gozo (LACAN, 1966-67 apud MARCOS; JUNIOR, 2013). Essa segunda noção, remonta à pulsão de morte freudiana (FREUD, 1920 apud MARCOS; JUNIOR, 2013), onde ele afirmava que há invariavelmente uma satisfação, seja numa experiência prazerosa, seja numa experiência de sofrimento. Dessa forma, Lacan retomou Freud para definir a função do sintoma como gozo (LACAN, 1965-66 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Os autores ressaltam que, uma vez que o gozo do sintoma não se deixa simbolizar, verifica-se a dimensão do registro do Real em uma análise. Portanto, quando o gozo é incluído no sintoma - o que exclui a sua dimensão simbólica, pois o Real está fora do simbólico; este Real é excluído das possibilidades de eficácia terapêutica pela dimensão simbólica (MARCOS; JUNIOR, 2013). Marcos e Junior (2013) citam Fingermann (2005) quando ela afirma que o Real implicado no gozo possui a sua face aterrorizante e a traumática, chamada por Lacan como “pior”. Este “pior”, segundo Fingermann (2005 apud MARCOS; JUNIOR, 2013), seria um campo de gozo que se manifesta no Real.

Em seguida, os autores relembram a advertência de Lacan (1974/2003) sobre à psicoterapia que promoveria um bem, por meio da terapêutica, mas que este levaria ao pior: “Essas soluções retornam ao pior à medida que, tentando preservar o sujeito, colocando-o à distância do real, contribuem para debilitá-lo, deixando-o sem recursos ou desenvoltura frente às eventualidades inevitáveis de suas reviravoltas” (FINGERMAN, 2005, p. 55 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Posteriormente, os autores continuam citando Fingermann (2005), pois - advertidos da impossibilidade de “terapeutizar” o Real, na medida em que ele não se articula simbolicamente - a psicanálise lacaniana não prevê uma solução que o apague. Nesse momento, Marcos e Junior (2003) enfocam a originalidade de Lacan, ao propor o uso do sintoma como uma possibilidade de solução, pois o sintoma, em si mesmo, é um tratamento do Real. Nesse sentido, o sintoma no tratamento analítico se torna uma forma de circunscrever algo do Real que o compõe, o que possibilita o tratamento do “pior” pelo sintoma, pois o Real não tem remédio, mas tem tratamento: o sintoma seria um deles (FINGERMAN, 2005 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Ao final, Marcos e Junior (2013) fazem uma reflexão de que, apesar do sintoma ser acompanhado de uma demanda de cura, ele traz ao mesmo tempo satisfação e sofrimento. Em outras palavras, o sujeito encontra no gozo do sintoma a sua própria sustentação. Portanto, o sintoma em sua relação com o gozo tem sua função (MARCOS; JUNIOR, 2013).

Os autores ressaltam que nesse processo se encontra a mais íntima relação do sujeito com seu desejo e seu modo de gozo. Sendo assim, a proposta de uma análise seria de que o

sujeito estabelecesse maneiras menos sofridas de se relacionar com o gozo na singularidade de seu sintoma, subvertendo em certa medida a noção de terapêutica (LAIA, 2008 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

Em resumo, do ponto de vista do sintoma como modo de gozo, o sujeito se satisfaz e se sustenta. Nessa perspectiva, o sintoma não se reduz a um problema, o que produz uma certa orientação de tratamento em que o sujeito encontre uma forma de lidar com o sintoma que não o leve ao "pior", mas que lhe permita obter, nessa relação, alguma paz. Sem tentar reduzir ou eliminar inadvertidamente o sintoma, a psicanálise lacaniana oferece outras formas de tratá-lo. Os autores concluem o artigo com uma citação de Lacan:

A análise não consiste em ser liberado de seus sinthomas [sinthomes], pois é assim que escrevo sintoma [symptôme]. A análise consiste em que se saiba porque se está emaranhado nele. [...] isso deixa traços. Porque isso deixa traços, isso tem consequências, que não é outra senão o sintoma [sinthome], e a análise consiste – às vezes há um progresso, na análise em se dar conta de por que se tem esses sintomas [sinthomes]” (LACAN, 1977-78 apud MARCOS; JUNIOR, 2013).

No artigo *A Fobia e o Pânico em suas Relações com a Angústia* (BESSET et al., 1999), os autores tratam da terapêutica psicanalítica ao abordarem *A Especificidade da Psicanálise*, um dos subtítulos do artigo. Comentam que a procura de um psicanalista se refere a um desejo de saber sobre o sofrimento o que, segundo os autores, marca a proposta teórico-clínica da psicanálise no tratamento dos afetos, transformados em ditos, isto é: simbolizados durante o tratamento psicanalítico (BESSET et al., 1999).

Portanto, segundo os autores, a proposta terapêutica da psicanálise consiste na construção de um saber a partir do inconsciente. No entanto, como o afeto é da ordem do signo, ele é um tanto avesso à simbolização. Sendo assim, os autores questionam o porquê de não se fazer uso de outra proposta terapêutica baseada no afeto de angústia.

Segundo Besset et al. (1999), as pessoas partem de uma concepção de homem indissociável da ordem simbólica, por isso seria difícil pensar em outros termos. Em seguida, dão o exemplo da anorexia, como uma contradição a uma ordem supostamente natural. Nesse sentido, afirmam que a proposta de Lacan traz a especificidade de verificar e não medir os afetos (LACAN, 1974, p.37, apud por BESSET et al., 1999).

Os autores diferenciam a definição psicanalítica e médica de sintoma. Segundo eles, na medicina, o sintoma é sinal de algo que não vai bem, representando uma disfunção. Já para a psicanálise, a concepção do sintoma implica um processo de substituição, deslocamento, e se relaciona com a formulação de Lacan do sintoma como metáfora do desejo (LACAN,

1966, p. 293 apud BESSET et al., 1999), desejo metonímia do sujeito (LACAN, 1966, p. 623 apud BESSET et al., 1999).

Dessa forma, a psicanálise promove um tratamento diferenciado do sintoma, não de um problema a ser extirpado, mas de uma manifestação de um desejo/sofrimento a ser simbolizado ou de um afeto (angústia) a ser compreendido (BESSET et al., 1999).

No artigo *O tempo da clínica: dimensão investigativa e terapêutica* (MARÇOLA et al., 2010), os autores investigam as relações entre o tempo da clínica em conexão com a terapêutica, enquanto tempo da investigação no próprio ato ou efeito do tratamento psicanalítico. E questionam: "do que o sujeito se cura afinal?"

Em seguida, afirmam que o sujeito sofre dos acontecimentos da vida que levam invariavelmente a se deparar com uma grande incapacidade. Segundo os autores, capacitar o sujeito para enfrentar a vida seria o grande feito de uma análise (MARÇOLA et al., 2010).

Essa experiência traria um sentido de indeterminação, de um destino "selado" para um destino em aberto, como chamam os autores, possibilitando ao sujeito se surpreender diante do inesperado e não sucumbir (MARÇOLA et al., 2010).

Ao final do artigo, os autores retomam o que julgam um propósito terapêutico do trabalho psicanalítico que seria o de tornar o sujeito menos alienado em relação às manifestações do inconsciente; assim como propiciar uma maior tolerância consigo mesmo e com os outros (MARÇOLA et al., 2010).

Além disso, afirmam que a análise aproximaria o homem do centro de sua constituição, tornando-o mais capaz de se responsabilizar por sua condição desejante. Em seguida, afirmam que a cura, numa análise, representaria uma desilusão ou como denominam um "desengano" do sujeito até onde ele suportar (MARÇOLA et al., 2010).

No entanto, afirmam que a possibilidade de isso vir a acontecer é condicionada ao manejo que o analista faz do método psicanalítico na tomada do discurso do paciente pelo seu valor de ruptura das configurações de autorrepresentações (MARÇOLA et al., 2010).

No artigo *Sobre a ação terapêutica da psicanálise no século XXI*, Aisenstein (2009) comenta que adventos contemporâneos como a neurociência, novas modalidades terapêuticas, a evolução da tecnologia e as mudanças sociais e culturais promovem um questionamento sobre as especificidades da amplitude terapêutica de um método longo e caro como a psicanálise (AISENSTEIN, 2009)

Em seguida, Aisenstein (2009) defende que apesar dos questionamentos, a psicanálise permanece incomparável em relação a outras formas de tratamento, já que não visa somente a cura ou a melhoria do indivíduo, mas oferece também importantes contribuições à cultura e

à abertura de processos de pensamento (AISENSTEIN, 2009). No entanto, a autora afirma que a noção de ação terapêutica necessita revisão.

Aisenstein (2009) também comenta que Freud tinha convicção da eficácia terapêutica da psicanálise, sempre procurando aperfeiçoar e até alterar a teoria quando deparava com fracassos clínicos e retoma uma citação, em que Freud afirmou que se a psicanálise não tivesse valor terapêutico, não teria sido descoberta e retoma a questão de como definir atualmente os efeitos da ação terapêutica psicanalítica.

Aisenstein (2009) assevera que, segundo o modelo médico clássico, o efeito de uma ação terapêutica pode ser resumido como se recuperar de um sintoma e como "retorno ad integrum" ou retorno a um estado anterior. Segundo a autora, esse modelo não poderia ser transferido para psicanálise. Para ela, a ação terapêutica da psicanálise estaria unida ao processo analítico. Seus efeitos seriam uma melhora do funcionamento psíquico, que se relaciona com o aumento da capacidade de aceitar e viver os conflitos inerente ao viver. Em seguida, afirma que nenhuma teoria de ação terapêutica poderia ser provada empiricamente e retoma a noção lacaniana de que a cura seria um “subproduto” da análise.

Posteriormente, Aisenstein (2009) comenta que para Lacan o processo analítico seria uma ampliação do campo do pensamento, um trabalho da cultura. Sendo assim, se a terapêutica seria um objetivo inicial do tratamento, ela mudaria para um trabalho que se apoia na natureza dos processos psíquicos.

Finalmente, ela ressalta a importância da distinção entre a psicoterapia psicanalítica e a psicanálise, como uma questão a ser debatida.

3. CRÍTICAS À TERAPÊUTICA DA PSICANÁLISE:

3.1. O Livro Negro da Psicanálise (MEYER et al., 2005):

Esta talvez seja a crítica à psicanálise que recebeu maior repercussão na mídia e na sociedade. Chamado de livro-acontecimento pelo dossiê organizado pela revista *Le Nouvel Observateur*, após o lançamento da obra na França em 2005, tem gerado grande polêmica. No entanto, se o artigo do *Le Nouvel Observateur* denominado *Deve-se acabar com a psicanálise?* tinha sido favorável à obra, outro publicado no *L'express*, publicado posteriormente, expressou crítica negativa ao livro. Após sua publicação, diversos artigos foram publicados em jornais e revistas nacionais e internacionais repercutindo suas ideias, seja em forma de aprovação ou crítica. O *Livro Negro da Psicanálise* reuniu diversos

questionamentos que atravessaram os anos, desde Freud, e fez mais do que nunca que os analistas saíssem de seus consultórios, escolas e instituições e viessem ao público responder às críticas (BIRMAN, 2011).

O *Livro Negro da Psicanálise* (MEYER et. al., 2005) é representativo de um longo debate ocorrido na França, há alguns anos, sobre a hegemonia da psicanálise em relação a outros campos de saberes psicológicos. Esta perda de hegemonia já ocorreu nos Estados Unidos e na Inglaterra, assim como em diversos países europeus. No entanto, a disseminação e relevância que a teoria psicanalítica alcançou na França e na América Latina têm sido combatidos em razão da disseminação dos paradigmas biologizantes das neurociências e das psicoterapias cognitivas e comportamentais. A partir desta conjuntura, os psicanalistas tiveram que começar a defender suas posições contra as críticas de que a psicanálise seria ineficaz ou anacrônica frente a outros tratamentos, ditos “modernos”. Apesar disso, a psicanálise continua a ser uma importante referência teórica, especialmente na França, Brasil e Argentina (BIRMAN, 2011).

Para ilustrar a crítica feita à terapêutica psicanalítica, nos debruçaremos sobre o Capítulo escrito por Jean Cottraux, *A Psicanálise é uma Psicoterapia? A Psicanálise cura?* (COTTRAUX, 2005), por meio do qual critica ferozmente o valor terapêutico da psicanálise (sua psicoterapêutica). Vale ressaltar que o texto abusa de adjetivações e maldiz a psicanálise, sem maiores precauções ou rigor, seja do ponto de vista teórico, seja do ponto de vista argumentativo. Suas críticas serão pontuadas e discutidas por meio de comentários pontuais, após os trechos selecionados e – quando considerarmos pertinente – encaminharemos o debate aos capítulos seguintes, que deverão refutar ou esclarecer os trechos destacados. Os comentários serão desenvolvidos a partir de uma perspectiva psicanalítica lacaniana.

Cottraux (2005), já no título do capítulo, ressalta uma dúvida que acomete muitos profissionais da saúde. A psicanálise é uma psicoterapia? Trataremos de tal questão no capítulo *Psicanálise e Psicoterapia*, no qual debateremos as principais diferenças entre as duas. Em seguida, mais um questionamento:

Se pesam sérias dúvidas sobre o status científico da psicanálise, o mesmo acontece com o seu valor terapêutico; também é profunda a discordância dentro da própria comunidade psicanalítica. Freud defendia a ideia de que o objetivo da psicanálise é curar as neuroses, enquanto para Lacan a cura não passaria de um “benefício por acréscimo”. Alguns chegam a falar de “fuga para a cura. (COTTRAUX, 2005, p. 284)

De fato, Freud irá tratar a terapêutica da psicanálise com um misto de convicção e cautela, como na *Conferência XXXIV* (FREUD, 1932/1996):

Comparada com outros procedimentos psicoterapêuticos, a psicanálise é, fora de dúvida, o mais eficiente. Também, é justo e correto que seja assim, de vez que também é o mais laborioso e demorado; não seria usado em casos leves. Nos casos apropriados, é possível, através dela, suprimir os distúrbios e promover modificações que, em épocas pré-analíticas, não se ousaria esperar obter. Tem, contudo, os seus limites bem definidos. A expectativa de que todo fenômeno neurótico possa ser curado, pode ser, conforme suspeito, derivada da crença do leigo de que as neuroses são algo muito desnecessário, que não têm qualquer razão de existir. E, no entanto, elas são, com efeito, doenças graves, fixadas na constituição, que raramente se limitam apenas a alguns ataques, mas persistem geralmente por longos períodos, ou por toda a vida” (FREUD, 1932/1996, p. 150-151).

“Como método de tratamento, é um método entre muitos, embora seja, para dizer a verdade, *primus inter pares*. Se não tivesse valor terapêutico não teria sido descoberto, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado desenvolvendo-se por mais de trinta anos. (FREUD, 1932/1996, p. 154)

Ele também ponderará sobre os limites de sua eficácia terapêutica, no que diz respeito aos restos incuráveis do sintoma e ao rochedo da castração descritos no texto “Análise terminável e Interminável”, de 1937 (FREUD, 1937/1996).

Além disso, Freud nos alertou sobre os perigos do *furor sanandi*, isto é: do desejo de curar descrito por ele no texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (FREUD, 1912/1996). Nesse texto, ele faz um alerta sobre os perigos quando se busca a cura a todo custo.

A expressão “fuga para cura” parece expressar um desejo ardente pela cura, ou seja, pela remoção do sintoma sem que haja uma retificação subjetiva. Em outras palavras, sem que o sujeito compreenda o que aquele sintoma representa, qual é a sua causa e quais foram os fatores subjetivos que agiram como substrato para sua formação. Fuga para cura quer dizer em nosso entendimento uma tentativa apressada de cura que não promove a implicação do sujeito ao sintoma, mas uma mera tentativa de remover daquilo que faz sofrer sem – no entanto - considerar os riscos implicados na aceleração do processo terapêutico. Existe um trecho em Freud que exemplifica essa cautela necessária ao tratamento:

A ambição terapêutica de alguns de meus adeptos fez os maiores esforços no sentido de superar tais obstáculos, de modo que todo tipo de doença neurótica pudesse ser curável por meio da psicanálise. Tentaram comprimir o trabalho analítico num tempo mais curto, intensificar a transferência de modo a poder vencer qualquer resistência, juntar-lhe outras formas de influência a fim de forçar uma cura. Esses esforços são certamente dignos de elogios, mas, segundo penso, são vãos. Ademais, trazem consigo o risco de a pessoa ser arrastada para fora da análise e atraída para uma série de experiências sem limites. (FREUD, 1932/1996, p. 151)

Com ressalvas, poderíamos sintetizar a posição de Freud quanto à terapêutica da psicanálise com uma de suas frases por meio da qual afirma que: “a psicanálise é realmente um método terapêutico como os demais” (FREUD, 1932/1996, p.150). Tendo em vista que ele defendeu a eficácia psicoterapêutica da psicanálise em diversos momentos, ao mesmo tempo em que defendeu a diferença da psicanálise em relação às práticas de sugestão (FREUD, 1914/1996).

Já Lacan fará, por sua vez, mais ponderações sobre a terapêutica da psicanálise, posição que pode ser resumida na afirmação contida no texto *Variantes do Tratamento-Padrão*, no qual comenta: “a psicanálise não é uma terapêutica como as outras” (LACAN, 1955/1998, p. 326). Apesar da ressalva de Lacan em tratar a psicanálise como uma psicoterapia, ele não relega a terapêutica da psicanálise, apenas alerta que colocá-la em primeiro lugar no tratamento pode representar um desvio da psicanálise como ele a entende (LACAN, 1958/2003). Em outros momentos, chega a admitir a eficácia da terapêutica da psicanálise:

É um fato que há pessoas que se curam. Freud salientou bem que não era necessário que o analista fosse possuído pelo desejo de curar; mas é um fato que há pessoas que se curam, e que se curam de sua neurose ou até mesmo de sua perversão. (LACAN, 1978/1995, p.66)

Outra questão trazida por Cottraux, que nos parece uma pergunta válida, seria se a psicanálise é um método verificável:

Então a psicanálise é ou não é um método de tratamento cujo objetivo seria tratar o espírito e o corpo? A questão é importante para todos os que a ela recorrem para aliviar o seu sofrimento. E se a psicanálise pretende curar, temos então o direito de pedir um relatório: funciona mesmo? Em que casos? Funciona melhor ou pior que outros tipos de terapia? É mais rápida? Mais durável? Em resumo, tudo o que um trabalho de avaliação permite medir. (COTTRAUX, 2005, p. 284)

O capítulo *Efeitos Terapêuticos da Psicanálise Lacaniana* irá abordar alguns desses efeitos e as comprovações possíveis a partir do método psicanalítico.

Em seguida, na mesma linha da pergunta se a psicanálise é uma psicoterapia, Cottraux (2005) questiona se a psicanálise cura. Seguem os trechos de sua crítica: “(...) seria inútil abrir um processo contra a psicanálise em nome da ordem médica, já que o seu propósito não é tratar e muito menos curar. Ninguém exige que um filósofo ou um padre cure” (COTTRAUX, 2005, p. 287).

Apesar de Cottraux (2005) aparentemente já estar convencido de sua resposta, os capítulos a seguir investigam como podemos pensar e articular uma terapêutica psicanalítica.

Ou seja, o que podemos esperar em termos terapêuticos da psicanálise? Qual é o tipo de “cura” que ela propõe? Será que é a mesma cura da medicina? E segue sua crítica – ilustrada nos trechos selecionados – em que ele questiona a finalidade do método psicanalítico. A psicanálise seria um método terapêutico ou uma disciplina que visa o autoconhecimento? Qual seria sua proposta terapêutica e seus efeitos?

Mas o problema se baseia numa dupla ambiguidade: a psicanálise às vezes pretende tratar, no sentido médico da palavra, e as filosofias e religiões podem ter efeitos terapêuticos, embora não tenham, em princípio, a intenção de tratar [...] Exploração indefinida ou tratamento do espírito perturbado? Disciplina-mor do autoconhecimento ou método terapêutico? Desenvolvimento pessoal ou terapia? Os psicanalistas têm sabido jogar muito bem com essa ambiguidade. Quando interpelados sobre a eficácia do seu empreendimento terapêutico, respondem que o objetivo final é o autoconhecimento [...] A psicanálise mudaria as estruturas mentais, enquanto os outros métodos somente deslocariam os sintomas. Entretanto, os outros capítulos deste livro não permitem afirmar que se encontra a cura com muita frequência, nem mesmo nas mãos especialmente esclarecidas do pai da psicanálise. Assim, o mito da substituição de sintomas nas outras formas de psicoterapia, principalmente nas terapias comportamentais e cognitivas, não durou muito. (COTTRAUX, 2005, p. 287-288).

De início, seria importante lançar as bases deste questionamento sobre se a psicanálise cura. Ou seja, seria importante entender se o autor se refere a cura do sintoma, do sofrimento, do mal-estar, do inconsciente. Apesar da ironia e deboche, o questionamento sobre o que a psicanálise trata e se ela cura nos parece legítimo e, portanto, nos debruçaremos sobre ele nos capítulos seguintes, em especial no capítulo *Psicoterapia vai dar no pior? A especificidade da Psicanálise Lacaniana no tratamento do sintoma* e no *Efeitos Terapêuticos da Psicanálise Lacaniana* (COTTRAUX, 2005).

Em outro trecho, o autor afirmará: “A própria palavra “psicanálise” não designa, de modo algum, o tratamento porque fala de analisar o psiquismo, dissolvendo resistências que impediriam a pessoa de conhecer-se a si mesma” (COTTRAUX, 2005, p. 287).

Primeiramente, resistência é um conceito importante para a psicanálise e se refere a tudo o que nos atos ou palavras do analisante se opõe ao acesso dele ao seu inconsciente (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001). Apesar de Freud se referir em alguns momentos à análise como meio de autoconhecimento (FREUD, 1912/1996, 1920/1996, 1940/1996), ele mesmo afirma que “O método pelo qual fortalecemos o ego enfraquecido tem como ponto de partida uma ampliação do autoconhecimento. **Isso, naturalmente, não é toda a história, mas apenas seu primeiro passo**” (FREUD, 1940, p. 191-192, grifo nosso). E continua: “Esse primeiro tipo de atividade, como sabemos, destina-se a preparar o caminho para outra tarefa,

mais difícil” (FREUD, 1940, p. 192). Vale ao leitor questionar se o “mais difícil” se relaciona à terapêutica ou não.

Compreendemos que nesse ponto, Freud se refere ao trabalho realizado pelo analista com o material inconsciente e no manejo da resistência desencadeados pelo processo analítico. Segundo Freud, esse processo deve ocorrer numa distinção rigorosa entre o conhecimento do paciente e do analista, que deve adiar sua interpretação “até que ele próprio tenha chegado tão perto dela que só reste um único passo a ser dado, embora esse passo seja, de fato, a síntese decisiva” (FREUD, 1940, p. 192).

Sobre este assunto, Lacan tem uma posição mais direta, comentada de forma precisa por Quinet (1991):

[...] a demanda de análise não deve ser aceita inadvertidamente, sem ser questionada. Diferente do psicoterapeuta ou do médico, a resposta de um analista a alguém que chega com um pedido de análise não pode ser o de abrir a agenda e propor um horário e um contrato de trabalho. Para Lacan, só há uma demanda verdadeira que justifique o início de uma análise, o desejo de se desvencilhar de um sintoma. Fora dessa condição, se alguém vier pedir uma análise para se conhecer melhor, a resposta de Lacan era clara — “eu o despacho” (LACAN, 1976, p. 33 apud QUINET, 1991, p. 16).

Cottraux (2005) segue sua crítica sobre os centros onde a psicanálise perdeu força e aqueles onde ela se desenvolveu:

Desde a década de 60, as contestações foram bem mais numerosas e levaram ao surgimento de outras formas de psicoterapia na maioria dos países democráticos, principalmente os Estados Unidos e os países da Europa. Não foi assim na França, que continuou a ser, junto com a Argentina e o Brasil, um dos bastiões de uma influência psicanalítica praticamente sem rival até data recente. (COTTRAUX, 2005, p. 289)

Cottraux (2005) também cita um relatório chamado *Três terapias avaliadas* realizado pelo Inserm (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*) do site do ministério. Segundo Cottraux, este relatório foi encomendado pela Direção Geral da Saúde e por duas associações de pacientes, a Unafam (*Union Nationale des Amis e Familles de Malades Psychiques*) e a Fnapsy (*Fédération Nationale des Associations de Patients et Ex-patients “Psy”*), criadas, segundo Cottraux (2005) com o objetivo de tornar mais transparentes as indicações e a responsabilidade psicoterápica.

Cottraux (2005) afirmou que devido a pressões políticas, o ministro da saúde, Douste-Blazy, removeu o relatório do site do ministério, demitiu o diretor-geral de saúde e afirmou que “o sofrimento psíquico não é avaliável” e que “os senhores não ouvirão mais falar disso”; como se ele tivesse uma intenção deliberada de “queima de arquivo” ou de omitir provas de

uma pretensa falta de eficácia terapêutica da psicanálise. Apesar do imbróglio, Cottraux (2005) afirmou que a Associação Psicanalítica Internacional, presidida pelo professor Daniel Widlocher, pronunciou-se contra a retirada do relatório Inserm e a favor de uma avaliação com ressalvas.

Apesar de reafirmar o relatório como “o primeiro e bem argumentado questionamento francês do poder terapêutico da psicanálise” (COTTRAUX, 2005, p. 290); em seguida ele afirma que “No entanto, o relatório do Inserm não tratava da psicanálise no sentido estrito da palavra; ele avaliava a eficácia das terapias psicanalíticas breves” (COTTRAUX, 2005, p. 290).

Vale ressaltar o cunho opinativo e emocional do texto, bem pouco argumentativo. Destacamos um trecho ilustrativo do caráter emocional e informal do texto:

Por ser um dos membros dessa comissão, pude testemunhar que não tínhamos nada de “Sete Samurais” nem de “Doze Condenados”. Ficamos até lisonjeados por nos considerarem guerreiros de elite. Na verdade, elaboramos o relatório com muito esforço durante um ano e meio, com discussões intermináveis e contraditórias; tivemos de fazer a leitura soporífera de mil artigos e manusear áridas fórmulas matemáticas. O fato de nos elevarem do nível de modestas formigas ao de heróis dos quadrinhos fez com que o nosso círculo nos visse enfim com outros olhos e compreendesse os tesouros de coragem escondidos por trás da nossa aparência grisalha de pais tranquilos. Ousamos resistir ao todo-poderoso pensamento analítico! (COTTRAUX, 2005, p. 291)

Em seguida, Cottraux (2005) compara sua comissão ao comitê real de 1784, nomeado por Luís XVI e responsável por estudar o magnetismo animal de Mesmer, demonstrando raiva, ironia e deboche; mas poucos argumentos para defender sua tese.

Cottraux chega inclusive a comparar a grafia francesa de lacaniano “*lacanien*” à grafia de canalha “*canaille*” e questiona se a psicanálise teria outro objetivo além da perpetuação de uma Igreja (COTTRAUX, 2005, p. 293).

Em seguida, o autor comenta que várias concepções da psicanálise se enfrentaram durante os anos e pergunta quais seriam os critérios de seu sucesso:

É a melhora do funcionamento global do indivíduo? É o desaparecimento de um conjunto de sintomas ansiosos depressivos ou psicóticos? Ou é simplesmente uma peregrinação íntima que permite atingir a verdade de si mesmo? As obras publicadas a respeito são contraditórias e pouco explícitas. (COTTRAUX, 2005, p. 293)

Cottraux cita o texto freudiano *Análise Terminável e Interminável* (FREUD, 1937) retomando o que faria uma análise chegar ao seu término. Ele descreve dois critérios retirados do texto freudiano:

O primeiro critério é que o paciente não sofra os sintomas e tenha dominado a ansiedade e as inibições. Quanto a isso, todo médico ou psicoterapeuta estaria de acordo”. Segundo critério: o analista deve julgar que pensamentos recalçados suficientes tornaram-se conscientes porque resistências suficientes foram vencidas. Enfim, não há necessidade de temer a repetição dos processos patológicos em causa. (COTTRAUX, 2005, p. 294)

Em seguida, Cottraux (2005) faz duas críticas, a primeira é que “Nada se diz, nesse texto, que permita medir o que é ou não suficiente [...]” e “[...] que o paciente não é o juiz do fim da sua análise, mas que o julgamento do analista é considerado, segundo o pai da psicanálise, critério geral de sucesso e de fim do tratamento” (COTTRAUX, 2005, p. 294). E continua a crítica: “Aqui estamos no terreno da opinião autoautorizada de um sujeito psicanalista que supostamente sabe o que é melhor para o outro” (COTTRAUX, 2005, p. 294).

Sobre a crítica de que o julgamento do analista seria o critério geral de sucesso de uma análise, vale que se faça alguns comentários preliminares. O primeiro é de que uma análise não precisa chegar ao seu fim para que o paciente se beneficie da terapêutica do método, que ocorre desde as primeiras sessões (SOLER, 2013). O tema do final de análise é um tema de grande debate e divergência mesmo entre os analistas (DUNKER, 2011). No entanto, todos os analistas concordarão em afirmar que o final de análise não é a condição para que o paciente se beneficie da terapêutica da psicanálise. Esse equívoco parece advir dos tratamentos médicos, que em geral são concluídos somente quando a cura possível para a doença é atingida.

Somado a isso, gostaríamos de citar uma passagem onde Freud irá falar sobre a terapêutica da psicanálise e que - em vez do analista publicar as estatísticas de seus êxitos - seria mais correto examinar a experiência do próprio indivíduo. O que refuta a noção trazida por Cottraux do analista como juiz do fim da análise do paciente:

A psicanálise é realmente um método terapêutico como os demais. Tem seus triunfos e suas derrotas, suas dificuldades, suas limitações, suas indicações. Em certa época, fazia-se contra a análise a queixa de que não podia ser tomada a sério, na qualidade de tratamento, de vez que não se atrevia a publicar estatísticas de seus êxitos. Partindo disto, o Instituto Psicanalítico de Berlim, que foi fundado por Max Eitingon, publicou um documento sobre seus resultados durante os seus primeiros dez anos. Os seus sucessos terapêuticos não constituem motivo, nem de orgulho, nem de vergonha. Estatísticas dessa espécie não são, porém, em geral, instrutivas. O material com que lidam é tão heterogêneo, que apenas números muito elevados mostrariam algo. **É mais correto examinar as próprias experiências do indivíduo** (FREUD, 1932/1996, p. 150, grifo nosso).

Em outro trecho, Cottraux (2005) critica o trabalho do Freud que exerceria uma espécie de sugestão nos pacientes devido a sua autoridade médica:

Um terceiro critério, mais ambicioso e igualmente proposto: o analista teve influência tão profunda sobre o paciente que não há mais mudanças suplementares a obter, em caso de continuação da análise” (COTTRAUX, 2005, p. 294). E acusa Freud de trabalhar pela sugestão a partir de sua autoridade médica: “Naquela época, parece que não se distinguia bem o trabalho em colaboração e a persuasão por uma autoridade forçosamente boa. Sem dúvida, é preciso ver o efeito da imagem de mandarim dos médicos da época sobre os seus pacientes. Nisso, Freud segue os passos de Charcot, o seu mestre tão admirado, com forte poder sugestivo (COTTRAUX, 2005, p. 294-295).

Em 1885, Freud sofreu forte influência de Charcot e os efeitos que a hipnose conduzida por ele produziram nas neuroses da época. Em seu estágio em Salpêtrière, Freud observou Charcot utilizando a sugestão hipnótica direta para curar paralisias histéricas. Quando Freud voltou para Viena, ele começou a utilizar a técnica em seus pacientes, mas obtendo resultados diversos (GAY, 1989). Foi o nascimento do Freud clínico. Nesse momento, poderíamos afirmar que Freud se utilizava da sugestão hipnótica, como um poderoso método terapêutico numa fase considerada pré-psicanalítica (FREUD, 1888/1996).

No entanto, com o tempo Freud abdicará do uso da hipnose e da sugestão como técnicas válidas para o que ele formalizará como componentes do método psicanalítico. Quando Freud passou a considerar a etiologia sexual da histeria, ele começa a se distanciar da sugestão hipnótica. A questão é que Freud compreendeu que era possível reaver as memórias do paciente sem a hipnose que, além de ser uma técnica intrusiva, não incide na resistência, a causa do fracasso de diversos tratamentos (JÚNIOR, 2011).

Cottraux (2005) cita o quarto critério proposto por Freud, segundo ele:

[...] ainda mais ambicioso e ainda mais mal definido: seria possível esperar um nível de normalidade psíquica absoluta que permaneceria estável, como se todos os recalques do paciente tivessem sido resolvidos e todas as lacunas da sua memória tivessem sido preenchidas. Neste caso, assistiríamos ao que hoje chamamos de “prevenção das recaídas ou recidivas do transtorno tratado”. Seria, portanto a famosa cura que a psicanálise pode realizar” (COTTRAUX, 2005, p. 295).

Da mesma forma que a medicina não oferece garantias contra a recidiva para diversas patologias que afetam o humano, a psicanálise não pode oferecer uma garantia de cura ou de efeitos permanentes ao seu método. No entanto, consulte o capítulo que trata da “especificidade da Psicanálise Lacaniana no tratamento do sintoma” para compreender melhor a abordagem dada ao sintoma no método psicanalítico, que difere radicalmente daquela a partir da qual o autor emite a questão.

Esse critério baseia-se na atualização das lembranças enterradas, que métodos breves como as TCC ou o EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ou “dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares”) – estes, sim, verificados em estudos controlados – fazem bem mais depressa sem recorrer à teoria nem ao método psicanalítico. (COTTRAUX, 2005, p. 295)

Nesse caso, o autor compara teorias com epistemologias e pressupostos muito diferentes. Dessa forma, não é possível criar essa equivalência entre o que a psicanálise chamada de manifestações do inconsciente (os chistes, atos-falhos, sonhos, lapsos e sintomas) para o trabalho racional envolvido na rememoração e exercício da consciência implicados nas teorias citadas por Cottraux. Basta dizer resumidamente que o conceito de inconsciente para Freud se refere à instância do id, das pulsões, do princípio do prazer e de um lugar psíquico que tem certa oposição ao eu (ego). Já para Lacan, o inconsciente tem a ver com um efeito da linguagem. Mais à frente em sua obra ele dirá que o inconsciente é o real (registro do real) (KAUFMANN, 1996). Dessa maneira, sem estender a discussão, estes são conceitos complexos e se explicam a partir de determinada epistemologia que pode até dialogar com outras, mas que deve ser explicada a partir de seu próprio campo.

Posteriormente, Cottraux (2005) afirma que o método psicanalítico aumentaria o sofrimento e os sintomas na constituição do que ele chama de neurose de transferência:

[...] psicanalistas disseram que a psicanálise tinha como objetivo tratar o sofrimento psíquico e, nisso, unem-se ao conjunto dos psicoterapeutas. O sofrimento se exprime por sintomas e disfunções relacionais. Mas muitas vezes a transferência aumenta o sofrimento e os sintomas, principalmente os depressivos. Existe aí um problema ético: com que direito se transforma um simples problema psicológico em neurose de transferência, que corre o risco de durar anos, e com que benefício? (COTTRAUX, 2005, p. 295-296).

Abordaremos o importante conceito de “neurose de transferência” e seu uso em favor do tratamento. Este tema será abordado no capítulo sobre a especificidade da psicanálise lacaniana.

Em seguida Cottraux (2005) fala da “teoria ameaçadora da “fuga para cura””:

Em outras palavras, levantar-se do divã e partir, mesmo depois de um período que o paciente julgasse razoável, seria quase uma fobia. Com essa fobia do verdadeiro eu (forçosamente ignóbil ou inquietante) o indivíduo busca evitar uma verdade que fere seu amor-próprio. Entretanto, nada nem ninguém permite dizer que verdade é essa, a não ser que esteja obrigatoriamente escondida e que o indivíduo seja suspeito, para não dizer culpado, de querer livrar-se dela facilmente. Assim a cura não passaria de um sintoma, e o exercício do livre-arbítrio e do julgamento pessoal, de uma miragem (COTTRAUX, 2005, p. 296).

No trecho acima, o autor se refere novamente à expressão “fuga para cura”, já comentada anteriormente. Uma pergunta que podemos extrair deste trecho é qual seria o momento de conclusão do tratamento analítico? Esse momento de decisão cabe ao analista, cabe ao analisando? O que o define? Seria a cura?

O texto de Cottraux (2005) parece retratar esse complexo jogo de forças colocado em jogo no tratamento analítico que parecem se relacionar à resistência e ao recalque, dois conceitos importantes para psicanálise e talvez mal compreendidos.

Inicialmente, vale ressaltar que o encerramento ou interrupção do tratamento é uma possibilidade colocada desde o início e cabe à dupla (paciente e analista) decidir, mas diferentemente do início do tratamento que precisou do acordo entre ambas as partes, o término pode ser realizado unilateralmente, pelos mais variados motivos.

Quanto ao que o autor chama de “fobia do verdadeiro eu (forçosamente ignóbil ou inquietante) o indivíduo busca evitar uma verdade que fere seu amor-próprio”, ele parece se referir ao conceito psicanalítico de recalque, que consiste na expulsão da consciência ou manutenção no inconsciente de um conteúdo (pensamentos, imagens, recordações) que causam uma satisfação inconsciente, mas que provocariam um desprazer ligado às exigências morais do indivíduo (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001). Nesse sentido, existe um desejo inconsciente e recalado implicado no sintoma que de fato não quer emergir à consciência. No entanto, se esse não querer saber produzirá uma interrupção ou fuga do tratamento, não sabemos. A questão é que a demanda de análise implica em um querer saber sobre o sintoma (QUINET, 1991).

E retrata a relação analisando-analista como uma relação de dependência e submissão sintetizada no que ele chama de dialética senhor e escravo no qual o psicanalista se utiliza de artifícios “inescrupulosos” destinados “a manter alguém na prisão do sintoma transformado em laço que o prende ao analista” (COTTRAUX, 2005, p. 296).

No capítulo *Psicanálise e Psicoterapia* abordaremos a posição do analista em relação ao paciente, uma posição ética que vai na contramão da maestria, do dogmatismo ou de uma relação de senhor e escravo que incentiva a dependência.

Por outro lado, Cottraux assume que “É verdade que às vezes os pacientes sofrem o jogo de processos internos e externos de evitamento que não lhes permite enfrentar recordações e histórias singulares e terríveis. É o caso das histórias traumáticas, antigas ou atuais” (COTTRAUX, 2005, p. 297). Mas em seguida volta a criticar o método: “Se há resistência, é provável, em vista do que sabemos hoje depois do trabalho realizado pelas TCC, que ela venha da passividade do método psicanalítico” (COTTRAUX, 2005, p. 297).

Aqui vale ressaltar as diferenças importantes existentes entre fim de análise, efeitos terapêuticos e cura. São conceitos bastante complexos e que podem ser articulados de forma diversa.

A psicanálise lacaniana reúne cerca de 3000 psicanalistas no mundo, principalmente na França e na América do Sul. Essa distribuição não se deve ao acaso; são países onde a fé católica continua em alta. Lacan defendeu que a cura é dada por acréscimo, como prêmio inesperado ou graça divina que se manifestaria com o desaparecimento dos sintomas (COTTRAUX, 2005, p. 297).

Essa noção lacaniana da cura vir por acréscimo será aprofundada e esclarecida nos capítulos seguintes. Nos ateremos aos trechos que dizem respeito ao método e à terapêutica lacaniana, pois no texto há algumas ofensas que ultrapassam o nível do debate, numa leitura extremamente emocional e pouco rigorosa da teoria. Por exemplo, quando Cottraux (2005) afirma que a metáfora paterna ou nome do pai, um dos operadores clínicos da teoria lacaniana transforma-se, na interpretação de Cottraux, na figura religiosa de um “pai celeste”:

Para ele [Lacan], o “sinthoma” é o nome do pai, aquele que mantém, por um nó sutil, o nó borromeano, tanto o imaginário quanto o simbólico e o real. O pai, assim, torna-se o santo homem. Por isso não é preciso atacar o sintoma, mas sim procurar nele o pai. Portanto, estamos num caminho que é o da busca do pai celeste. (COTTRAUX, 2005, p. 297)

E segue citando o texto *O triunfo da religião* em que Lacan, segundo ele, teria se denominado “filho de padre” e afirma que “a filosofia lacaniana autoriza: culto ao chefe, falocracia ou teocracia brutal” num esforço brutal de tentar equiparar a psicanálise lacaniana a uma religião e – mais do que isso – uma religião anacrônica” (COTTRAUX, 2005, p. 298):

O caráter antiquado dessa concepção da função paterna na época do Pacto Civil de Solidariedade, de famílias monoparentais, do Orgulho Gay e das mães solteiras foi ressaltado recentemente por psicanalistas mais afinados com psicanalistas mais afinados com os problemas do nosso tempo. E os que buscam o pai divino podem abrir mão do tempo pai-rdido (père-du) no divã. Basta-lhes juntar-se às fileiras da Igreja Católica que tem a seu favor, pelo menos, a escuta duas vezes milenar dos corações feridos. Alguns trabalhos de avaliação, aliás, permitem apresentar provas do efeito psicoterápico de várias formas de religião monoteísta sobre a depressão. (COTTRAUX, 2005, p. 298)

Em seguida ressalta a importância da avaliação das práticas, como forma de garantir tratamentos eficazes aos pacientes. Mas avaliar a partir de quais critérios?

Avaliar é preciso, antes de mais nada, porque os pacientes têm direito a tratamentos eficazes. Todos os que desejam a psicoterapia devem estar a par do que esta vai utilizar para o seu bem-estar e os elementos da escolha têm de ser explicados. (COTTRAUX, 2005, p. 300)

E questiona:

[...]a cura é um mito ou realidade? A reflexão moderna voltou a centrar-se mais na noção de saúde e bem-estar do que na de cura. Nesse ponto de vista, numerosos autores insistiram no fato de que, para obter resultado satisfatório para o paciente,

não basta modificar sintomas e síndromes, mas é preciso melhorar também a qualidade de vida e o funcionamento social (COTTRAUX, 2005, p. 300).

Nesse sentido, Cottraux (2005) sugere o desenvolvimento de pesquisas com estudos controlados para obter mais dados sobre a eficácia do tratamento psicanalítico.

Essas e outras questões serão debatidas e aprofundadas a partir de uma perspectiva psicanalítica lacaniana de forma a conduzir o leitor não psicanalista a conhecer - a partir de um psicanalista a tentativa de transmitir alguns conceitos e elementos do método psicanalítico lacaniano e sua terapêutica.

4. PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA:

Neste capítulo serão abordadas algumas semelhanças e diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia na condução do tratamento, na resposta à demanda de cura, no método de tratamento, nos instrumentos técnicos e na posição ética a partir do qual eles operam no tratamento do sofrimento, sintoma ou mal-estar do sujeito.

Miller (1997) afirma em seu texto *Psicoterapia e psicanálise* que elas não são domínios excludentes e sem pontos em comum, ou seja, há intersecções. Neste texto ele comenta que uma dessas intersecções é que tanto a psicoterapia, quanto a psicanálise, tratam-se de logoterapia, ou seja: atuam pela palavra ou linguagem. Outro ponto comum abordado pelo autor é que algumas psicoterapias – com inspiração psicanalítica - também consideram a existência de uma realidade psíquica. Então, como classificar as psicoterapias, já que elas têm um amplo espectro, da psicoterapia corporal à psicoterapia breve institucional?

Miller (1997) propõe que o princípio de classificação de qualquer psicoterapia seja a incidência da palavra do Outro¹. Sendo assim, segundo ele, em qualquer psicoterapia “há um Outro que diz o que deve ser feito, um Outro a quem o sujeito que sofre obedece, e do qual ele espera a aprovação” (MILLER, 1997, p. 12).

Dentro desse paradigma, o psicoterapeuta atua como um modelo para o paciente, a partir do qual ele tenta restituir suas funções de síntese e maestria (domínio do eu) sob os

¹ Outro (chamado grande outro) também representado por A (do termo Autre ou Outro em francês) é a alteridade do eu consciente. É como um arquivo da fala de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância ou antes de ele ter nascido. Outro representa também um lugar simbólico, dos significantes, da língua materna, da linguagem (QUINET, 2012).

olhos do psicoterapeuta-mestre (modelo identificatório). Nesse sentido, o “que faz a psicoterapia, é o assujeitamento ao Outro” (MILLER, 1997, p. 13).

Em seguida, Miller (1997) afirma que “todo significante do Outro, toda palavra do Outro, na medida em que reconhecemos nesse outro a posição de grande Outro, tem efeito de identificação” (MILLER, 1997, p. 14). Nesse ponto, psicanálise e psicoterapia guardam um terreno comum (identificação), encontrada no início do processo terapêutico na psicanálise onde ainda opera uma transferência imaginária do analisando (ligada ao sujeito suposto saber) com o analista.

A diferenciação entre psicoterapia e psicanálise ocorreria, para MILLER (1997), a partir de uma recusa do analista em fazer uso dessa identificação, na recusa em ser o mestre (Outro) desse sujeito. Nesse sentido, a análise dependeria da posição ética que o analista adota. A partir disso que se fala em ética da psicanálise e de *desejo do analista*, como um desejo mais forte do que o desejo de ser mestre (MILLER, 1997).

Sendo assim, por mais sutil que seja, quando o analista acha que sabe quem é o sujeito, sabe o que ele precisa ou sabe o que é melhor para ele; ele fecha as portas para dimensão analítica do discurso (MILLER, 1997).

Em seguida, Miller (1997) reafirma a importância metodológica do analista não atuar segundo respostas prontas e preconceitos e de não ser agente de algum discurso instituído ou identificação social. Nesse sentido, diz que “[...] o avesso da psicanálise é o discurso do mestre [...]” (MILLER, 1997, p. 16).

A identificação entre medicina e psicanálise inaugurada por Freud e rechaçada pelos psicanalistas está sendo retomada, desta vez sob a forma de identificação da psicoterapia à psicanálise. No entanto, ele diferencia a psicoterapia, cujo objetivo é a cura psíquica ou que o sujeito volte a ser útil a sociedade; numa noção de psiquismo correlato a um órgão do corpo, do psiquismo confundido com o funcionamento cerebral. Já a psicanálise não se ocupa do psiquismo, mas do inconsciente, que não é um órgão nem possui uma função de conhecimento do mundo. Dessa forma, a nível inconsciente, curar não tem sentido. E continua, não é função do analista adaptar o sujeito à realidade nem fazer com que ele sinta prazer na vida, ou seja, um papel de regulador psíquico. Da mesma forma, o analista não é aquele que vai reconduzir o sujeito da fantasia à realidade cotidiana (princípio de realidade) (MILLER, 1997).

Por fim, Miller (1997) traça alguns deveres do psicanalista. O primeiro ele diz que consiste em ser psicanalista. Essa legitimação pode ser conquistada de duas maneiras, segundo ele. A primeira seria a revelação do psicanalista no contexto da supervisão ou de um

dispositivo criado por Lacan, chamado de Passe, em que um sujeito que tenha terminado sua análise transmite o que aprendeu a um grupo de psicanalistas. Ou seja, a garantia de que um analista é analista só pode ser verificada e validada por uma comunidade no qual essa condição pode ser avaliada (MILLER, 1997).

O segundo dever do psicanalista é indicar ao público o que é um analista, isto é, o que ele não sabe e o que ele pode prometer. Uma das coisas que um analista não deve fazer é determinar unilateralmente o que seu paciente precisa, como ele deve conduzir sua vida, que decisões ele deve tomar ou quem ele deve ser. Nesse sentido, o analista não pode prometer a felicidade, a harmonia nem a plenitude da personalidade, pois ele visa o além do prazer (MILLER, 1997).

Para Miller (1997), o que a psicanálise pode prometer é elucidar o desejo do sujeito e ajudar a decifrar o que insiste na existência, ou seja, a desvendar os motivos das repetições. Por exemplo, a mulher que só se relaciona com homens abusivos, o homem que não permanece em um único emprego ou sintomas insistentes que não se explicam por causas fisiológicas.

O terceiro dever do psicanalista seria promover a psicanálise de acordo com as capacidades do sujeito em suportá-la, moderando os efeitos analíticos por razões terapêuticas. Segundo Miller, não é toda pessoa que pode ou deve fazer uma análise e finaliza:

O que é terapêutico na operação analítica é o desejo. Em certo sentido, o desejo é a saúde. Contra a angústia, é o remédio mais eficaz. A culpa deve-se, fundamentalmente, a uma renúncia ao desejo. Mas, paradoxalmente, o desejo é aquilo que é contrário a toda homeostase, ao bem-estar. Como compreender o que é uma terapia que não conduz ao bem-estar? (MILLER, 1997, p. 19)

Nicéas (1997) em seu texto *Respostas ao Saber Suposto* comenta que o mal-estar da sociedade pós-moderna promove uma necessidade de terapia, que tem sido ofertada pelo “mercado” das mais diversas formas, entre elas terapias corporais inspiradas em Reich e métodos considerados não tradicionais, que preencheriam uma lacuna deixada pelo tratamento psicanalítico, considerado longo, limitado e que ignoraria o corpo (LOWEN, 1982, apud NICÉAS, 1997). Crítica rebatida por Nicéas (1997) na medida em que ele diz que a psicanálise trata um corpo inserido na linguagem sem que para isso precise fazer intervenções no corpo físico em si.

A disseminação de práticas pretensamente psicológicas fez com que o CFP criasse uma resolução onde ele veda do psicólogo 21 práticas alternativas, a Resolução CFP nº 29/95 de 16/12/1995 (NICÉAS, 1997). Ou seja, no afã da cura, muitas práticas não reconhecidas

pela Psicologia são veiculadas e comercializadas como promotoras de benefícios psicológicos.

O autor traz em seu texto a diferenciação às vezes empregada entre psicoterapia e psicanálise no sentido de um diferente manejo da técnica na relação com o paciente, como na presença da interpretação e da transferência na psicanálise, por exemplo. Essa diferenciação o autor recusa (NICÉAS, 1997). Em vez de propor uma defesa da psicanálise, o autor reconhece que tanto a psicanálise quanto a psicoterapia produzem efeitos terapêuticos, pois existem efeitos no acolhimento do sofrimento e de uma demanda de cura por parte de um profissional, seja ele psicanalista ou psicoterapeuta. Portanto, a terapêutica é determinada pela relação que o sujeito estabelece com a palavra e com a alteridade (Outro) que coloca o analista num lugar simbólico a partir do qual é possível intervir com um suposto saber sobre o sintoma de forma a decifrar seu sentido.

A distinção que Nicéas (1997) propõe entre psicoterapia e psicanálise se determina a partir das respostas que cada um dá ao sujeito suposto saber promovido pelo campo transferencial, estabelecido na relação entre o paciente e o psicoterapeuta ou analista. Dessa forma, há de um lado o paciente e um sintoma e do outro um profissional investido do lugar de Outro, sujeito suposto saber, um importante conceito lacaniano, explicado por Jorge (2010):

Foi nessa direção que Lacan nomeou a transferência como o sujeito suposto saber, isto é, a suposição de saber no analista é o que permite a emergência do saber inconsciente, a transferência do saber inconsciente e, portanto, o surgimento dessa forma particular de saber – o saber associado à verdade. Sabemos que se a transferência é possível, isso se dá porque o psicanalista não corresponde a essa suposição que é feita pelo analisando e, por conseguinte, não ocupa o lugar do sujeito que sabe e não opera pela sugestão, a qual oblitera o processo da transferência. O acesso ao inconsciente de fato só é possível através do desdobramento do saber inconsciente na transferência. Como “a questão do amor é ligada à do saber”, a transferência, como amor que se dirige ao saber, não encontra no analista uma correspondência na ignorância (como paixão), através da qual a resistência ao saber inconsciente é sustentada. (JORGE, 2010, p. 68)

Segundo Nicéas (1997), agir como analista implica inicialmente em recusar o lugar de Outro e na promoção de um clínica em que a verdade não está no saber, ou seja, o analista não detém a verdade do sujeito. Em vez disso, ele atua de forma que o analisando produza um saber inconsciente, dando-lhe a palavra e o estimulando a associar livremente. Nesse sentido, há uma diferenciação fundamental na posição do analista em relação ao paciente e em relação à verdade na clínica. “Do saber que lhe é suposto e que funda a transferência, o analista não consolida os efeitos psicoterapêuticos” (NICÉAS, 1997, p. 26). Ou seja, a posição do analista

vai na contramão da identificação. Sendo assim, o sujeito suposto saber do início do tratamento deve ser destituído ao final, para que a análise seja finalizada.

Por outro lado, na posição de psicoterapeuta, o profissional responde como detentor do saber/verdade sobre o sujeito. Nessa relação, o paciente deve fazer uso do conhecimento do psicoterapeuta de forma a se beneficiar do que ele o oferece (NICÉAS, 1997).

Por outro lado, Berenguer et al. (1997) resgatam a regulação da prática psicanalítica que estaria no centro do debate na atual política europeia e que essa regulação supõe uma construção metodológica acerca dos fins de uma prática, assim como os meios para que sejam atingidos esses fins. Nesse sentido, os autores questionam se a cura ou a terapêutica poderia ser colocada como a finalidade da psicanálise.

Os autores comentam a questão que propuseram afirmando que não basta dizer sim ou não à questão sem estabelecer os parâmetros para o debate. Comentam que a terapêutica não é uma questão externa à psicanálise, mas que ela deveria ser definida a partir de seu campo. Ou seja, não seria possível que uma definição psicanalítica de terapêutica fosse a mesma definição ou guardasse os mesmos elementos de uma definição médica de terapêutica, por exemplo (BERENGUER et al., 1997).

Berenguer et al. (1997) relembram que desde os primórdios da psicanálise, Freud não pôde impedir os médicos norte-americanos formados pela psicanálise de estabelecer em suas instituições o predomínio da terapêutica e a segregação dos não-médicos. O que estava em questão na época e se reapresenta como questão nos dias atuais é uma definição do que é ser psicanalista ou, em outras palavras, o que um psicanalista faz. Nesse ponto, relembram a posição freudiana de que a psicanálise não pode ser reduzida a sua terapêutica.

Para os psicanalistas, não se trata somente da regulação de sua prática, mas de refletir sobre a concepção de sua atividade, uma discussão imersa numa ideologia neo-utilitarista consequência do discurso da ciência que, segundo os autores, tende a confundir finalidade e resultado (BERENGUER et al., 1997).

Em seguida, os autores discutem o atravessamento entre terapêutica e ética e tratam do problema ético promovido pela terapêutica em eleger um ideal sobre o que é considerado um bem para o sujeito. E ressaltam os riscos desta atitude, primeiro porque a discussão sobre o que seria um bem para as pessoas não é realizada, muito menos o debate sobre a relação que o sujeito estabelece com esse bem. Depois questionam se o sintoma deveria ser o único parâmetro a ser considerado (BERENGUER et al., 1997).

Comentam que se instaura uma oposição entre o sintoma e o terapêutico, onde o terapeuta irá combatê-lo em favor de uma suposta utilidade ou funcionalidade prejudicada pelo quadro sintomático (BERENGUER et al., 1997).

Relembrem os escritos de Freud nos quais, a partir de um certo momento, toda referência à terapêutica era seguida de uma ideia de seus limites e riscos. Nesse sentido, os autores afirmam que não é possível no fazer psicanalítico, uma separação entre clínica e ética e, conseqüentemente, entre terapêutica e ética (BERENGUER et al., 1997).

Esse entrelaçamento entre ética e a psicanálise é exemplificado em alguns conceitos psicanalíticos, como desejo, superego, culpa, ideal, prazer, amor, entre outros. Se os conceitos psicanalíticos comportam uma dimensão ética, é devido a natureza do campo do qual ela trata, a subjetividade. Nesse sentido, Lacan afirma que o parâmetro que se relaciona mais intimamente ao inconsciente não é o ôntico, mas o ético. Opor terapia e ética não significa negar a terapêutica da psicanálise nem a transformar num sistema ético-filosófico, mas que seria importante diferenciar a psicanálise de outras disciplinas que têm como referencial normativo o discurso da ciência, como diversos ramos da psicologia que tendem a evitar as discussões sobre seus princípios e fins (BERENGUER et al., 1997).

Os autores abordam o texto freudiano “Intervenção sobre a transferência”, em que Freud intervém diante da posição de vítima que Dora se coloca para implicá-la em sua queixa, ou seja, operar o que Lacan chamou de retificação subjetiva ou uma responsabilização do sujeito por suas escolhas e seu desejo. Essa dialética promovida pela psicanálise visa a responsabilidade ética do sujeito, uma recusa à psicanálise selvagem ou a um delírio/excesso de interpretação (BERENGUER et al., 1997).

Sendo assim, essa localização subjetiva é um ato ético do analista mostrando a posição subjetiva do sujeito, não se trata de um exercício de decifração ou desvelamento. Segundo os autores, trata-se de transformar a pessoa que os procura em sujeito, ou seja, alguém que se refere ao que diz, mantendo uma distância relativa ao dito (BERENGUER et al., 1997).

A teoria freudiana das pulsões se aproxima cada vez mais da noção de que existe um conflito intrínseco à satisfação, mas que se colocadas fora de seu contexto ético, podem ser definidas de outra forma: numa clara prevalência do terapêutico, encontrada nas escolas inglesas da psicanálise, que se reflete numa prática cujo objetivo seria fortalecer o ego do paciente e guiá-lo no sentido “correto”. Segundo os autores, a análise dos ideais e o conceito de superego se originaram da mesma concepção que contradiz a possibilidade de definir o eu como uma entidade capaz de decidir sobre a satisfação, como um juiz legislando sobre a realidade. E advertem que Freud já dizia que o princípio da realidade era dependente do

princípio do prazer. Ou seja, o problema do gozo¹ torna-se cada vez mais central no aparelho psíquico freudiano (BERENGUER et al., 1997).

A criação do conceito de superego para Freud está ligada com um aprofundamento da natureza do conflito psíquico em seu caráter paradoxal e insolúvel. E se o sujeito tenta formar um compromisso² (representado pelo sintoma) renunciando à satisfação; as exigências do superego³ só aumentarão. Essa lógica tem consequências para a ação terapêutica da psicanálise em seus limites e fins. Os autores questionam como o tratamento poderia ter como objetivo essa renúncia à satisfação expressa na eliminação do sintoma, sem a consideração do que isto implica. Porque, ao mesmo tempo que um sintoma psíquico traz sofrimento, sabe-se que há ganhos secundários ou um gozo que o sustenta. Esse conflito aparece claramente na reação terapêutica negativa, na não adesão ao tratamento e na resistência à cura. A patologia ou sintoma psíquico constitui simbolicamente uma espécie de pagamento por um “crime” realizado em fantasia e de forma inconsciente. Ou seja, promover um ideal de saúde e a eliminação do sintoma de forma inadvertida traz o risco de um agravamento do conflito psíquico. E lembram que Freud ao fim de sua obra não abre a possibilidade da busca de uma homeostase, equilíbrio ou compromisso no sentido de uma renúncia pulsional e da sublimação. Nesse sentido, relatam um engano comum que é confundir prazer com satisfação pulsional, que se aproxima muito mais da dor do sintoma (BERENGUER et al., 1997).

Então, qual seria a finalidade do dispositivo analítico e quais seriam os meios que o psicanalista dispõe para atingi-lo? Pode-se dizer a partir de uma ética freudiana que a finalidade da psicanálise e sua ética não visam a cura ou estão subordinadas a ela (BERENGUER et al., 1997).

Um elemento da psicanálise que pode determinar seus meios e fins, de um ponto de vista ético, é o desejo. A partir do desejo, podemos considerar os princípios que regem as ações do psicanalista e os meios com os quais ele poderá ou não contar.

¹ O gozo é um conceito central na teoria lacaniana e se relaciona tanto ao prazer, como ao sofrimento, à dor, ao horror e ao nojo. O gozo é o que vem para substituir a imaginada “unidade mãe-bebê” que existia somente devido a inexistência da subjetividade do bebê (FINK, 1998). Sendo assim, o sintoma traz em si um gozo ou satisfação inconsciente do qual o sujeito não sabe (LACAN, 1959-60/2008).

² Formação de compromisso é um conceito criado para explicar o processo psíquico de deformação pelo qual passa o conteúdo recalçado para que ele possa ser admitido na consciência, retornando na forma de uma produção do inconsciente, seja um sintoma, sonho, chiste ou ato-falho. As representações recalçadas são deformadas pelas defesas do psiquismo a ponto de ficarem irreconhecíveis à consciência. Esse processo é chamado formação de compromisso, pois ele permite realizar num mesmo compromisso a satisfação de um desejo inconsciente e as exigências defensivas/morais da consciência (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

³ Superego é uma das instâncias da personalidade descritas por Freud em sua segunda teoria do aparelho psíquico. Sua função seria equivalente a um censor ou juiz do ego, o qual agiria a partir da consciência moral do sujeito na auto-observação e na formação de ideais. Constituído pela interiorização da exigências e interdições parentais, é considerado o subproduto do complexo de Édipo (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

Berenguer et al. (1997) fazem um panorama pós-freudiano e as posições que cada escola de psicanálise assume diante da experiência analítica. Relembra Anna Freud, sua análise das defesas e a noção de fases de desenvolvimento as quais ela atribui um fundo biológico. Segundo os autores, o analista que surge daí se assemelha a um juiz que julga os desvios do sujeito a partir de um padrão ideal. Para eles, é por isso que o trabalho analítico em algumas escolas psicanalíticas tem um viés pedagógico e de correção de comportamentos desviantes ao padrão; encontrando convergência na Europa com a abordagem piagetiana. Nos Estados Unidos são encontrados os maiores adeptos da psicologia do eu que visa o sucesso terapêutico como objetivo primário (BERENGUER et al., 1997).

Em seguida, os autores citam o texto *Variantes do Tratamento-Padrão* (LACAN, 1955/1998) onde Lacan fala que “A psicanálise não é uma terapêutica como as outras [...]” (LACAN, 1955/1998, p. 326 apud BERENGUER et al., 1997, p. 52). E prosseguem com nova citação: “Trata-se de fato de um rigor de certa forma ético, fora do qual todo tratamento, mesmo pleno de conhecimentos psicanalíticos, só poderia ser psicoterapia” (LACAN, 1955/1998, p. 326 apud BERENGUER et al., 1997, p. 52).

Há uma crítica de Lacan na escolha do título deste texto. Segundo os autores, Lacan critica o formalismo prático da psicanálise da IPA¹, exemplificado pela psicanálise didática e suas variações que, segundo Berenguer et al. (1997), produziram uma alteração dos conceitos.

Berenguer et al. (1997) comentam que há duas barreiras à formação do analista: o desejo de saber e o desejo de poder e compara esses obstáculos ao desejo de ser amado próprio do neurótico, uma paixão que se coloca em oposição à análise. Nesse sentido, não haveria formação se o candidato não pudesse atingir essa forma de ignorância, um não-saber que Lacan denomina a forma mais elaborada do saber e requisito para que haja um analista. Condição também conhecida como ignorância douda (LACAN, 1953-54/1979). E seria por meio dessa redução que haveria uma certa identidade entre o ser do analista e sua palavra, que seria posta à prova ao final da análise. Um momento no qual o analista, tendo chegado ao fim de sua análise, “poderia ouvir proferir pelo sujeito palavras nas quais poderia reconhecer a lei de seu próprio ser” (BERENGUER et al., 1997, p. 54).

Essa frase faz referência ao texto *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud* (LACAN, 1957/1998) e a um aforismo freudiano “Wo Es war, sol Ich werden” ou “Onde o Isso estava o Eu deve advir” (BERENGUER et al., 1997, p. 54, tradução nossa). Os autores afirmam que esse aforismo proporia ao homem a oposição a todo compromisso

¹ IPA é a sigla da International Psychoanalytical Association ou Associação Psicanalítica Internacional (tradução nossa).

possível e uma denúncia de Freud a incompatibilidade com a essência da psicanálise. Já Lacan, segundo eles, teria compreendido a máxima freudiana como uma exigência de ordem ética e uma diferenciação do que ele chama de “as tartufarias moralizantes do nosso tempo” (LACAN, 1957 apud BERENGUER et al., 1997, p. 54).

O analista somente deve se colocar na posição de Outro para permitir que o analisando atinja, não o conhecimento de si mesmo, mas a verdade ou o cerne de seu ser, que adquire um estatuto de verdade para Lacan (BERENGUER et al., 1997).

Os autores também fazem uma crítica aos analistas que se dizem a favor da reeducação emocional do paciente, chamando isso de “posição de princípio” e citam um trecho onde Lacan afirma que “A impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (LACAN, 1958b/1998, p. 592 apud BERENGUER et al., 1997, p. 55). Depois pontuam sobre o conceito de Direção do Tratamento, que se oporia radicalmente a direção do paciente.

Segundo os autores, tanto analista como analisando têm seu dever. Ao analisando cabe seguir a regra fundamental, ou seja, associar livremente. Já ao analista cabe pagar por sua tarefa com palavras, na interpretação, e com sua pessoa, na transferência. A tática (interpretação) e a estratégia (transferência) unem-se numa gradação decrescente de liberdade do analista de modo que ele atinja o que Lacan chamou de política da análise, definida na orientação do analista a partir de sua falta-a-ser; o que implica a rejeição de qualquer tratamento orientado pela identificação (BERENGUER et al., 1997).

O desejo tem ligação íntima com a falta-a-ser. Na medida em que a interpretação visa o surgimento do desejo, qual seria o desejo em pauta na transferência, questionam os autores. Enquanto a interpretação pode mostrar traços de desejo nas formações do inconsciente ou na fala do paciente, a transferência é oposta ao surgimento do desejo por sua própria natureza de demanda de amor, que se opõe ao desejo. Por esse motivo, quando se trata do desejo na transferência, é do desejo de analista que se trata (BERENGUER et al., 1997).

Portanto, Lacan cria o termo *desejo do analista* (LACAN, 1959-60/2008) como um desejo esvaziado de conteúdo e que visa alcançar a diferença absoluta entre analista e analisando e não a unidade buscada na demanda de amor ou na identificação. Dessa forma, o analista opera no lugar do vazio enigmático do desejo do Outro como “objeto causa de desejo” (objeto a¹), de onde o analista se coloca como semblante desta causa (SOARES, 2011).

¹ O objeto a ou causa de desejo é um conceito fundamental em Lacan. Para que uma pessoa eleja alguém como parceiro sexual, essa pessoa precisa estar no lugar de objeto para você. É o objeto a que se aloja no âmago do

Posteriormente, Berenguer et al. (1997) descrevem a identificação com o analista como uma forma de evitar o confronto com a falta-a-ser do sujeito e uma resposta a demanda maior na neurose, a demanda de amor. Dessa forma, o analista não deve cair na armadilha da demanda de ser, o principal obstáculo ao tratamento analítico. Dessa forma, o *desejo do analista* representa o negativo da paixão do ser, de forma a sustentar a falta-a-ser que o tratamento inevitavelmente promove (BERENGUER et al., 1997).

Como consequência da política do ser, o analista deve conduzir o tratamento e suas intervenções atravessadas por técnicas inscritas numa dimensão ética. Sendo assim, o analista deve saber responder à demanda e suportá-la, levando-a aos limites do ser. Além disso, o analista deve responder da posição que a transferência lhe atribui, sendo assim, ele deve suportar a transferência. Essa capacidade de suportar a falta-a-ser, a transferência e a demanda é tornada possível a partir do *desejo do analista*. Esse processo é o começo de uma mudança que permitirá posteriormente que o tratamento opere menos em relação ao Outro (A) e mais em relação ao desejo do Outro (BERENGUER et al., 1997).

A questão da falta-a-ser leva ao mesmo tempo ao desejo do psicanalista e ao desejo do Outro. Esses termos têm relação na medida em que não há o surgimento do desejo do sujeito sem a intervenção do analista na medida em que o desejo é o desejo do Outro. Segundo os autores, é apenas por esta via que a psicanálise poderá sair de uma dialética hegeliana do reconhecimento, o que não ocorrerá se a posição do analista se basear no lugar de Outro (A), como na psicoterapia.

Ciaccia (1997) também comenta a pressão do Estado em regularizar a prática psicanalítica e faz uma ironia dizendo que o psicoterapeuta existe e exerce uma profissão, enquanto o psicanalista não existe e não exerce uma profissão, pois atua a partir de sua *falta-a-ser* num ato, o *ato analítico*, determinado pelo *desejo do analista* (CIACCIA, 1997).

Em seguida, o autor retoma as questões colocadas por Allan Miller no texto *Televisão* (LACAN, 1974) onde Lacan aborda o tema da psicanálise e da psicoterapia. A primeira questão respondida por Lacan localiza a cura como uma demanda dirigida ao analista ou médico de alguém que sofre em seu corpo ou pensamento. Em seguida, Lacan comenta que desde que o mundo é mundo, a medicina se serve da psicoterapia respondendo a essa

Outro do amor. Por possuir o objeto que desperta seu desejo, ele vira seu objeto de desejo, que você quer beijar, abraçar, pegar até fazer o dois se transformar em um. O objeto a não é um objeto físico, no entanto, qualquer objeto físico que satisfaça a pulsão e cause o desejo ou provoque a angústia pode fazer a função de objeto a. Ele não é um objeto nomeável como tal, pois não é da ordem do significante. Ele não é simbólico nem imaginário, mas da ordem do real, como objeto condensador de gozo. Ele corresponde ao primeiro objeto de desejo. O objeto a é aquilo pelo qual passamos a vida correndo atrás, supostamente porque ele um dia nos deu uma satisfação sem igual, uma satisfação plena (QUINET, 2012).

demanda de cura e curando “[...] porque ela acerta com palavras [...]”. (LACAN, 1974 apud CIACCIA, 1997, p. 67).

Isso significa que a medicina atua no campo da linguagem e, por esse motivo, operaria uma terapia. Ou seja, a medicina, bem antes da psicanálise, teria uma eficácia terapêutica pelo uso da linguagem. Em seguida, Lacan se questiona como era antes do inconsciente ser descoberto e responde que uma prática não precisa ser explicada para produzir efeitos, pois a única condição para o inconsciente é a linguagem. Dessa forma, em havendo linguagem, a fala pode produzir efeitos terapêuticos (CIACCIA, 1997).

Ciaccia (1997) continua lembrando a pergunta de Miller que disse: se a psicanálise e a psicoterapia agem por meio de palavras, no que elas se opõem? Nesse ponto Ciaccia (1997) aborda três pontos. Antes, vale ressaltar que apesar de sempre ter havido psicoterapia graças à medicina; desde Freud, só há psicoterapia de inspiração psicanalítica.

O primeiro ponto é que a diferença entre a psicanálise e a psicoterapia não pode ser definida a partir da perspectiva do paciente, mas do clínico. O segundo ponto é que a psicanálise tem efeitos terapêuticos. E o terceiro é que o final de uma análise não tem a ver com a cura ou terapêutica, mas com o saber (CIACCIA, 1997).

Ciaccia (1997) reproduz o fragmento de Lacan, que afirma que é o clínico que promove a diferença entre a psicanálise e a psicoterapia. No texto *A Direção do Tratamento*, o autor afirma que Lacan (1958b) ilustrou algumas demandas, como querer curar, querer se conhecer, querer conhecer a psicanálise, querer tornar-se psicanalista e que todas elas são demandas de psicoterapia, pois são o que ele chama de demandas transitivas, não são radicais, vazias ou puras. Nesse sentido, o autor afirma que é dever do analista promover uma mudança na demanda do paciente de modo a torna-la intransitiva, radical, vazia e pura. E diz que Lacan afirmou que esta seria uma condição fundamental para que o paciente enfrentasse sua própria castração (CIACCIA, 1997).

Nesse sentido, Ceccia (1997) fala sobre a diferença entre seguir o caminho do sentido e o da causa. Para ele, enquanto a psicologia seguiria uma lógica na qual cada fato corresponde um sentido; para a psicanálise, cada fato corresponde a uma causa. E dá o exemplo do sintoma, que é investigado e descrito de forma que ele passa a ser um demonstrativo da personalidade daquele que o possui. Numa leitura psicanalítica, o sintoma é um efeito do qual é preciso descobrir a causa. Nesse sentido, para que o sintoma se torne analítico, é preciso que se ressalte seu valor de metáfora e que o sujeito se encontre implicado na ambivalência que ele carrega, em seu prazer e sofrimento (CIACCIA, 1997).

Por sua vez, Trobas (1997) em seu texto *Sintomas da Civilização* relembra o Congresso da Escola Francesa de Psicanálise (EFP) com tema *Psicoterapia e Psicanálise*, ocorrido em Estrasburgo em 1968, em que Lacan acrescentou um interessante argumento sobre a diferença entre a psicoterapia e a psicanálise no estatuto de mentira que o sintoma tem na psicoterapia e, como tal, é um problema e deve ser extirpado, sendo algo estranho ao sujeito. Já para a psicanálise, há verdade no sintoma, ou seja, o sintoma diz sobre o sujeito, sobre seu desejo.

Já Santiago (1997) em seu texto *O Mais-Além do Terapêutico na Psicanálise: Lacan e Ferenczi* afirma que a figura do analista em seu final de análise seria um sujeito sem eu. Essa destituição subjetiva seria um resultado de uma pergunta que o sujeito faria à dimensão real do seu ser e que tenta responder a partir de sua montagem fantasmática. A insistência na fantasia levaria, segundo Santiago (1997) no encontro repetido com a falta simbólica na tentativa de superá-la por meio de uma relação imaginária com o Outro. Apoiado na fantasia, o sujeito tenta defender-se do horror do real e de sua divisão subjetiva. Nesse sentido, o fim de uma análise produziria uma separação das identificações do analisando ligadas ao desejo do Outro (SANTIAGO, 1997).

Santiago (1997) relembra a faceta do sintoma enquanto mensagem dirigida ao Outro, tendo assim um caráter interpretável, uma mensagem cifrada do sujeito do inconsciente. Enquanto a maioria dos analisandos para no ponto de decifração dessa mensagem inconsciente contido no sintoma, alguns sujeitos, em especial aqueles analisandos que são também analistas, continuam interrogando seu sintoma para além de sua faceta de mensagem, ou seja, mais além da interpretação. No final da análise, a ideia é que se perca o gozo fálico¹, ou seja, a esperança da fantasia de que pode ser alcançada uma fusão entre o sujeito na posição de objeto e o desejo do Outro. O significante fálico é o que mantém a ilusão de acesso ao bem (objeto a, objeto causa de desejo). A destituição subjetiva representa a distância que foi possível tomar em relação ao desejo do Outro numa tentativa de responder ao que é do âmbito do ser (SANTIAGO, 1997).

¹ A psicanálise não é o mundo do ser nem das coisas, mas do desejo e do gozo, o que promove à existência seu caráter de drama. O desejo está ligado simbolicamente à Lei de interdição do incesto - que tem relação com as leis da linguagem - e proíbe o gozo ao sujeito falante. O que isso significa? Que não é possível ter acesso a um objeto (real) que completaria o sujeito, que está sempre em falta (falta-a-ser) e, em consequência disso, ele deseja vir-a-ser, o que o torna um sujeito desejante. Dessa forma, o gozo fálico representa um gozo parcial, ligado aos objetos que trariam a promessa imaginária de completar o sujeito. Por exemplo, "se eu tivesse aquele carro, aquele emprego ou aquela mulher, eu seria completo". No entanto, as aquisições dos objetos que pretensamente completariam o sujeito, se deslocam a outros objetos, pois o desejo não tem objeto que o satisfaça completamente (VALAS, 2001).

Por sua vez, Kaltenbeck (1997) em seu texto *Nota sobre a Cura nos Escritos Técnicos de Freud* relembra a advertência de Lacan contida no texto *A Ética da Psicanálise*:

Temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar. Temos de contar com ele como algo suscetível de desencaminhar-nos, e em muitos casos, instantaneamente. Diria mais - poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. (LACAN, 1959-60 p. 262 citado por KALTENBECK, 1997, p. 102)

Kaltenbeck (1997) afirma que a objeção de Lacan à terapêutica obriga os analistas a situá-la num registro não padronizado, ou seja, diferente da noção de restabelecimento a um estado anterior ou de uma pedagogia moral. E relembra que a posição lacaniana de que a cura é uma demanda que parte do sofredor e que seria surpreendente se houvesse uma resposta para ela. Em seguida, afirma que o psicanalista tem o desejo de agir de tal modo que os pacientes se curem, mas seu desejo não quer o bem deles.

E continua citando uma frase de Lacan que seria, segundo ele, um acesso a noção lacaniana da terapêutica, retirada do texto *Ato de Fundação*: “Dar sentido aos sintomas, dar lugar ao desejo que os mascaram, retificar de um modo exemplar a apreensão de uma relação privilegiada” (LACAN, 1971, p. 245 apud KALTENBECK, 1997, p. 102).

Essa posição ética não implica indiferença ao sofrimento e dá o exemplo do cirurgião que para boa execução de sua tarefa, deve deixar de lado seus afetos (KALTENBECK, 1997).

No texto *O Intratável*, Soler (1997) afirma que tanto psicoterapeutas quanto psicanalistas acolhem a mesma demanda e sintoma e – além disso - utilizam o mesmo meio interventivo, a palavra. No entanto, eles não fazem o mesmo uso da linguagem. Segundo ela, os psicoterapeutas frequentemente usam a psicanálise como contraponto em relação a qual prometem um tratamento mais curto/eficaz, mais humano, menos caro e perigoso. Já os psicanalistas prometem um além da terapêutica (SOLER, 1997).

O psicanalista não recusa a demanda terapêutica, pressuposta no pedido daquele que sofre. Porém, não são todos os casos de sofrimento em que o paciente recorre ao Outro e cita como exemplo o melancólico que é o paradigma de rejeição da demanda. Mas quando se estabelece a demanda, o psicanalista a aceita, pois sabe que há possibilidade de trabalho. É na existência da demanda que o efeito terapêutico é possível, que a resolução deste intolerável singular e não generalizável do sintoma do sujeito toma forma. Esse efeito terapêutico pode ser o desaparecimento do sintoma intolerável ou aquilo que era intolerável, deixa de ser. No primeiro caso, muda-se a causa do sofrimento e, no segundo, muda-se o sujeito. Para psicanálise, o sintoma é a resposta do sujeito para algo que ele vive. Sobre isso, Soler (1997,

p. 108) dá o exemplo do obsessivo que descobrirá a função de seu pensamento ou então ele se acostumará com sua obsessão. Sendo assim, a autora contraria o senso-comum de que a psicanálise nada promete, ela é de fato uma terapêutica, não uma psicoterapêutica; pois ela não trata a psique enquanto unidade suposta, mas sim da divisão promovida pela linguagem nessa unidade. E relembra a frase de Lacan, que a psicanálise seria uma terapêutica, mas não como as outras.

Segundo Soler (1997, p. 109), quanto à finalidade: não se faz análise somente para amenizar o sofrimento, mas para descobrir sua razão de ser. Diferente da psicoterapia que cala o sintoma, seja com sua extirpação, seja com a intervenção do lugar do mestre psicoterapeuta; a psicanálise se faz revelando o inconsciente: fazendo o sintoma ser expresso em palavras.

Além disso, Soler (1997) aponta ainda a diferença de posição de ser ou ética entre o psicanalista e o psicoterapeuta desenvolvida no conceito do *desejo do analista*. E explica um pouco essa diferença do seguinte modo: o clínico, toda vez que intervir na posição de Outro, ele é terapeuta, no mesmo nível da demanda de curar, que sempre procura um Outro que é o bom entendedor do sintoma e está na posição de solucionar seu problema.

Nele, ela coloca a chave de sua felicidade, como de sua verdade, a menos que, desapontada, sua cisma aloje aí a causa de sua desgraça, e, julgando-o mal, ela o tenha como o lugar de sua falta-em-saber, como de sua falta-em-gozar. A demanda, assim, faz o Outro consistir em lugar da causa. (SOLER, 1997, p. 110).

Esta demanda, segundo a autora, seria uma espécie de sedução lançada ao profissional como alguém que pudesse completá-la, com sua escuta, compreensão, saber. Nesse sentido, se o clínico cede a esta sugestão-sedução da demanda, acaba por se tornar um psicoterapeuta e nessa lógica do discurso do mestre, dá conselhos, normas e modelos (SOLER, 1997).

No lugar de analista, o clínico não se coloca no lugar do Outro do saber, ele recusa esta posição e não prescreve nada. Quando o sofrimento do sintoma não é analisado, disso resulta uma reivindicação terapêutica por tratamento. Soler ainda adverte que o sofrimento do sintoma é ambivalente, pois apesar de trazer sofrimento, traz um prazer que se ignora, uma satisfação inconsciente.

Para Soler (1997), a psicanálise pode promover uma mudança que a psicoterapia não é capaz. Essa mudança tem um sentido de revelação e deixa o sujeito como que aliviado de um peso, não do inconsciente, mas do Outro, da alteridade enquanto um tormento, seus álibis, tornando-se responsável por quem é. Vale ressaltar que este não é um resultado obtido em todas as análises. (SOLER, 1997).

Cabas em seu texto *Da Clínica da Angústia* (CABAS, 1997) afirma que a psicanálise é uma prática criada para tratar a vontade de não saber do sintoma e suas consequências, ou seja, do recalque e seus efeitos. O sofrimento atua como causa da demanda e a situação de abertura para experiência analítica.

Para Cabas (1997), o tratamento psicanalítico traz à luz conteúdos tão difíceis de se desejar/admitir que o normal é que nada se queira saber sobre ele. Nesse sentido, a psicanálise promove uma experiência radical que coloca o sujeito em contato com aquilo que é mais íntimo, em que questões fundamentais e difíceis que geralmente são deixadas de lado, sejam finalmente encaradas (CABAS, 1997).

Cabas (1997) afirma que o mais além do princípio terapêutico equivale a um mais além do princípio do prazer. Ou seja, para psicanálise não basta que o sujeito se livre do sintoma ou amenize seu sofrimento/angústia, isso é apenas o início do tratamento, pois a psicanálise não visa em última instância a satisfação plena do sujeito (princípio do prazer).

Em seu texto, ele traz o propósito freudiano da psicanálise que seria desfazer o recalque, que seria uma intervenção sobre a pulsão. O propósito lacaniano seria o de trabalhar com o objeto da pulsão, causa do desejo para extrair o que ele chama de traço do gozo. Sendo assim, para ele o propósito da psicanálise seria de transformar o destino da pulsão de forma que ela não degrade o desejo, tornando o sujeito irreconhecível para si mesmo (CABAS, 1997).

Em seu texto, *Variações do Saber e da Verdade*, Mattos (1997) trabalha a hipótese de uma diferenciação entre psicoterapia e psicanálise a partir de variações de cada uma, na relação com o saber e a verdade.

Ele comenta que numa sociedade científica como a ocidental, a noção de verdade corresponde sobretudo às ideias de objetividade, comunicabilidade e unidade; sendo ela inseparável de conceitos como demonstração, verificação e experimentação que visam colocar a experiência sob o domínio do saber. Ou seja, o objetivo é eliminar qualquer resíduo de não saber da experiência humana. Porém, invariavelmente há um retorno desse rechaço por meio de um mal-estar que se manifesta nas pessoas que buscam tratamento (MATTOS, 1997).

O mal-estar aparece usualmente na forma de um sintoma que perturba o sujeito, se repete e o faz sofrer, e do qual ele não consegue se desvencilhar sozinho. Essa é a condição de sofrimento psíquico que é, muitas vezes, rechaçada pela ciência, mas que é acolhida tanto por psicoterapeutas, como por psicanalistas. No entanto, elas vão se diferenciar no tratamento do saber e seu rechaço (conteúdo recalcado), assim como nos efeitos alcançados (MATTOS, 1997).

Segundo ele, na psicoterapia existe uma posição do profissional enquanto aquele que sabe a verdade, a domina. Nesse sentido, a psicoterapia propõe a seu modo, a partir do ponto de vista de um mestre (aquele que detém o saber sobre a doença/sintoma) um modelo no qual pretende-se identificar, suprir e regular aquilo que causa sofrimento/desprazer. Sendo assim, as psicoterapias seriam terapias baseadas num mestre e na identificação. O psicoterapeuta é o modelo saudável a seguir.

Já a psicanálise, segundo o Mattos (1997), não pretende saber a verdade, o que não significa que ela não produza efeitos terapêuticos nem desconsidere os efeitos que um mestre exerce sobre um sujeito. No entanto, a psicanálise considera que a identificação não é suficiente para saciar completamente a satisfação pulsional nem para tratar o que traz o paciente ao consultório. É a partir daí que Lacan lança a questão de como tratar para além da identificação, que se desenvolve na construção do conceito de *discurso do analista*. “Nesse discurso, há uma articulação entre saber e verdade, que ora aparece como *saber como verdade*, ora como *verdade como saber*” (MATTOS, 1997, p. 136, grifo do autor).

Diferente das psicoterapias, que promovem uma certa alienação do sujeito por meio da identificação, a psicanálise promove uma separação do sujeito de seus modos de gozo, por meio do esvaziamento de saberes cristalizados no qual ele se encontrava assujeitado (MATTOS, 1997).

Horne (1997), no texto “Per Via Di Porre ou Per Via Di Levare”, diferencia a psicanálise da psicoterapia por meio da direção de tratamento conduzida pelos psicanalistas a partir do desejo de analista, que emerge do sujeito que termina sua análise. Ele define o desejo de analista como um desejo inédito e inumano, que surge ao final da análise como “um desejo de saber sobre a verdade da castração” (HORNE, 1997, p. 149)

E continua afirmando que o *desejo do analista* é uma função clínica e uma recusa ao desejo de poder, o oposto do discurso do mestre. Segundo ele, o desejo de saber tem como base o reconhecimento de uma falta de saber ou douda ignorância, termo cunhado por Lacan (HORNE, 1997).

A prática psicanalítica não visa apenas a escuta do sentido, mas é uma prática que divide o sujeito em relação ao sentido de seu sintoma, revelando uma certa satisfação que ele retira do sintoma. Não se trata de simplificar o problema, localizando o psicoterapeuta como especialista do sentido e o psicanalista como especialista do não sentido. Nem convencer o paciente que se queixa de maus-tratos sofridos, que ele é masoquista ou de que seu gozo está incluído no sintoma do qual ele se queixa. A questão é mais complexa. Segundo Cottet, não devemos escutar o sofrimento do sujeito, pois assim estaríamos compactuando com ele.

Devemos escutar o discurso resultante desse sofrimento e não deixar que o sujeito gozar ambigualmente do sofrimento contido em sua fala. Nesse sentido, deve-se esclarecer de alguma forma a complexa trama que existe entre a busca de uma causa para o sofrimento, sempre imputada ao outro, e o próprio sintoma (COTTET, 2005).

Cottet (2005) afirma, epistemologicamente, que uma prática esclarecida não se degrada nem abandona seus princípios, ao transformar seus conceitos para ampliar o campo da experiência. Faz esse comentário referindo-se a Gaston Bachelard, que dizia que a riqueza de um conceito científico se media por sua potência de deformação. Seu comentário trata da relação entre a psicanálise pura e sua aplicação. Quando há variação entre as práticas, a aplicação não deve corresponder a uma degradação (COTTET, 2005).

Para Cottet, a ideia de Lacan de que, sem princípios e sem ética, a psicanálise se degradaria em uma grande desordem psicológica deve ser contemporizada. Quando as condições ideais de uma análise não são viáveis, deve-se considerar outras modalidades de prática, mais ou menos distantes da psicanálise. Para ele, um desvio ocorreria quando o analista visa uma cura acelerada:

[...] a clínica psicanalítica não se confunde com o isso de receitas terapêuticas aplicadas a uma zoologia humana. Permanentemente aplicada ao particular, ela lida apenas com as exceções. É dessa forma que o terapeuta implicado em seu ato se aplica em fazer existir o inconsciente. (COTTET, 2005, p. 35)

Existe uma certa radicalidade da psicanálise ao questionar a premissa de que o homem quer fundamentalmente seu próprio bem. Isso é falso e o sintoma é testemunha do fato do sujeito nem sempre trabalhar em defesa de seus próprios interesses ou de seu bem, condição que se expressa na resistência e na falta de adesão ao tratamento. Diferente da psicoterapia, que traz em seu bojo que o sujeito infalivelmente quer seu próprio bem e que o outro (psicoterapeuta) tem condições de lhe conduzir a isso; a psicanálise enfatiza a contradição existente entre a demanda e o desejo, entre o desejo e o gozo e entre a pulsão e os ideais (COTTET, 2005).

O ato do analista serve de contraponto ao discurso da ciência e seus instrumentos de gestão da saúde mental e do mal-estar, que ao não incluir o sujeito como participante do processo saúde/doença, promovem uma falta de responsabilização dele (SANTOS, 2005).

4.1. A Psicoterapia vai dar no pior? A especificidade da Psicanálise Lacaniana no tratamento do sintoma:

O conceito de saúde, na sociedade ocidental contemporânea, é resultado de uma construção cultural, social, econômica e política. Ou seja, tal conceito sofreu muitas mudanças ao longo da história de acordo com a região, época e área de saber enfocadas, de modo que os conceitos de saúde, doença e, conseqüentemente, terapêutica não têm o mesmo significado para todas as pessoas em diferentes épocas e contextos. Muitos comportamentos que já foram considerados doenças deixaram de ser, da mesma forma, muitos outros se tornaram. A concepção de saúde, doença, e conseqüentemente terapêutica sofreram grandes transformações, desde uma concepção mágico-religiosa da antiguidade a uma concepção mais organicista do homem da pós-modernidade (SCLIAR, 2007).

O que pode ser observado é que, apesar da dificuldade na definição do conceito ao longo da história, a doença passou a ser localizada nos órgãos e a saúde uma condição de ausência de doenças, explicada numa relação de causalidade orgânica ou silêncio dos órgãos (BOORSE, 1997; MILLER, 1999).

Nesse sentido, o objeto do tratamento das instituições médicas ou ligadas a esse paradigma organicista de saúde é a doença e o seu diagnóstico, cada vez mais realizados por laboratórios e exames tecnológicos e menos por entrevistas, exames e procedimentos realizados pelo clínico (SCLIAR, 2007).

Diagnosticar tornou-se uma das atividades mais especificamente valorizadas em nossa atual forma de vida... Há diagnósticos ecológicos, econômicos, epidemiológicos, os quais orientam políticas públicas e intervenções sociais. Seria preciso chamar de “diagnóstica” essa expansão dos atos, raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico, e sua conseqüente “força de lei”, capaz de gerar coações, interdições, tratamentos e que tais. Ou seja, uma diagnóstica (no feminino) é um discurso local acrescido de efeitos, alianças e injunções que ultrapassam esse campo específico de autoridade, ação e influência. Assim sendo, o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos. O que chamo de “racionalidade diagnóstica” opera cifrando, reconhecendo e nomeando o mal-estar em modos mais ou menos legítimos de sofrimento e, secundariamente, estipulando, no interior destes, as formas de sintoma. Se o reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas de doenças, síndromes, quadros ou distúrbios, é a tarefa do diagnóstico, a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma é o objetivo da diagnóstica. (DUNKER, 2015, p. 20-21)

O método científico é articulado fluentemente com a pesquisa realizada na medicina ou na abordagem comportamental, o que lhes confere uma autoridade de saber da ciência que com a qual a psicanálise tem dificuldade em absorver devido a particularidade do objeto do tratamento que considera a subjetividade e o inconsciente, o que confere outra ética a essas

disciplinas. Enquanto a psicanálise trata o sujeito que tem a doença, a medicina e a psicologia comportamental tratam, por sua vez, a doença do sujeito (MORETTO, 2006). Essa diferenciação é fundamental e deve ser reafirmada na reflexão sobre uma diagnóstica e terapêutica psicanalíticas, como aborda Dunker (2015):

[...] há uma diferença substancial entre diagnóstico psicanalítico e diagnóstico em medicina. Em psicanálise, o diagnóstico não se baseia apenas em Signos que representam algo para alguém - conforme a definição peirceana de signo -, mas na estrutura da cadeia significante, que também é articulada pela relação entre ordem e classe. E a estrutura da cadeia significante reserva um lugar para a divisão do sujeito, o que autoriza um diagnóstico que se concentra nesse aspecto. No entanto, a relação entre o sujeito e o significante precipita uma economia de satisfação ou de gozo, o que levanta uma terceira dimensão do diagnóstico em psicanálise. Finalmente, a cadeia significante, o sujeito e o gozo precisam se atualizar em uma relação e em uma fala concretas, chamadas transferência, para que o diagnóstico seja possível.

O psicanalista não é um linguista nem um fonoaudiólogo, menos ainda um psicolinguista. Sua leitura do significante, do traço, da letra ou do número orienta-se para efeitos pragmáticos que visam a reverter o sintoma, reduzir o sofrimento que ele impinge e extrair a verdade do mal-estar no qual ele se apresenta. O diagnóstico psicanalítico está para o ato poético assim como o diagnóstico médico está para a gramática ou para a semântica. O poeta visa a obter certos efeitos, contando com os recursos da língua; o linguista visa a descrever a estrutura e o funcionamento da língua, o psicanalista quer produzir determinada experiência de cura com seu analisante. Se o ato diagnóstico da psicanálise se completa na estrutura da transferência, não seria porque o que ele diagnostica é essa transferência ela mesma? O ato diagnóstico não pode ser dissociado da ambição terapêutica. (DUNKER, 2015, p. 237)

O mundo atual, guiado pela ciência e paradigmas racionalizantes, relega o sujeito do inconsciente. Nesse mundo pós-moderno e medicalizado parece não haver espaço para a dor, a contradição e o sofrimento. Sabemos que a proposta psicanalítica é diferente da visada na saúde mental (FERRARI, 2002).

Lacan, ao continuar o trabalho desenvolvido por Freud, vai adentrar questões vitais sobre desejo. Vai desenvolver uma teoria e trabalhos clínicos que irão focalizar a linguagem e suas articulações nas possibilidades de inserção do desejo no psiquismo humano, incluindo a importância das várias e diferentes interdições desde a infância até a idade adulta. (MOTTA, 2004, p. 42)

Segundo Ferrari (2002), o sujeito lacaniano é oposto do cartesiano no sentido de que ele questiona os saberes existentes sobre seu sintoma porque sabe que ele é atravessado pelo inconsciente. Portanto, o saber sobre seu sintoma é inalienável da verdade de seu ser. O conceito de sujeito lacaniano, difere e muito da noção de pessoa, indivíduo ou corpo que pode ser mensurado, avaliado ou categorizado. Nesse sentido, sua qualidade pode ser inserida numa dimensão ética, onde o método científico não é tão facilmente empregado. Nesse sentido, não há método lacaniano de fazer experimentos ou fazer a observação.

Esse trecho de Moretto (2006) ilustra bem a diferença ética entre a atuação do psicanalista e do médico no exercício profissional:

Se a relação médico-paciente se funda na exclusão da subjetividade de ambos para a execução do ato médico (CLAVREUL, 1983), a proposição de Lacan (1966) é a de que não existe relação médico-paciente, mas sim, relação instituição médica-doença. Isto interessa ao psicanalista à medida que, numa ordem onde o imperativo é a exclusão da subjetividade, e se, pela lógica freudiana, o que é recalcado produz o que chamamos “retorno do recalcado na cena médica”, isso traz efeitos de ruptura, mal-entendidos, desordem e mal-estar. (MORETTO, 2006, p. 04)

Diferente da psiquiatria e mesmo da psicologia, a psicanálise não visa a saúde mental numa perspectiva de saúde enquanto ausência de doenças (BOORSE, 1997) nem não se trata de curar o sujeito de seu inconsciente, ou seja, trazer todo inconsciente à consciência. Isso seria impossível, mas é importante ressaltarmos que o sintoma possui um componente do desejo inconsciente sobre o qual o sujeito não quer saber (ELIA, 2004).

Essa situação produz uma ambivalência que divide o sujeito entre o sofrimento consciente que o sintoma causa e o prazer inconsciente que o sujeito ignora, oriundo da realização de um desejo inconsciente promovida pelo sintoma, e que Lacan chamou de gozo (LACAN, 1959-60/2008).

Nessa condição de divisão subjetiva, como posicionar o tratamento psicanalítico diante dos outros métodos de tratar o sofrimento? Se pensarmos na estatística e nos manuais de doenças mentais, o profissional de Saúde Mental tem como objetivo reintegrar o indivíduo a sua comunidade social restabelecendo sua saúde. Essa é uma clara extensão ou continuidade da tradição da Clínica Médica Antiga (DUNKER, 2011).

A posição do psicanalista difere do profissional de saúde mental. Sobre isso, Miller (1999) faz uma interessante colocação sobre o objetivo da Saúde Mental em seu texto “Saúde Mental e Ordem Pública”:

Os trabalhadores da saúde mental são aqueles que decidem se alguém pode circular entre os demais pelas ruas, em seu país, entre os países, ou se, pelo contrário, não pode sair de casa, ou se só pode sair para ir ao hospital-dia, ou se não pode sair do hospital psiquiátrico. E fica por decidir se há de estar amarrado, porque, em alguns casos, a periculosidade é rebelde à medicação. Os trabalhadores da saúde mental se reconhecem próximos aos da polícia e aos da justiça, que são trabalhadores também. E essa proximidade os ofusca, tratam de alinhar-se em outro lado, mas isso é também uma confissão. A saúde mental tem, portanto, como objetivo – não posso imaginar outro – o de reintegrar o indivíduo à comunidade social. (MILLER, 1999, p. 15)

Nesse sentido, ressaltamos o conceito de sujeito para psicanálise e para Saúde Mental a partir da ideia de responsabilidade, porque para a psicanálise, o sujeito é responsável por seu sintoma. A ideia aqui não é afirmar uma etiologia do sintoma, mas na medida que o sintoma é

atravessado pela subjetividade, cada pessoa lida de maneira singular com esse sintoma. Já para Saúde Mental, há uma noção de que o sujeito é vítima do sintoma, sobre o qual não tem nada ou quase nada a dizer ou se responsabilizar. Quem sabe do sintoma é o profissional de saúde mental que acolhe a demanda de cura do sujeito e prescreve seu tratamento, conforme os manuais diagnósticos. Há aqui uma relação radicalmente oposta no tratamento do sintoma. Numa perspectiva médica, o sintoma é um apêndice a ser eliminado. Na psicanálise, considera-se o sofrimento causado pelo sintoma, mas não somente ele, mas a responsabilidade deste sujeito pelo desejo inconsciente realizado no sintoma. Daí surgem questões como: o que o sintoma diz sobre esse sujeito? Que prazer inconsciente (gozo) ele circunscreve?

Será que o sujeito é irresponsável? Não pode responder por seus atos ou por sua doença? Sendo a responsabilidade a possibilidade de responder por si mesmo. A Criminologia interessa à psicanálise porque ela coloca o problema “de se a enfermidade mental chega a suspender o sujeito de direito” (MILLER, 1999, p. 15).

A psicanálise é um tratamento que supõe no paciente um sujeito responsável, inclusive por sua doença, e que – nessa medida – o convoca para que ele responda e seja capaz de julgar o que diz e o que faz; assim como promove as condições necessárias para que ele possa distinguir o sujeito da enunciação e tomar distância daquilo que ele mesmo enuncia (MILLER, 1999).

A psicanálise visa a implicação do sujeito no sintoma ou doença do qual ele se queixa. A proposta psicanalítica é radicalmente diferente de outras abordagens que supõem um sujeito não responsável por sua doença. Ou seja, o sujeito na maioria das vezes tem, contraiu ou é “portador da doença”. Sendo assim, não é cogitada sua participação ou responsabilidade, o que conduz a um tratamento dirigido para a remissão dos sintomas, o que ocorre na medicina ou na psicologia comportamental.

À psicanálise interessa muito a diminuição do sofrimento, mas esse não é o objetivo central, até porque há um entendimento diferenciado do sintoma para psicanálise (FERREIRA; PIMENTA, 2003), que abordaremos adiante. Ao comentar a relação estabelecida entre o sujeito e a doença, Moretto (2006) nos indica algumas possibilidades dessa interação:

A primeira possibilidade de resposta do sujeito pode ser a de recusa da doença (Ex.: “Eu não tenho nada”), o que não é diferente do ponto de vista psicanalítico da posição daquele que assume ter a doença. Por que isso acontece em casos aparentemente tão distintos? Isso ocorre porque ambas as falas estão no registro do ter, embora apresentem diferentes roupagens e, conseqüentemente, exijam diferentes manejos. A segunda possibilidade é a do

paciente responder à doença no que Moretto (2006) chama o registro do ser, de forma a identificar-se com a doença (Ex.: “Eu sou a depressão”). Nessa posição subjetiva, o sujeito entrega-se ao médico, que prontamente separa o sujeito e o objeto do seu saber - a doença. Essa posição subjetiva é caracterizada como posição de objeto que se entrega ao médico, pois de si próprio nada sabe, e espera ser nomeado pelo saber do Outro (Ex.: “Você tem depressão”).

Dessa forma, pode-se dizer que este sujeito escolhe ocupar a posição subjetiva de objeto, o que – evidentemente - não é o mesmo que ser um objeto, pois nesse processo há uma escolha. No entanto, nesse lugar, este sujeito é alguém que está numa condição de dependência do desejo de um Outro, uma posição que permite que ele seja manipulado e controlado, como um indivíduo sem autonomia/desejo (MORETTO, 2006). Na psicoterapia ocorre o mesmo, pois o psicoterapeuta detém o saber sobre a doença e dirige o sujeito rumo a seu bem, saúde ou restabelecimento.

Todo esse complexo processo dialético ocorre fora da consciência e a racionalidade ou argumentação lógica não podem promover uma mudança de posição subjetiva na estrutura psíquica, o que não corresponde a uma mudança de comportamento. Nesse sentido, Moretto (2006) traz um interessante exemplo:

Fazer um alcoólatra parar de beber não é o mais complicado, existem inúmeras estratégias para isso. Outra coisa é promover nele esta retificação subjetiva de posição de objeto que depende do “desejo” da garrafa (que, diz ele, o convida) para a posição de um sujeito que escolheu beber, e que só assim pode escolher parar de beber também. (MORETTO, 2006, p. 176)

Quando uma pessoa escolhe ser objeto, ele prescinde de sua capacidade de escolha. Já o sujeito, escolhe seus objetos, mesmo que o faça temeroso ou sem muita convicção. A psicanálise considera que o sujeito que escolhe a posição de objeto, o faz para gozar dessa posição, e na proximidade do gozo, está sempre próximo da morte (MORETTO, 2006).¹

Lacan define o conceito de gozo no seminário 7 *A Ética da Psicanálise* (LACAN, 1959-60/2008). Neste seminário ele afirma sua hipótese da captura do gozo pelo significante utilizando um objeto em forma de anel, já usado em “Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise” (LACAN, 1953/1998), que representa a dialética presença-ausência do significante. Nesse momento, ele posiciona sobre o anel, as representações simbólicas e imaginárias (S, I) do sujeito; e no espaço central, a Coisa (das Ding), ou seja, o

¹ A autora faz referência ao conceito de pulsão de morte (FREUD, 1920/1996, não a morte no sentido físico, mas a morte enquanto uma categoria de pulsões que tendem a uma redução completa das tensões ou a reconduzir o sujeito a um estado anorgânico (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001) que implica, em termos subjetivos, na negação de si enquanto sujeito desejante.

gozo colocado no espaço central das representações do sujeito. Como o interior do anel se comunica com o exterior, essa representação topológica de Lacan indica que o gozo possui uma relação "êxtima" com o sujeito. O que isso significa? Significa que o gozo é ao mesmo tempo o que há de mais estranho e íntimo ao sujeito, mas como é irrepresentável, ou seja, está fora do registro do significante, ele pertence ao real (VALAS, 2001).

O método psicanalítico lacaniano parte do diagnóstico estrutural e visa a retificação da posição subjetiva do paciente, o que significa intervir em sua organização psíquica. Esse trabalho é feito a partir de questionamentos que o analista faz ao sujeito sobre a posição em que ele ocupa nas relações que estabelece com os outros, com suas queixas e até mesmo com seu sintoma (MORETTO, 2006).

Diferentemente da psicoterapia, a psicanálise não visa adaptar o paciente à realidade ou a um paradigma de normalidade, pois sabemos que a capacidade de adaptação – diferente do que preconiza os conceitos de normal e patológico – também pode ser fonte de angústia (MORETTO, 2006).

O sujeito da psicanálise lacaniana não é aquilo que podemos chamar de sujeito pensante consciente ou um sinônimo do “eu” da psicologia do ego. O eu para Lacan é uma cristalização ou sedimentação de imagens idealizadas, equivalente a um objeto fixo e reificado a partir do qual a criança aprende a se identificar. Essas imagens idealizadas são constituídas a partir da imagem do espelho que é investida libidinalmente e progressivamente internalizada pela criança a partir da atribuição de valor e importância conferida a ela pelos pais ou cuidadores da criança que afirmam à imagem “Sim bebê, aquele é você!” ou nomeiam a criança com significantes como esperta, espreitada, inteligente, entre outros. Esse conjunto de significantes definem como o Outro parental enxerga a criança e são, portanto, estruturados linguisticamente. Essas imagens são de algum modo reunidas e consolidadas de modo a formar uma imagem global que a criança vem a considerar seu eu (self) (FINK, 1998).

Sendo a subjetividade constituída dessa forma e tendo em vista o atravessamento do inconsciente, o psicanalista trata um sujeito à priori responsável eticamente por seu sintoma psíquico. Dessa forma, há uma importante distinção do tratamento dispensado ao sintoma, que é bastante diferente daquele que opera a partir da ética de um psicoterapeuta ou profissional de saúde mental que visa a saúde, cura, bem ou “felicidade” do sujeito, sem considerar o desejo inconsciente implicado no sintoma:

Num sentido lacaniano estrito do termo, deveríamos então postular que a “felicidade” se baseia na incapacidade, ou aversão, do sujeito de enfrentar abertamente as consequências de seu desejo: o preço da felicidade é permanecer o sujeito preso à inconstância do desejo. Na vida diária, (fingimos) desejar coisas que

na verdade não desejamos, e assim, ao final, o pior que pode nos acontecer é conseguir o que “oficialmente” desejamos. A felicidade é, portanto, intrinsecamente hipócrita: é a felicidade de sonhar com coisas que na verdade não queremos. (ZIZEK, 2003, p. 82)

Nesse sentido, além de considerar a posição subjetiva do sujeito, a psicanálise considera que toda a dor, sintoma ou doença psíquica oculta um desejo. O conceito de desejo para Lacan faz uma articulação entre o desejo baseado na ideia hegeliana de reconhecimento (resumido na formulação o desejo é do desejo do Outro) e o desejo inconsciente (enquanto realização da fantasia¹ ou o *Wunsch* freudiano) (ROUDINESCO; PLON, 1998).

O próprio desejo do homem constitui-se, diz-nos ele, sob o signo da mediação: ele é desejo de fazer seu próprio desejo reconhecido. Ele tem por objeto um desejo, o do outro, no sentido de que o homem não tem objeto que se constitua para seu desejo sem alguma mediação [...]. (LACAN, 1946/1998, p. 182)

"O desejo não é, portanto, nem o apetite de satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda (*Spaltung*)" (LACAN, 1958a/1998, p. 698). Sendo assim, para Fink:

O desejo, a rigor, não tem objeto. Na sua essência, o desejo é uma busca constante por algo a mais, e não há objeto passível de ser especificado que seja capaz de satisfazê-lo, em outras palavras extingui-lo. O desejo está fundamentalmente preso ao movimento dialético de um significante para o próximo significante e é diametralmente oposto à fixação. Ele não procura satisfação, mas sua própria continuação e promoção: mais desejo, maior desejo! Ele deseja meramente continuar desejando. Portanto, de acordo com Lacan, o desejo não é tudo que é conhecido por esse nome no linguajar comum, pois ele é rigorosamente distinto da demanda. (FINK, 1998, p. 116)

Vale ressaltar a diferença entre o significado do sintoma para a clínica médica e para a psicanálise. Diferentemente do sintoma médico, sinal de que algo não vai bem ou alerta de doença que deve ser eliminada; o sintoma psíquico, apesar de indicar um sintoma, sofrimento e/ou mal-estar, deve ser acolhido e decifrado (QUINET, 2000). Como disse Lacan (1974/2003, p. 511): “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou seu pensamento, o espantoso é que haja uma resposta, e que, desde sempre, a medicina tenha acertado na mosca por meio de palavras”.

A psicanálise não ignora o problema/sofrimento implicado no sintoma, mas ele não se resume a isso, um mal a ser extraído. Pelo contrário, ele adquire um lugar central na

¹ “Lembremos como a psicanálise compreende a fantasia como uma cena imaginária na qual o sujeito representa a realização de seu desejo e determina um caminho em direção ao gozo. Sem a ação estruturadora da fantasia, o sujeito não saberia como desejar e estabelecer uma relação de objeto. Ele seria assim jogado na angústia produzida pela inadequação radical do desejo aos objetos empíricos. Ao definir a fantasia como modo de defesa contra a angústia, Lacan vê nela o dispositivo capaz de permitir que o sujeito invista libidinalmente o mundo dos objetos e que os objetos possam adquirir valor e significação” (ZIZEK, 2003, p. 196).

experiência psicanalítica e se distancia radicalmente de qualquer espécie de autoconhecimento, aventura intelectual ou filosófica (LACAN, 1980).

O sintoma para psicanálise representa uma formação de compromisso que ao mesmo tempo que é a realização inconsciente de um desejo e, portanto, produz prazer numa instância (inconsciente), faz sofrer em outra (consciência).

Sendo assim, que tipo de resposta é oferecida pela psicanálise lacaniana à demanda de cura causada pelo sofrimento dos pacientes? Não responder à demanda é quase um bordão lacaniano, mas o que quer dizer? Que oferta é essa que faz a psicanálise e que ela não pode responder?

Lacan abordou a resistência na análise como a resistência do analista enquanto desconforto na execução do ato analítico que implica em não responder à demanda que ele próprio fomenta (FINGERMAN & DIAS, 2005).

A experiência psicanalítica se inicia com o sofrimento, mal-estar e/ou sintoma e de um pedido de tratamento, análise ou demanda de cura. Como o psicanalista responde a isso? Ele responde no nível de uma interlocução numa relação simétrica com o paciente? Não. Apesar de numa análise haver uma troca de enunciados (o analisante disse e o analista respondeu), essa troca tem outra função e já nas entrevistas preliminares há uma preocupação de fazer um corte na demanda, não a aceitar desde o início (SOLER, 2013).

Se eu o frustro, é que ele me demanda alguma coisa. Que eu lhe responda, justamente. Mas ele sabe muito bem que isso seriam apenas palavras. Tais como as recebe de quem quiser. Ele nem tem certeza de que me seria grato pelas boas palavras, muito menos pelas ruins. Essas palavras não são o que ele me pede. Ele me pede ... pelo fato de que fala: sua demanda é intransitiva, não implica nenhum objeto. É claro que sua demanda se manifesta no campo de uma demanda implícita, aquela pela qual ele está ali: de ser curado, de ser revelado a si mesmo, de ser levado a conhecer a psicanálise, de ser habilitado como analista. Mas essa demanda, ele sabe, pode esperar. Sua demanda atual nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal, fui eu que lhe fiz a oferta de falar. (Somente o sujeito é transitivo aqui.) Consegui, em suma, aquilo que se gostaria, no campo do comércio comum, de poder realizar com a mesma facilidade: com a oferta, criei a demanda. (LACAN, 1958b. p. 623)

Dessa forma, o analista faz a oferta de escuta e pede que o paciente fale em associação livre¹ e nessa fala ele cria a demanda, não por sua resposta, mas porque toda fala comporta uma demanda, ou seja, “[...] o desejo está obrigado à intermediação da fala [...]” (LACAN, 1957-58/1999, p. 369). Essa oferta instaura a posição do inconsciente a partir da qual o analista vai fazer com que o paciente se dê conta de que há coisas que ele não sabe e que

¹ Associação livre é a chamada regra de ouro do método psicanalítico e consiste em falar indiscriminadamente todos os pensamentos que vem à cabeça de forma espontânea. O processo visa diminuir a censura da consciência e acessar com maior facilidade conteúdos inconscientes/recalcados (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

muitas vezes motivam seus atos. Dessa forma, o analista dá existência ao inconsciente. Mas quando uma demanda passa a ser analítica? Isso ocorre quando é estabelecida a transferência na instauração do Sujeito Suposto Saber na relação entre paciente e analista. Essa dinâmica que interrompe a dupla da interlocução ou diálogo que existe no início do tratamento para instaurar a dissimetria ou disparidade subjetiva entre analista e analisando (SOLER, 2013).

Outro efeito dessa oferta é o de provocar, a partir da queixa e demanda de cuidados, uma demanda diferenciada ao analista, a demanda de interpretação. Uma vez que a transferência está minimamente consolidada, ou seja, quando há a confiança do paciente na capacidade do analista em responder à questão que o traz à análise, chega o momento de o analista responder ou elucidar o inconsciente de que cada um é sujeito. O que isso significa? Essa elucidação significa promover, uma vez instaurada a transferência, sua queda. Como assim? Quando o analista for alçado imaginariamente à posição de A (grande outro) para o sujeito, ele atualizará seus padrões de comportamento inconsciente com o analista (neurose de transferência) que fará intervenções de modo a elucidar o inconsciente do sujeito para ele (SOLER, 2013).

A transferência, como Lacan aborda no *Seminário 11*, é “[...] a atualização da realidade do inconsciente [...]” (LACAN, 1964/2008, p. 145). Esse conceito localiza a atualização na transferência como fenômeno privilegiado pelo qual se tem acesso ao inconsciente na experiência analítica (JORGE, 2010).

Se o inconsciente é um saber, a transferência é, na verdade, transferência desse saber, transferência do saber inconsciente, o que, aliás, dá ao próprio termo “transferência” todo o seu sentido, pois transferência significa, desde o seu primeiro uso por Freud, em A interpretação dos sonhos, deslocamento de um lugar para outro. (JORGE, 2010, p. 68)

Por isso que a orientação “fale o que vier à cabeça” (associação livre), independente do que o sujeito diga, produz efeitos terapêuticos sobre a queixa (SOLER, 2013). Isso ocorre devido a lei do significante e seus efeitos: o significante representa o sujeito para um significante, sempre Outro (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Além disso, na relação do analista com seu paciente, o analista é tomado como representante imaginário da alteridade para o sujeito (A) e, mais do que isso, destinatário da queixa e promessa de felicidade. Dessa forma, colocado numa posição privilegiada na transferência (Sujeito Suposto Saber), pelo paciente que em sua falta-a-ser busca sua complementação com um suposto saber do analista, tomado como parte do sintoma do sujeito na neurose de transferência. O “problema” é que o analista responde primeiramente com a associação livre. Ou seja, ele favorece a fala daquele que sofre (Ex.: Fale tudo o que for

possível, mesmo que pareça ridículo). No começo o analista convoca o sujeito a falar sobre sua queixa (Ex.: Fale mais. O que você quer saber? O que quer dizer? O que quer?) e, em seguida, convoca um saber do sujeito sobre queixa (Não é exatamente isso que você quer. Isso não é tudo, volte para dizer). Dessa forma, a regra fundamental (associação livre) promove uma ampliação da demanda e instaura a transferência e sua lógica na qual o analista opera (FINGERMANN & DIAS, 2005).

O que o analisante tenta na transferência é receber do analista o reencontro do ser e vivendo numa condição de falta-a-ser, a única possibilidade imaginária de se revestir como ser é se transformar em falo¹ (do Outro), ser o objeto que completa o Outro, ser objeto do gozo do Outro. O analista, por sua vez, finge aceitar o lugar de Outro para o paciente, para fomentar o amor de transferência. O analista personifica a fantasia do sujeito, como capaz de dar aquilo que ele quer, ou seja, o lugar de ser. No entanto, o analista não pode se satisfazer do analisando, que demanda que o analista se satisfaça dele. Nessa posição imaginária de objeto do desejo do Outro, desse Outro onipotente, “o sujeito goza de uma submissão que o protege de vir a saber de sua castração” (KEHL, 2002, p. 139).

Dessa forma, as demandas de amor na transferência são apenas um meio do analisando repetir para não recordar, repetir o sintoma cumpre sua função de sustentar o não saber sobre a castração. Desse modo, repete-se na relação transferencial com o analista, o próprio Complexo de Édipo, com todas as suas demandas, ambivalência, protestos e frustrações. O que permite que o sujeito reelabore seu lugar como objeto de amor de seus pais, que é diferente da posição de falo que completa o Outro. Nessa reelaboração promove-se a castração simbólica que significa a internalização do saber de que não há objeto de satisfação plena para qualquer ser falante. Isso nada tem a ver com a presença ou ausência do pênis em homens ou mulheres (KEHL, 2002).

Sob a transferência, o analista opera afim de elucidar o inconsciente do sujeito por meio da interpretação da repetição sintomática atuada nessa relação artificialmente criada. A partir disso, o analista intervém para que o sujeito perceba na repetição com analista sua participação no mal do qual ele se queixa (ou seja, que ele se implique em seu sintoma) e reconheça seu desejo camuflado no sintoma (SOLER, 2013).

¹ O falo é um conceito que apareceu desde Freud e não consiste numa fantasia ou num objeto (parcial, interno, bom ou mau). Também não se refere a um órgão, ao pênis ou ao clitóris, que ele simboliza. O falo é um significante cuja função na economia intra-subjetiva é designar em conjunto os efeitos de significado (KAUFMANN, 1996). O que isso significa? O falo é utilizado na escrita psicanalítica como efeito de complementação. Por exemplo, quando se diz que a criança é o falo da mãe, refere-se à criança como um objeto que tem um efeito análogo à significação, ou seja, que ela completaria - de forma imaginária - o Outro (mãe) e preencheria seu vazio de sentido (significação).

Se oferecendo como o destinatário da queixa, o analista é incluído na neurose do paciente, que por sua vez recusa à demanda num manejo que visa a transformação da demanda em desejo (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Essa recusa ou melhor, essa renúncia à demanda do analisando é um processo às vezes penoso para o analista, pois nada, a não ser a ética da psicanálise, o motiva a renunciar ao gozo que o analisando voluntariamente e de bom grado o oferece (KEHL, 2002). Por isso, o analista precisa estar advertido (LACAN, 1958b/1998) para defender o analisando do gozo do Outro, que é o que ele tentará encontrar na transferência; mas para que ele busque, é necessário que não lhe seja concedido. É assim, a partir do silêncio do analista, nessa configuração entre o desejo e a renúncia da demanda que o paciente se confrontará com a sua falta-a-ser (KEHL, 2002).

A diferença entre recusa e renúncia da demanda é sutil, mas fundamental, pois implica nas diferenças na forma como o analista suporta seu próprio silêncio e intervém com pontuações parciais, enigmáticas, incompletas e suficientes apenas para que o analisante continue a trabalhar. A posição do analista em recusa se define quando o analista está acuado em seu silêncio, pouco à vontade em dizer ou se calar. Essa posição de recusa indica ao analisando que o analista poderia lhe dar o que ele demanda, mas não dá porque não quer. Essa posição deriva de um engano que causa animosidade no atendimento, pois o paciente que continua a julgar que o analista tem o falo, mas não lhe dá. Essa suposição de saber no início é fundamental, mas ela deve caminhar para um esvaziamento dessa transferência com teor mais imaginário. Por outro lado, a atitude de renúncia do analista que em silêncio renuncia em responder à demanda de ser o falo para o Outro que faz com que o analisando se confronte com sua falta-a-ser (KEHL, 2002). Lacan descreve essa operação:

Eis por que a pergunta do Outro, que retorna para o sujeito do lugar de onde ele espera um oráculo, formulada como um "Che vuoi? - que quer você?", é a que melhor conduz ao caminho de seu próprio desejo - caso ele se ponha, graças a habilidade de um parceiro chamado psicanalista, a retomá-la, mesmo sem saber disso muito bem, no sentido de um "Que quer ele de mim?" (LACAN 1960/1998, p. 829).

A interpretação e o ato-analítico são as respostas da psicanálise para a demanda neurótica que pode ser definida nas palavras de Lacan no seminário 19 *...Ou Pior*: "Peço-te que recuses o que te ofereço porque: não é isso" (LACAN, 1972/2012 p. 78-90). Isso significa que os significantes da rede simbólica, as palavras do Outro (Outro enquanto linguagem) com

os quais se formula a demanda nunca serão “Isso”¹, ou seja, nunca poderão dar conta da pulsão, embora as pessoas se atrapalhem em tentar se encaixar nos moldes da demanda do Outro. “Isso” ou a expectativa de realização máxima da pulsão (gozo) e que causa toda demanda, não encontra descanso na resposta do Outro (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Responder à demanda do sujeito, como se fosse “Isso”, como se fosse possível curá-lo de sua falta-a-ser, de sua divisão, de seu inconsciente provoca uma inflação de demandas, dessubjetivação, ou seja, as piores soluções (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Sendo assim, a especificidade da resposta analítica à demanda de urgência consiste em sustentar a posição de analista “[...] como um não-desejo de curar [...]” (LACAN, 1959-60/2008, p. 262). Essa frustração da demanda, intrínseca ao tratamento analítico, tem o objetivo de fazer o sujeito produzir a resposta de seu desejo. Para Lacan:

Na experiência de vocês tudo lhes sugere que a noção e a finalidade do bem lhes sejam problemáticas. Que bem exatamente perseguem vocês no que se refere à paixão²? Essa pergunta está sempre na ordem do dia de nosso comportamento. A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar. Temos de contar com ele como algo suscetível de desencaminhar-nos, e, em muitos casos, instantaneamente. Diria mais - poder-se-ia de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatura benéfica do querer-o-bem-do-sujeito. (LACAN, 1959-60/2008, p. 262)

Esse processo não é sem percalços, que incluem falta, angústia, culpa, entre outros. Nesse processo, o analista tratará a demanda, um processo diverso da psicoterapia, que se preocuparia em atender à demanda de cura ou um hipotético bem-estar. A psicanálise procede dessa forma, pois é advertida do fato de que o mal-estar é irremediável (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Dessa forma, o que orienta o tratamento analítico não é o bem-estar, mas essa dimensão estrutural do mal-estar, relacionada ao registro do real, o campo do gozo ou “[...] a causa do Pior [...]”: “[...] isto é: o que não se liga, não se articula, apenas insiste e se repete [...]” (FINGERMANN & DIAS, 2005, p.32). Para Lacan:

¹ Termo introduzido por Georg Groddeck em 1923 e utilizado por Freud para descrever uma das três tópicas, ao lado do ego e do superego (ou eu e supereu). O Isso é entendido como um conjunto de conteúdos de natureza pulsional, a raiz inconsciente do sujeito em sua matriz inorganizada (ROUDINESCO & PLON, 1998; KAUFMANN, 1996). Nesse trecho o Isso tem esse significado acrescido da representação de um elemento ou coisa (isso) capaz de dar conta da pulsão.

²Sufrimento.

Como tudo nos indica nos fatos, na experiência e na clínica, a repetição se funda em um retorno do gozo. E o que a esse respeito é propriamente articulado pelo próprio Freud é que, nessa mesma repetição, produz-se algo que é defeito, fracasso. Aponte aqui, em seu momento, o parentesco disso com os enunciados de Kierkegaard. Em função de ser expressamente - e como tal - repetido, de ser marcado pela repetição, o que se repete não poderia estar de outro modo, em relação ao que repete, senão em perda. Em perda do que quiserem, em perda de velocidade, de força - há algo que é perda. Freud insiste desde a origem, desde a articulação que estou resumindo aqui, nessa perda - na própria repetição há desperdício de gozo. Aí que se origina no discurso freudiano, a função do objeto perdido. De todo modo, não há necessidade de lembrar que é expressamente em torno do masoquismo - concebido apenas sob a dimensão da busca desse gozo ruinoso - que gira todo o texto de Freud. (LACAN, 1969-70/1992, p. 44)

O Pior para Lacan delimita um campo e, portanto, depende de como é situado, não podendo ser utilizado de forma unívoca. Para Fingermann e Dias:

Pior não é um conceito no ensino de Lacan, mas um dos qualificativos possíveis do princípio lógico que determina o humano “mais além” do princípio do melhor. Trata-se de um campo para além do bem e do mal, um campo de força, campo de jogo, campo de guerra: aquele que Lacan chegou a designar como campo lacaniano – campo das Das Ding (no Seminário 7¹), campo do gozo (no Seminário 17²). (FINGERMAN & DIAS, 2005, p. 43)

O que a psicanálise faz é oferecer um tratamento desse pior que aparece de tantas formas na vida do ser humano e que não o incluir no tratamento – o caso das psicoterapias - é pior. Sendo assim, essa é uma aposta clínica e ética da psicanálise lacaniana (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Lacan considerava o sintoma como um enigma a ser interrogado ou uma mensagem a ser decifrada, até o final da década de 1950. No entanto, para além da interpretação, existe um resto irreduzível no sintoma que não se entrega à terapêutica nem mesmo ao escrutínio ou investigação simbólica. Sendo assim, além do sentido de decifração promovido pela interpretação do analista e do próprio analisante sobre as formações do inconsciente obtidas em análise, Lacan ressalta a faceta indecifrável do sintoma que expressa um modo de gozar do sujeito, ou seja, o modo em que ele se satisfaz inconscientemente por meio do sintoma (JÚNIOR, 2011).

A interpretação, mais do que decifrar, deve visar o real do gozo do sujeito. Dessa forma, ela é uma experiência que não completa o sentido, mas traz em si um registro de não sentido (SOLER, 2013).

Na medida em que o gozo incluído no sintoma não é algo simbolizável, ele se relaciona com o registro do real implicado em uma análise (JÚNIOR, 2011). Então, como

¹ LACAN (1959-60/2008).

² LACAN (1969-70/1992).

acessar esse real, já que ele é avesso à representação? Como esse real aparece e é tratado pela análise? Vale ressaltar, o real não surge enquanto fenômeno positivo na experiência analítica, mas em sua negatividade na repetição do sintoma.

[...] o fenômeno da repetição caracteriza a prática analítica, em detrimento da recordação, tão essencial ao modelo de tratamento hipnótico. A repetição produz o novo, pois o que se repete é o elemento excluído da cadeia, elemento que impossibilita a identificação entre os significantes, sendo assim o motor que impõe o movimento e a repetição à cadeia. Ou melhor, o que repete é o impossível de se dizer, o impossível de ser recordado. Essa repetição caracteriza um paradoxo, ou uma má nomeação, pois ela produz não a mesmidade como se poderia pensar, mas, sim, a novidade. Ela marca uma retomada (para tomar aqui emprestado a conceitualização kierkegaardiana) sobre o ponto inalcançável, não representável: o objeto a. As marcações, construções, intervenções — instrumentos da prática clínica — apontam para um possível desvencilhamento do analisando para com a amarração ordenada, observada no fenômeno da repetição. A angústia surge, neste ponto, como um mecanismo operador de estranheza do sujeito para com seu próprio discurso, fazendo-o relacionar-se diferentemente com suas repetições. A psicanálise não visa à repetição, porém seu trabalho se dá sobre os componentes contidos nesse fenômeno observado nas sessões analíticas. O objeto visado por sua prática é a elaboração, espécie de movimento da interpretação que faz das repetições motivos de reprodução e metabolização psíquica. (ALMEIDA & ATALLAH, 2008)

O gozo é um conceito central na teoria lacaniana e se relaciona tanto ao prazer, como ao sofrimento, à dor, ao horror e ao nojo (FINK, 1998). Pensar o sintoma que não é de todo mal, mas um “objeto” fonte de dor e prazer e que - revela uma forma de gozar deste sujeito - faz o psicanalista não tomar seu paciente como uma vítima de um mal que deve ser extinguido, mas alguém que sofre e goza ao mesmo tempo. Sendo assim, o sintoma traz em si um gozo ou satisfação inconsciente do qual ele não sabe (LACAN, 1959-60/2008).

A repetição promove na experiência analítica um acesso ao registro do real ou pulsão de morte que, vale ressaltar, “representa a insistência da pulsão em sua busca, jamais atendida, de uma satisfação absoluta” (JORGE, 2010, p. 68).

Assim, o sintoma para psicanálise lacaniana adquire uma complexidade multifacetada que mistura sofrimento e gozo, além de expressar um conflito psíquico, uma divisão subjetiva que a psicanálise se presta a ouvir. Como afirmam os autores:

O sintoma, procede do “afeto do ex-sistir” (existir como escreve Lacan para designar o que “siste” do lado de fora, de fora do sentido) insiste em manifestar a existência “mal dita”. O sofrimento do sintoma testemunha a verdade esquecida, a essência nunca ocorrida, foracluída, que retorna no real do corpo, da vida ou dos pensamentos. O sintoma na repetição lancinante de seu tormento, insiste como o eco que dá presença ao oco da substância, ao vazio da identidade, insiste como se quisesse dizer alguma coisa. É daí, desde a ausência de sentido que atormenta e obtém consistência de sintoma, que se produz algo que se pode configurar como queixa e parecer “querer dizer” alguma coisa. Para além das demandas de cura, de atenção, de cuidado, de acolhimento, de restauração, de reconciliação, é uma demanda de sentido, isto é, de interpretação que convoca quotidianamente os

psicanalistas para responder – de certa forma. Então, como, de que forma, podem os psicanalistas responder essa demanda, se a dor que a fomenta é inevitável, sem remédio, sem terapia possível? (FINGERMANN & DIAS, 2005, p. 46-47).

Aqui se insere a importante distinção entre o incurável e o intratável, pois apesar de haver um incurável na dor do existir, no sintoma ou no mal-estar que acomete os sujeitos, isso não quer dizer que ele é intratável. A psicanálise não pode curar o sujeito de seu inconsciente, mas pode tratar e se ocupar de suas consequências. Dessa maneira, a psicanálise é um tratamento singular para a demanda que surge em quem sofre, um sofrimento oriundo da falta-a-ser: Eu tenho, mas não sou; eu sou, mas não tenho; eu era, mas não sou mais; eu não sou quem poderia, entre outras conjugações possíveis da falta-a-ser (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Como afirma Lacan: "O objeto da psicanálise não é o homem; é aquilo que lhe falta - não uma falta absoluta, mas a falta de um objeto. Também é preciso nos entendermos quanta à falta de que se trata - é aquela que põe fora de questão que se mencione o objeto" (LACAN, 1967/2003, p. 218).

Para Lacan é fundamental que o real seja considerado no tratamento. Esse real implicado no gozo não tem cura, mas tem tratamento. Como Lacan disse, não é que a psicoterapia não exerça um certo bem, mas este bem não impede o retorno do pior, ou seja, o retorno do real excluído na busca do bem-estar (FINGERMANN & DIAS, 2005).

A psicoterapia, na melhor das intenções, preocupa-se em atenuar a dor da falta-a-ser com uma fala, uma resposta, uma interpretação que dê sentido, um bom sentido, ao que surge do sujeito como sem sentido e que o angustia. A partir dessa preocupação, o psicoterapeuta aconselha, orienta, compreende, direciona, indica solução, explica, repara e restaura; devolvendo ao Ego sua função maestria ou controle. Ou seja, ele tenta remediar, mas permanece na esfera da sugestão, da posição de mestre que sabe sobre o “sinto-mal” do sujeito e seu avesso, o bem-estar. Na posição de destinatário da demanda de cura, o psicoterapeuta se acha na obrigação de responder para suturar a dor. Essa posição parte do engano de que existe uma resposta certa para a ausência de saber que atormenta o sujeito na dor de existir. Ela marca a crença ancestral de que haveria um Outro suficientemente grande ou capaz de dar conta das mazelas humanas (“à espera de um messias”?). Não precisa dizer que essa posição está fadada à impotência (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Aguentar o sofrimento e o ódio do analisando e a insistência de sua demanda é uma das situações mais difíceis para o analista. Evidentemente existe uma tentação de ceder, de dizer o que ele quer ouvir para apaziguar sua raiva. Aí se apresenta a tentação de se sentir

bonzinho, querido, a tentação de fazer o “bem”. No entanto, o bem, psicanaliticamente, consiste em suportar o sofrimento e a raiva do paciente para conduzi-lo ao vazio que há no lugar do ser. Nesse momento, é importante que o analista sustente sua posição de renúncia em promover a melhora do analisando. O que não significa que a psicanálise não vise a terapêutica, mas que quem deve desejar ser curado é o paciente, o analista deve apenas conduzi-lo. Está aí outra diferença sutil, mas novamente fundamental no manejo ético do tratamento. A cura em análise não tem a ver com a adaptação do sujeito ao que a sociedade considera a posição mais vantajosa diante dos bens (KEHL, 2002).

Quando dizemos que o Discurso Analítico coloca o saber no lugar da verdade, significa “dizer que o saber na psicanálise é suposto e não resposta” (FINGERMAN & DIAS, 2005, p. 53). O Sujeito Suposto Saber consiste em uma posição que suscita a elaboração do analisante, para que ele sim, encontre a resposta em seu desejo. Nesse sentido, o discurso do analista é o avesso do discurso da psicoterapia que responde, o discurso do analista não responde, faz – o analisando - responder.

O pedagogo, o médico e o psicoterapeuta estão em lados opostos ao psicanalista na medida em que, apesar das boas intenções, não reduzem a divisão subjetiva e suas manifestações clínicas expressas na forma de inibição, sintomas diversos, angústia, culpa e pesadelos.

Essas soluções retornam ao pior na medida em que, tentando preservar o sujeito, colocando-o à distância do real, contribuem, de uma certa forma, para debilitá-lo, deixando-o sem recursos ou desenvoltura frente às eventualidades inevitáveis de suas reviravoltas. (FINGERMAN & DIAS, 2005, p. 55)

A tentação psicoterapêutica retorna ao pior na tentativa de responder à divisão subjetiva por meio da resposta correta ou da boa palavra que faltaria ao sujeito. A psicoterapia volta ao pior quando sustenta a crença imaginária em um grande Outro capaz de responder à questão do ser (FINGERMAN & DIAS, 2005). Mas então, se a psicanálise não oferece ou promete a paz ao sujeito, o que se pode esperar do tratamento psicanalítico?

Pode-se esperar a contingência, o inesperado. É o desvencilhar-se da teimosia de querer se fundir com o Outro, de abdicar da solução fantasmática repetitiva, limitada e previsível do sintoma que promete fazer Um com o Outro e devolver à repetição pulsional a sua plasticidade. A capacidade de experimentar o novo, dar chance a um novo tipo de satisfação, que não seja aquele do gozo fusional. É não ceder em seu desejo (FINGERMAN & DIAS, 2005). O que tudo isso significa?

Significa que é a ética da psicanálise e não sua técnica, cujo referencial é o desejo, que indica a direção do tratamento analítico. Significa também que o sujeito do inconsciente é atravessado por uma falta estruturante determinada pela castração, ou seja, o sujeito da psicanálise é um sujeito atravessado pelo inconsciente e faltante: sempre falta algo a ele. É essa falta que articula o desejo numa busca incessante por um objeto que a complete, o objeto perdido (objeto *a*). O *objeto a* não é um objeto em si, mas o objeto causa de desejo, ou seja, é a representação de Lacan para o que seria o objeto da pulsão, se a pulsão genital existisse. No encontro desse objeto haveria uma relação plena, fusional com o grande Outro. Este objeto perdido faz alusão às primeiras experiências de satisfação do sujeito ao mesmo tempo que aponta para a impossibilidade de retorno a uma dimensão mítica de plena satisfação do Desejo. Vale ressaltar, articulação entre desejo e lei expressa na diferença entre ética e moral. Enquanto a moral se orienta na via de um Bem a seguir e se mantém dirigida à serviço dos bens, a Ética se orienta para a singularidade do desejo. Essa também consiste numa diferença entre a psicoterapia e a psicanálise, a primeira se orienta pelo bem do sujeito (moral) e a segunda se orienta pelo desejo absolutamente singular do sujeito (ética) (DELGADO, 2008).

Como afirma Delgado (2008) sobre a castração e complexo de Édipo: “o que a proibição moralista estabelecida pela Lei contra o Incesto encobre é a impossibilidade ética de realização da satisfação absoluta e plena do desejo” (DELGADO, 2008, p. 60).

Como recorda de forma precisa Delgado (2008) quando retoma a relação estreita proposta por Lacan entre desejo e responsabilidade expressa nos Escritos no texto “A Ciência e a Verdade”: “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (LACAN, 1966/1998, p. 873 apud DELGADO, p. 60). Essa é uma das diferenças principais do que se pode esperar de um tratamento psicanalítico: é tomar o sujeito como desejante e responsável por seus atos, incluído aí seu sintoma.

Outro trecho de Lacan que também exalta a responsabilidade do sujeito aparece no Seminário, livro 7: “Proponho que a única coisa da qual se possa ser culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido de seu desejo” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 382 apud DELGADO, p. 60). Ambos os trechos ressaltam a posição ética da psicanálise em tratar um sujeito absolutamente responsável e não vítima, seja do Outro, seja do sintoma. Nesse sentido, pode-se afirmar que não ceder do seu desejo significa se responsabilizar (DELGADO, 2008).

Se pensarmos no sintoma como uma forma desviante do sujeito gozar sem que sua consciência moral esteja ciente disso; nesse sentido, ele traz em si um não-querer saber, um não querer se responsabilizar pela própria forma como ele é constituído, enquanto formação do inconsciente (KEHL, 2002).

Dessa forma, o sintoma suporta um real impossível de se suportar. Apesar de não ser possível tomar o real como objeto de uma terapêutica ou de um remédio que o remedie, pois ele está fora da linguagem, ele tem tratamento: o sintoma é um deles; o psicanalista, o outro. Portanto, o sintoma é uma via de tratamento do real, uma resposta para a angústia (FINGERMANN & DIAS, 2005).

Dessa maneira, é absolutamente fundamental considerar o paradoxo que a clínica lacaniana aborda na coexistência do sofrimento e de uma satisfação inconsciente expressa no sintoma, como se refere Lacan:

Ele é, esse sujeito, suspenso por uma série de modos ou de estados que são de insatisfação. Eis o que, por si só, justifica a introdução ao termo de gozo, que, do mesmo modo, é o que, a todo instante - e especialmente no sintoma - se propõe a nós como indiscernível desse registro da satisfação. Pois que, a todo instante, para nós, o problema é saber como um nó, que não se suporta senão de mal-estar e de sofrimento, é justamente isso pelo qual se manifesta a instância da satisfação suspensa: propriamente isso onde o sujeito se sustenta enquanto tende para essa satisfação. (LACAN, 1966-67/2008, p. 382)

Sendo assim, é no gozo que o sintoma se sustenta e é também devido ao gozo que ele se entranha e suscita tanta ambivalência no paciente quanto a sua remoção na psicoterapia e na medicina, por exemplo. Dessa forma, o profissional que não está advertido desta ambivalência, muitas vezes se surpreende diante da resistência dos pacientes em se “curar”, que causa uma importante falta de adesão aos tratamentos, fenômeno também conhecido como reação terapêutica negativa, fomentado pelo apego ao gozo fornecido pelo sintoma (KEHL, 2002).

Diversas revisões na literatura científica foram realizadas e apontaram para uma necessidade urgente de desenvolver intervenções eficazes para o problema da não adesão aos tratamentos médicos e que nenhum método ou tipo de intervenção é significativamente superior a todas as outras. Outra conclusão encontrada na literatura foi de que as melhores intervenções avaliadas até hoje têm produzido apenas uma eficácia entre pequena e moderada (CUTLER; EVERETT, 2010; KRIPALANI et al., 2007, MCDONALD et al., 2002; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005). Conclusão semelhante foi obtida numa revisão Cochrane sobre o assunto (HAYNES et al., 2008), que também observou que não é viável uma taxonomia das intervenções empreendidas até o momento, devido à complexidade e à natureza multicomponente da maioria das intervenções avaliadas (DEFULIO; SILVERMAN, 2012).

Esses exemplos só ilustram a importância em se considerar a ambivalência influenciada pelo gozo contido no sintoma, pois se o sintoma fosse de todo o mal, ele não

seria tão difícil de se desvencilhar. Dessa maneira, a orientação lacaniana de abordar o sintoma como modo de gozo, é fundamental para tomá-lo a favor do tratamento analítico e não reduzi-lo a um dejetivo, um problema a ser extirpado durante o tratamento. Sendo assim, como tratar o sintoma de uma forma que não deixe o sujeito debilitado em face ao real? (MILLER, 2010)

O que a psicanálise lacaniana tenta oferecer é um novo destino para a pulsão que, diferente da psicoterapia, que vai incentivar um processo identificatório do paciente com o terapeuta, a análise produzirá um analista na medida em que o analisando não será parecido com seu analista enquanto sujeito, mas na atitude investigativa dele. Ou seja, na disponibilidade interna de questionar não o saber que o impulsos revelam, mas as certezas e cristalizações que o pensamento constrói. É a possibilidade de investigar permanentemente suas motivações, sintomas e crenças. Existe uma radicalidade ética nessa postura (KEHL, 2002).

Por isso que, uma vez instaurada a transferência, a segunda tarefa do analista é promover a chamada “retificação subjetiva” do analisando, que consiste em fazê-lo questionar suas certezas iniciais, desconstruir as verdades com as quais ele explica seu sofrimento e se coloca na confortável posição de vítima do que os outros fazem, para implicá-lo em seu sintoma. O pensamento consciente é uma atividade intrinsecamente comprometida com a neurose e que se esforça para acomodar o sintoma ao eu (KEHL, 2002).

Vale ressaltar que a realidade na qual trabalha o analista não é a realidade factual, mas a realidade psíquica¹. Dessa maneira, o psicanalista não atua como um psicólogo cognitivista procurando as contradições do indivíduo e tentando convencer o sujeito de seus enganos para chamá-lo à razão. A ética da dúvida deve partir do analista e incluir o analisando de forma a levá-lo a duvidar de suas convicções, de forma a introduzi-lo na lógica de uma outra razão, a lógica da razão/desejo inconsciente (KEHL, 2002).

Não nos aprofundaremos nas questões relativas ao final de análise, e a chamada última parte do ensino Lacaniano que propõe uma identificação com o sintoma. Seria por demais pretensioso, um trabalho dedicado oferecer uma compreensão à profissionais de saúde, enveredar por conceitos tão complexos sem o aprofundamento e rigor necessários. Essa última parte do ensino lacaniano elabora o final de análise como uma possibilidade de o

¹ Realidade psíquica é um conceito utilizado diversas vezes por Freud para nomear o que no psiquismo do sujeito apresenta uma coerência e uma existência comparáveis às da realidade material. A realidade psíquica não deve ser confundida com a realidade material, mas aquilo que para o sujeito assume valor de realidade no seu psiquismo, em que existe um desejo inconsciente e uma fantasia que lhe está ligada (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

sujeito adquirir "um saber fazer aí com o sintoma", chamado por Lacan de *savoir-y-faire* e que "saber lidar com seu sintoma, é isso o fim da análise". (LACAN, 1976-77 apud JÚNIOR, 2011, p. 97)

Lacan vai desde a reescrita do sintoma com a grafia *sinthoma*, como maneira de nomear o resto incurável do sintoma até a elaboração do final de análise como "um saber fazer aí com o sintoma" ou como um identificar-se a ele (LACAN, 1977-76 apud JÚNIOR, 2011, p. 104), observa-se operadores clínicos capazes de fornecer uma especificidade ao tratamento psicanalítico que permite inúmeras saídas frente aos nós produzidos pelo sintoma, sem deixar de considerar o incurável presente em cada sujeito (JÚNIOR, 2011).

Esse saber fazer com o sintoma implica numa terapêutica avessa à noção médica-terapêutica de cura e posiciona a psicanálise lacaniana no campo do incurável do sintoma que, diferente do sintoma do início do tratamento que faz sofrer e do qual é vítima, este é um sintoma que expressa uma diferença radical do sujeito, o que ele tem de mais singular e sobre o qual ele é responsável: "Conhecer seu sintoma quer dizer saber fazer com, saber desvencilhar-se dele, manipulá-lo" (LACAN, 1976-77 apud JÚNIOR, 2011, p. 97), ou seja, conviver com ele de uma maneira menos penosa. Sem relegar a eficácia terapêutica de seu método, Lacan asseverou: "É um fato que há pessoas que se curam. Freud salientou bem que não era necessário que o analista fosse possuído pelo desejo de curar; mas é um fato que há pessoas que se curam, e que se curam de sua neurose ou até mesmo de sua perversão" (LACAN, 1978b/1995, p.66 apud JÚNIOR, 2011, p. 101).

No entanto, diferentemente de uma terapêutica que visa um restabelecimento a um estado anterior sem sintomas, existe em Lacan uma relativização do efeito terapêutico que exclui o sintoma em favor de uma compreensão do sintoma - não somente como problema – mas como solução, pois ele diz muito sobre o sujeito e sua forma de gozar. Trata-se psicanaliticamente de investir em mudanças na forma que o sujeito se relaciona com seu sintoma, pois é no sintoma onde se revela a relação singular entre o desejo do qual o sujeito não consegue se desvencilhar e o gozo que ele permite, ao mesmo tempo que ele evita de todos os modos saber disso (KEHL, 2002).

Ao final de uma análise espera-se que o sujeito tenha condições de escolher um sintoma que o satisfaça, mas que não dê satisfação ao Outro, um sintoma que não tente completar a falta inerente ao simbólico (não há objeto que satisfaça o desejo completamente) e recobrir a castração do Outro e outros (se colocando na posição de falo ou aquilo que completaria o Outro) da novela familiar que cada um constrói em sua história (FINGERMAN & DIAS, 2005).

5. PROBLEMATIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA:

5.1. Tradições de abordagem do sofrimento:

No esforço de formalizar o que seria uma terapêutica lacaniana, parece importante resgatar e distinguir algumas tradições que foram criadas ao longo da história na tentativa de abordar o sofrimento e as doenças humanas. São três tradições abordadas por Dunker em seu livro “Estrutura e constituição da clínica psicanalítica” e que talvez possam esclarecer onde se localizaria uma terapêutica lacaniana (DUNKER, 2011).

O primeiro ponto ressaltado pelo autor é quanto a importância de diferenciar a tradição de cura ou do cuidado de si de outras modalidades de medicina da alma e de terapias de conversão. Nesse sentido, podemos tratar de três tradições que se relacionam fortemente: (1) a Prática Terapêutica (com a noção de restabelecimento), (2) a Clínica Médica Antiga (tratamento) e (3) o Cuidado de Si (com a noção de cura e cuidado). O autor vai discorrer sobre essas três tradições de forma que possamos localizar a terapêutica da psicanálise lacaniana em uma ou mais delas (DUNKER, 2011).

A primeira das tradições se refere “A Prática Terapêutica” que, segundo ele, tem seu foco na recuperação do indivíduo pela via da sua reintegração narrativa. Seu paradigma é a noção de restabelecimento, criticada por Lacan (1967/2003) que implica um retorno a um estado anterior, de saúde, harmonia ou bem-estar. O critério de eficácia dessa tradição se funda na redução do sofrimento na forma e linguagem em que é transmitido pelo paciente, seu testemunho (DUNKER, 2011).

Na tradição da “Clínica Médica Antiga” há um esforço no sentido da observação das doenças, categorização em grupos e atuação sobre suas causas. Nesta tradição, o critério de eficácia está baseado na capacidade de se fazer prognósticos dos processos patológicos. Nesse paradigma, saúde e doença são considerados pontos diferentes num processo cíclico de repetição. Ou seja, nessa tradição não há nada de novo a ser criado nem nada de antigo a ser removido (DUNKER, 2011).

Na tradição do “Cuidado de Si”, trata-se da criação de um estado diferente da alma. Após a cura, o sujeito torna-se diferente do que era antes. Essa conversão pode capacitá-lo a tornar-se um guia (xamã) e a contar sua história para sua comunidade de origem. Essa cura pode significar tanto a transformação da pessoa quanto a cura de uma doença. Nesse sentido, o cuidado de si produz uma experiência radicalmente nova. Essa experiência geralmente envolve o retorno a um estado anterior, mas ao mesmo tempo novo; envolve uma experiência de apropriação. Nesse caso, a excelência da prática é entendida como um “estado de ser” (DUNKER, 2011).

Seria possível pensar a terapêutica da psicanálise lacaniana numa intersecção entre as tradições da Prática Terapêutica e No Cuidado de Si? Na vertente da Prática Terapêutica, ela não se manifestaria exatamente enquanto restabelecimento a um estado anterior, mas no sentido da reintegração narrativa e redução do sofrimento na forma e linguagem em que é transmitido pelo paciente. No entanto, a terapêutica lacaniana não se resume a isso, pois uma das condições para entrada em análise implica em certa retificação subjetiva equivalente a experiência de apropriação; intimamente relacionada ao Cuidado de Si.

Numa melhor compreensão do campo de atuação da psicanálise entres as tradições citadas, parece importante diferenciá-la de uma Prática Terapêutica pura, onde poderíamos localizar as psicoterapias. Ou seja, uma prática que vise a eliminação dos sintomas, a cura ou o restabelecimento. Dessa forma, enquanto a psicoterapia se fundaria na Tradição da Prática Terapêutica, parece que a psicanálise lacaniana conflui na intersecção da prática terapêutica com a ética do cuidado de si.

Cada tradição sustenta um complexo conjunto de significações sobre sofrimento, mal-estar e doença. Será que uma prática psicanalítica com preocupações terapêuticas se transformaria numa psicoterapia?

A psicoterapia, como observou Lacan (LACAN, 1974/2003, p. 516), é um projeto impraticável se nela se quer realizar o ideal de cura médica, pois em uma vida não é possível “voltar a um estado anterior”: ela será sempre uma vida que inclui dentro de si a história e a experiência desse retorno. (DUNKER, 2011, p. 210)

Nesse sentido, Lacan parece localizar a psicoterapia no âmbito da cura, de fazer o bem, numa proposta análoga à medicina, mas diferente da psicanálise.

- Mas o fato é que as pessoas o procuram, como psicanalista, para se sentirem melhor nesse mundo que o senhor reduz à fantasia. A cura também é uma fantasia?
 - A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou seu pensamento, o espantoso é que haja uma resposta, e que, desde sempre, a medicina tenha acertado na mosca por meio de palavras. (LACAN, 1974/2003, p. 511)

Um caminho para esta diferenciação entre psicanálise e psicoterapia é indicado por Lacan em seu texto “Televisão“, presente nos *Outros Escritos*:

Então, a análise só se distinguiria da terapia por "ser esclarecida"? Não é isso que o senhor quer dizer. Permita-me formular assim a pergunta:
 Psicanálise e psicoterapia, as duas só agem por meio de palavras. No entanto, elas se opõem. Em quê?" (LACAN, 1974/2003, p. 512).
 "O bom senso representa a sugestão, a comédia, o riso. Quer dizer que eles bastam, afora o fato de serem pouco compatíveis? É aí que a psicoterapia, seja ela qual for, estanca, não porque não exerça um certo bem, mas por ser um bem que leva ao pior. (LACAN, 1974/2003, p. 513)

O que será que Lacan quis dizer com isso? Tentaremos abordar esta questão e as diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia nos capítulos adiante.

Outra questão que Dunker (2011) traz é que apesar do cuidado de si abordar sintomas reais, sua estrutura é metafórica e tratar a metáfora da doença não é necessariamente tratar a doença. Essa metáfora do sofrimento como doença representa um esforço em diferenciar o mal-estar (como experiência de perda de lugar) do sofrimento (como ocupação com o outro, passividade, subserviência e renúncia à liberdade) e da dimensão própria do verdadeiro adoecimento (baseado nos sintomas). No entanto, essa diferenciação não é de natureza clínica, mas ética no posicionamento diante do poder. Sendo assim, no Cuidado de Si a cura seria uma experiência crítica com o poder. Seja ela a experiência real de redução do poder causada pelo adoecimento, seja a experiência de alienação e submissão ao médico, seja ela a relação intimamente política sobre o lugar e posição que cabe a cada um diante do mundo e de seu destino (DUNKER, 2011).

Segundo o autor, há uma diferença fundamental entre a medicina convencional de Hipócrates, Asclépio ou Empédocles e a medicina filosófica do cuidado de si que não diferencia quem cuida do corpo e quem se dedica à cura da alma; até porque em diferentes escolas, o cuidado de si incluía o cuidado do corpo. Essa diferença se determina na relação que o sujeito mantém com seu corpo e não o cuidado direto com o corpo (DUNKER, 2011).

As narrativas heroicas gregas ou judaico-cristãs, além de assemelharem-se em seu uso terapêutico e clínico; promovem uma terapêutica baseada no compromisso com a comunidade (social) e uma diagnóstica de inspiração moral. Isso é fundamental na orientação de práticas normativas, como a medicina que direciona sua terapêutica numa noção de restabelecimento a

um estado anterior definido como normal ou saudável. No entanto, seria possível na psicanálise uma terapêutica pautada nestes termos?

A dúvida de Ulisses aparece quando ele se vê separado de seu exército e de seus companheiros, isto é, quando a contingência o leva a se considerar como um indivíduo, diante de uma massa hostil de estrangeiros que talvez não o reconheça como o grande Ulisses, rei de Ítaca. O isolamento, o exílio, a separação, o estado de marginalidade, em sentido antropológico, são protótipos da experiência de interiorização e individualização (DUMONT, 1985, p.36). São situações que questionam a consistência da identidade uma vez separada da comunidade de origem. (DUNKER, 2011, p. 71)

Talvez esta seja a grande diferença de uma terapêutica psicanalítica, o fato dela se basear na ética do desejo do sujeito e não numa moral estabelecida pela comunidade. Não que a psicanálise seja amoral, mas ela não se orienta para uma adaptação, adequação ou restabelecimento a um estado anterior ligado à comunidade de origem. Seleccionamos dois trechos em Dunker (2011) que exemplificam essa relação:

Naquele instante, Ulisses pergunta-se como agir, mas antes de considerar os meios e métodos mais adequados para sair daquela situação, põe em cena um exercício de lembrança de si. Essa retomada do compromisso com a comunidade que, afinal, o torna quem ele é, antecede a astúcia que ele pode e deve empregar. Este é um ponto constante e comum na perspectiva greco-romana e judaico-cristã acerca da cura. A cura implica reintegração na comunidade de origem, quer pela eliminação do estrangeiro, quer pelo acréscimo de reconhecimento naquele que deixou para trás o patológico. A cura estabelece uma crença, independente da gramática que esta pratique. [...] Quando Lévi-Strauss (1949b) compara o psicanalista a um xamã moderno, ele tem em vista que em ambas as práticas haveria uma espécie de reequilíbrio entre a mítica social e as contingências particulares daquela forma de sofrimento. Como o herói, o doente é um indivíduo separado; seu lugar reflete uma diferenciação que o desconecta da vida comum. O doente é alguém que, voluntária ou involuntariamente, está apartado, temporariamente, de uma comunidade de destino e do sentido de vida comum que ela partilha. O xamã, ou equivalente, age como uma espécie de mediador, reintegrando a desordem pela conciliação entre atos rituais e narrativas sociais de referência (DUNKER, 2011, p.71-74).

É por isso que se fala de ética e não de moral psicanalítica. Quanto aos conceitos, seguimos Ribeiro (2004) que define ética como aquela que faz referência ao desejo do sujeito, em oposição à moral, definida como um conjunto regras sociais que gravitam em torno da noção de bem coletivo.

Dessa forma, a psicanálise trata do sujeito, do particular e do singular, não do indivíduo, do padronizado e do universal. Orientar-se pelo desejo singular de cada sujeito é uma proposição ética que recusa o poder de um saber sobre o paciente mesmo que na forma de um bem. Essa advertência ética existe para que os psicanalistas não incorram numa pedagogia corretiva ou sujeição psicológica. Talvez por isso não encontraremos nos textos de Freud ou Lacan orientações sistemáticas sobre o que fazer especificamente. Em vez disso,

encontramos reflexões sobre o que não fazer. Por esse motivo que discussões sobre a técnica devem ser pautadas no bojo da ética psicanalítica de forma inseparável (DUNKER, 2011).

Dessa maneira, talvez um debate sobre a terapêutica da psicanálise devesse agregar outros conceitos, talvez mais adequados à especificidade da psicanálise e um pouco mais distantes de uma universalidade estatística proposta pela terapêutica da medicina e pelo método científico.

5.2. A prática psicanalítica: entre a excelência (efeitos) e a eficácia (cura):

O que seria a prática psicanalítica? Essa é uma pergunta difícil de ser respondida, como relatou Dunker (2011) em seu livro *Estrutura e Constituição da clínica psicanalítica* em que talvez haja uma certa dificuldade nos psicanalistas em refletirem acerca de sua prática. Além disso, ele propõe uma distinção entre eficiência e excelência na avaliação da prática psicanalítica e, porque não, de sua terapêutica.

[...] dado o caráter contra intuitivo da ação psicanalítica é como se suspendêssemos nossa reflexão mais genérica sobre o que significa fazer algo, em todas as suas modalidades: saber-fazer, querer-fazer, dever-fazer e poder-fazer”. Daí que a distinção entre eficiência (agathós) e excelência (areté) esteja no início das considerações sobre os princípios do poder no tratamento psicanalítico. Se considerarmos a análise como um processo interminável que propõe aprofundamento contínuo na relação com o inconsciente, um trabalho aberto de decifração de si, só poderemos medi-la pelos critérios de excelência. Por outro lado, o trabalho da psicanálise pode ser considerado à luz de sua eficácia na remoção dos sintomas e no alívio do mal-estar psíquico. Nesse caso, a psicanálise é um meio para realizar um fim, um bom método para remoção de sintomas específicos. (DUNKER, 2011, p. 66)

A discussão sobre uma distinção entre excelência e eficácia parece fundamental na medida em que a terapêutica se insere na dimensão da eficácia, enquanto a “razão de ser da psicanálise”, segundo Lacan (1967/2003), parece se inserir mais numa dimensão da excelência, sem objetivo específico a realizar ou cura a promover. Numa dimensão há uma finalidade e um fim (eficácia) e em outra há uma finalidade, mas sem um fim (excelência).

Nesse sentido, Dunker (2011) descreve a oposição entre excelência e eficácia como um tema recorrente na história da psicanálise descrevendo as querelas nos anos 30 sobre a análise dos sintomas e a análise do caráter; a discussão sobre pacientes analisáveis e não analisáveis nos anos 40 e sobre a análise padrão e suas variantes nos anos 50. E retoma uma discussão atual se há uma ética na psicanálise ou se ela é em si uma ética.

A análise do caráter consistiria não apenas em remover, reduzir ou solucionar conflitos e seus compromissos, segundo Dunker (2011), mas se propõe a mudanças no modo de vida. Isso significaria uma terapêutica que vai além da noção tradicional de eficácia, que tem uma lógica negativa: a eliminação de algo que obstrui ou dificulta a vida do paciente (exclusão de um objeto/sintoma). Já numa condição de terapêutica voltada à análise do caráter, haveria uma lógica positiva, de cura via um acréscimo qualitativo.

Essas perspectivas trazem duas dimensões éticas, uma positiva (relativa à acréscimo) e outra negativa (relativa à exclusão). A primeira, o autor associa as pretensões psicoterapêuticas de inspiração judaico-cristã pautadas na relação pessoal, na autoridade direta e no benefício positivo que poderíamos associar mais diretamente à psicologia do ego, no qual o analista é um modelo de ego saudável para seu paciente. A segunda, são colocadas as pretensões clínicas de inspiração greco-romana que enfatizam a relação entre meios e fins, apoiam-se numa autoridade impessoal e no benefício negativo da cura. Enquanto a narrativa judaico-cristã prioriza a fuga do desprazer pela via da remoção dos objetos causadores de sofrimento, a narrativa greco-romana enfatiza à procura de satisfação (DUNKER, 2011).

Essa discussão é promovida por Freud em seu texto “Sobre a Psicoterapia” de 1905, quando ele descreve duas práticas, a sugestão hipnótica e o método catártico ou como Freud prefere, o método analítico:

Há muitas espécies de psicoterapia e muitos meios de praticá-la. Todos os que levam à meta da recuperação são bons. Nosso consolo corriqueiro, que tão liberalmente dispensamos aos enfermos - “Você logo ficará bom de novo!” - , corresponde a um dos métodos psicoterapêuticos; mas agora que temos um discernimento mais profundo da natureza da neurose, não somos obrigados a ficar restritos a esse consolo. Desenvolvemos a técnica da sugestão hipnótica, a psicoterapia através da distração, do exercício e da provocação de afetos mais oportunos. Não menosprezo nenhuma delas e utilizaria todas em condições apropriadas. Se realmente me restringi a um único procedimento terapêutico, ao método que Breuer chamou “catártico”, mas que prefiro chamar de “analítico”, foram apenas motivos subjetivos que me decidiram a fazê-lo. Em decorrência de minha participação na criação dessa terapia, sinto-me pessoalmente obrigado a me dedicar a explorá-la e a construir sua técnica. Posso asseverar que o método analítico de psicoterapia é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente. Abandonando por um momento o ponto de vista terapêutico, posso acrescentar em favor desse método que ele é o mais interessante, o único que nos ensina algo sobre a gênese e a interação dos fenômenos patológicos. Graças ao discernimento do mecanismo das doenças anímicas que ele nos faculta somente ele deve ser capaz de ultrapassar a si mesmo e de nos apontar o caminho para outras formas de influência terapêutica. (FREUD, 1905, p. 246)

Sobre estes métodos ele segue tentando corrigir alguns erros e promover esclarecimentos acerca das diferenças entre a terapêutica do método analítico e a terapêutica da sugestão (FREUD, 1905/1996).

A partir da estética de Leonardo da Vinci, Freud aborda o problema da prática descrevendo dois tipos de arte realizadas *per via di porre* e *per via di levare*. Per via di porre, ou seja, pela via do acréscimo, teríamos a pintura, a sugestão e a hipnose. Nessa modalidade de prática terapêutica propõe-se que algo novo é acrescentado ao paciente. Nesse sentido, esta prática tem o sentido de positividade, que introduz algo no sujeito. Por outro lado, na terapêutica centrada *per via di levare* ocorre o contrário, há uma retirada ou subtração, como na escultura, modalidade que Freud associa à prática analítica. Sendo assim, a meta seria a compreensão da origem dos sintomas patológicos e sua eliminação (FREUD, 1905/1996).

A partir desta definição, Dunker (2011) afirma que a psicanálise se orientaria por uma forma negativa de poder, sem a normatividade da prescrição médica ou da sugestão, mas a uma espécie de retirada de tudo aquilo que bloqueia a autonomia do sujeito, um método capaz de desobstruir seu caminho (desejo), seja ele qual for; não oferecendo um caminho a seguir. Nesse sentido, a opção freudiana *per via di levare* reduz a psicanálise a sua dimensão clínica e diminui sua pretensão terapêutica, segundo o autor. Ou seja, ela estaria mais próxima da narrativa greco-romana ligada à excelência do que a narrativa judaico-cristã ligada à eficácia, cura e fim de um processo. Portanto, para formalizar o final da análise, como fim de um processo, seria necessário estabelecer a partir de critérios claros e definidos sobre que tipo de homem é esperado ao final desse processo ou qual seria a transformação esperada do sujeito (DUNKER, 2011).

Numa lógica que implica um final de análise estrito e um modelo de homem esperado ao final do processo teríamos de pensar a prática psicanalítica *per via di porre* que produziria um novo homem efeito do método psicanalítico, o psicanalista.

Sendo assim, pode-se compreender melhor a objeção de Lacan ao pensar a psicanálise pela via de restabelecimento a um estado anterior por meio da colocação freudiana.

Portanto, nessa perspectiva, a psicanálise só poderia ser pensada *per via di levare*, numa ética que não pretende produzir um novo homem, mas desobstruir o caminho que leva a sua autonomia e independência. Quais as consequências que esse enfoque clínico produz na dimensão terapêutica da prática analisada sob esse viés?

No texto *Variantes do Tratamento-Padrão*, Lacan afirma que “a psicanálise não é uma terapêutica como as outras” (LACAN, 1955/1998, p. 326). Nesse texto, Lacan traz a preocupação acerca do problema da técnica e da terapêutica em psicanálise.

[...] a psicanálise não é uma terapêutica como as outras. Pois a rubrica variantes não quer dizer nem adaptação do tratamento, com base em critérios empíricos nem, digamos, clínicos, a variedade dos casos, nem uma referência às variáveis pelas quais se diferencia o campo da psicanálise, e sim uma preocupação, inquieta até, com a pureza nos meios e fins, que deixa pressagiar um status de qualidade melhor do que o rótulo aqui apresentado. Trata-se, sim, de um rigor de alguma forma ético, fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos, não pode ser senão psicoterapia. (LACAN, 1955/1998, p.326)

E segue falando de um rigor ético necessário na formalização da teoria que não se coadune com o que ele chama de um “formalismo prático”, ou seja, não se trata de uma adequação técnica de preceitos: regras em torno do que se deve fazer e o que não se deve fazer. Trata-se de uma formalização ética da teoria.

Nesse sentido, Lacan parte de uma teoria dos critérios terapêuticos para esclarecer essa questão. Faz referência ao emprego da estatística e a expressões categóricas como “melhor”, “muito melhor” e “curado” como uma ponderação exercida pela disciplina da psicanálise que, segundo ele, *“sabe ressaltar a pressa de concluir como um elemento em si questionável”* (LACAN, 1955/1998, p. 326).

Da mesma forma ressalta que o psicanalista não faz muita questão, alertado pelos perigos do furor sanandi descritos por Freud (1912/1996), de exaltar os efeitos terapêuticos de seu método. Sabemos que efeitos essa postura produziu em termos políticos na psicanálise hoje em dia, com a psicanálise sendo questionada severamente nos mais diversos âmbitos, em especial o terapêutico (FERRARI, 2002; ONFRAY, 2010).

Lacan segue, sublinhando a cura como um ganho adicional, quase fortuito do tratamento psicanalítico e não sua finalidade primária. E afirma que quando o discurso psicanalítico aborda a terapêutica ou a cura, há logo o questionamento se isto seria ainda uma psicanálise.

Assim, se admite a cura como um benefício adicional do tratamento psicanalítico, ele se precavem contra qualquer abuso do desejo de curar, e o faz de maneira tão habitual que, ao simples fato de uma inovação motivar-se neste, inquieta-se em seu foro íntimo, Ou reage no foro do grupo através da pergunta automática que desponta de um “será que isso ainda é psicanálise?” (LACAN, 1955/1998, p. 327)

No Seminário 7, *A Ética da Psicanálise* (LACAN, 1959-1960/2008) Lacan fala que o analista deve questionar a todo instante no que consiste efetivamente o desejo de fazer o bem, ou seja, o desejo de curar. Ele trata este desejo como algo que pode facilmente desencaminhar o analista no que ele chama de “[...]falcatrúcia benéfica do querer-o-bem-do-sujeito [...]” (LACAN, 1959-60/2008, p. 262).

A questão que se pronuncia é: do que os psicanalistas desejam curar o sujeito?

[...] curá-lo das ilusões que o retém na via de seu desejo. Mas até onde podemos ir nesse sentido? E, afinal, essas ilusões quando não comportarem nada de respeitável em si mesmas, ainda é preciso que o sujeito queira abandoná-las. O limite da resistência será aqui simplesmente individual? (LACAN, 1959-60/2008, pag. 262)

Aqui se coloca a posição dos bens (daquilo considerado bom) em relação ao desejo do sujeito. Lacan irá comentar no seminário 7 (LACAN, 1959-60/2008) sobre a imprudência que seria o analista se colocar na posição daquele que pode fornecer ao sujeito tudo aquilo que ele necessita, o que Lacan associa à via americana, fazendo referência a psicologia do ego, em que o ideal de ego do sujeito é o analista, modelo o qual ele deve seguir para ter um ego forte ou saudável (BARATTO; AGUIAR, 2007).

Se a terapêutica da psicanálise lacaniana não consiste em fazer o bem ou fortalecer o ego, do que se trata?

Lacan também relaciona a questão do bem ao desejo, de forma que é patente na experiência de análise que as vias da busca do bem se apresentam como um alibi para o sujeito, ou seja, um artifício utilizado com a finalidade de eximi-lo da responsabilidade de uma ação, geralmente não tão benemerita, e que aponta para um desejo e a busca de prazer. Sendo assim, o desejo voltado ao bem ou a cura, tende a ser um desejo que faz uso do outro com um pretexto sublime e altruísta, mas que se alicerça essencialmente numa raiz narcísica (LACAN, 1959-60/2008).

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (LACAN, 1967/2003), Lacan faz uma interessante observação sobre a experiência que a psicanálise propõe, sua razão de ser, e sua terapêutica enquanto algo, mais do que secundário, uma noção que distorce e relaxa o rigor do psicanalista, além de ser impossível de se enunciar na psicanálise, segundo ele.

Para introduzi-los nisso, eu me apoiarei nos dois momentos da junção do que chamarei, neste arrazoadado, respectivamente, de psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela.

Esquece-se, com efeito, sua pregnant razão de ser, que é constituir a psicanálise como uma experiência original, levá-la ao ponto em que nela figura a finitude, para permitir o a posteriori, efeito de tempo que, como sabemos, lhe é radical.

Essa experiência é essencial para isolá-la da terapêutica, que não distorce a psicanálise somente por relaxar seu rigor.

Observaria eu, com efeito, que não há definição possível da terapêutica senão a de restabelecimento de um estado primário. Definição, justamente, impossível de enunciar na psicanálise. (LACAN, 1967/2003, p. 251)

Por que é tão difícil pensar numa terapêutica da psicanálise? Lacan nos afirma que não há definição possível de terapêutica a não ser pela via de um restabelecimento de um estado primário.

No texto *A Psicanálise verdadeira, e a falsa* (LACAN, 1958/2003) define a psicanálise verdadeira como aquela que tem seu fundamento na relação do homem com a fala e critica uma noção de realidade pura e simplesmente dada. Segundo ele, a psicanálise daquela época fazia uso de ideias como senso de realidade e teste de realidade; para realizar "[...] uma prática cada vez mais organizada de pedagogia corretiva [...]" (LACAN, 1958/2003, p. 178).

Talvez a crítica de Lacan sobre a impossibilidade de pensar uma terapêutica na psicanálise se explique na questão da psicanálise não ser um método de eliminação de sintomas, o que aí sim poderia significar um restabelecimento a um estado anterior assintomático, como na medicina.

Por outro lado, se a terapêutica não é um fim e finalidade da psicanálise, talvez ela seja por demais relegada na prática psicanalítica e na transmissão da psicanálise. Não seria válido falar sobre sua terapêutica, não como um fim ou finalidade, mas como um efeito entre outros? Que efeitos terapêuticos são esses produzidos pelo método? Até porque não é a hermenêutica, mas a terapêutica que motiva os pacientes a procurarem os psicanalistas para o tratamento de seu sofrimento e os órgãos públicos a financiarem as pesquisas e projetos onde a psicanálise participa.

Lacan (1958/2003) critica uma certa “psicologização” dos psicanalistas da “via americana” em busca de uma normatização ou modelo adaptativo que, segundo Lacan, seria um desvio da psicanálise verdadeira. Nesse sentido, ele afirma que querer promover uma esfera sem conflitos no centro da teoria seria promover um desvirtuamento da psicanálise para fins de sugestão social e de sujeição psicológica:

É evidente que, ao fazer isso, não pomos em questão a primazia do real, mas simplesmente lembramos que a linguagem introduz nele uma dimensão propícia a "colocá-lo em questão". É no nível desse questionamento que se situa o drama da neurose. Querer reduzir esta última em sua veracidade irreduzível só pode conduzir a um recuo do sintoma até as próprias raízes do ser, a destruição daquilo que dava no sofrimento testemunho.

De fato, a resistência encontrada atesta, por si só, o impasse dessa empreitada, e a compulsão a repetição, descoberta por Freud, foi também por ele identificada a insistência de uma verdade que continua a clamar no deserto da ignorância.

A oposição dialética, isto é, ligada por uma relação de ocultamento alternante do princípio de realidade com o princípio do prazer, só é concebível no nível da identificação significativa. Eles só podem, do ponto de vista da adaptação, confundir-se estritamente.

Ora, toda a psicanálise desenvolve-se na dimensão do conflito entre eles. Assim, a promoção de uma esfera sem conflito no centro da teoria, como sendo o pivô da ação terapêutica, traz-nos de Nova York o sinal derradeiro da renúncia rematada aos princípios de uma descoberta - de seu desvirtuamento para fins de sugestão social e de sujeição psicológica. (LACAN, 1958/2003, p. 178)

Podemos articular essa crítica de Lacan sobre a psicologia do ego com a frase de que é impossível enunciar uma terapêutica na psicanálise enquanto fim ou finalidade do tratamento psicanalítico (LACAN, 1967/2003), não enquanto efeito do tratamento. Até porque, se uma análise não é terapêutica, ela não se justifica enquanto prática de saúde.

Nesse sentido, a crítica da terapêutica na psicanálise enquanto finalidade se justifica, mas não a negação em pensar sua terapêutica enquanto um dos inúmeros efeitos do método psicanalítico.

6. EFEITOS TERAPÊUTICOS DA PSICANÁLISE LACANIANA:

A cientificidade da Psicanálise é um assunto debatido há muitas décadas, especialmente no âmbito de críticas feitas à disciplina. Essa crítica geralmente apresenta-se em duas vias. A primeira e mais frequente se refere a uma suposta baixa eficácia do tratamento analítico quando comparado a outras terapias e/ou à intervenção farmacológica psiquiátrica. A segunda via questiona o método da teoria psicanalítica, acusando-o de se basear numa série de pressupostos não-comprováveis. E existem aqueles que unem as duas críticas em uma única: é devido a Psicanálise não ter comprovação científica, sua eficácia terapêutica é questionável (MEZAN, 2007).

Nas discussões sobre a cientificidade da psicanálise são empregados inúmeros pressupostos e conceitos que sofrem grande variação, dependendo da epistemologia em questão. Nesse sentido, conceitos como verdade, ciência e realidade tem significados às vezes opostos para cada área do conhecimento. Essa noção de que cada ciência constrói a sua própria racionalidade se diferencia radicalmente da ideia de que precisaríamos buscar uma razão universal, uma terapêutica universal definida sempre a partir das mesmas bases e presente em todas as construções intelectuais realizadas pelo homem. Essa tese é sustentada no artigo “*L'idée d'épistémologie*”, do filósofo francês Gerard Lebrun, no qual ele afirma que esse tipo de abordagem, chamada por ele de “reflexão racionalista sobre as ciências” é distinta

na epistemologia, que opera de forma diferente. Dessa maneira, ele fundamenta que a originalidade de um saber implica numa racionalidade própria àquele saber (AGUIAR, 2006).

Sobre a epistemologia da psicanálise, vale questionar qual seria o grau de confiança possível que podemos atribuir às proposições que fundamentam um conhecimento como a psicanálise? Além disso, qual a diferença entre o conhecimento proposto na psicanálise em relação ao conhecimento proposto pela medicina tradicional? Essas perguntas são fundamentais na medida em que balizam o tipo de cientificidade que podemos esperar da psicanálise (DUNKER, 2016).

A psicanálise não é um saber irracional nem um tipo de crença, mas como dizia Lacan, um tipo de ciência da linguagem habitada por um sujeito. Dessa forma, seu fundamento materialista se dá em todas as ciências da linguagem, como na linguística, na pragmática, na linguística da enunciação, mas com um “detalhe” fundamental que elas não estão acostumadas a tratar e a incorporar: a presença de um sujeito. Existe uma radicalidade nisso. Qual é o fundamento dessa epistemologia que considera o sujeito sem tentar transformá-lo em outra coisa, sem transformá-lo em um objeto ou reduzi-lo a um comportamento? Ou seja, que epistemologia é essa que não realiza - por motivos metodológicos - a exclusão da subjetividade (DUNKER, 2016).

Por que será que é tão problemático imaginar uma ciência que leve em conta a subjetividade? Para isso, Lacan retomará Descartes para demonstrar que a ciência moderna tem início com a descoberta do sujeito, mas em seguida continua pela exclusão desse sujeito. Esse sujeito que estava presente como uma espécie de metafísica preliminar, como uma consideração anterior à ciência propriamente dita. Aí está a origem do imbróglio: há toda uma problemática da psicanálise em se instituir como ciência por causa dessa particularidade, a consideração da subjetividade (DUNKER, 2016).

No entanto, vale ressaltar que tanto Freud como Lacan descreveram a psicanálise como um método, requisito fundamental para falarmos em ciência. Nesse sentido, desenvolver uma ciência é elaborar um método e, portanto, a possibilidade de repetir procedimentos de investigação e de tratamento, aferir suas proposições teóricas e verificá-las de modo a construir um registro de verdade, no qual as premissas da psicanálise e suas teses, como a existência do inconsciente e seu funcionamento, entre outros poderiam ser minimamente verificados (DUNKER, 2016).

Apesar disso, tanto a psicanálise, como a teoria da evolução das espécies de Darwin e o materialismo histórico do Marx, são consideradas macro teorias. Ou seja, são teorias que tentam abarcar uma infinidade de fenômenos, acontecimentos e injunções. Portanto, a

psicanálise é uma macro teoria que não depende de uma teoria da prova muito simples. Ao abordar a teoria de Darwin, podemos especular como sua teoria foi provada. Seria por meio dos fósseis? Pelo estudo das camadas geológicas? Pela observação da diferença entre as espécies? Durante muitos anos a teoria de Darwin foi refutada como não científica. Vale lembrar que a teoria da evolução das espécies antecede a integração com as ideias de Mendel e, portanto, a verificação pela genética. Da mesma forma, a psicanálise precisa de um conjunto extenso de provas e de fenômenos que os pesquisadores devem reunir para chegar a algum nível de confiança e de verificabilidade próprio da ciência e do método científico (DUNKER, 2016).

Lacan é um dos poucos autores que tentam reintroduzir a psicanálise nesse debate com a ciência. No entanto, ele afirma que não é possível de forma alguma tomar o que é chamado convencionalmente de ciência e aferir se a psicanálise é ou não uma ciência, porque na verdade há alguns pressupostos da ciência moderna (de Galileu, Descartes e Copérnico) que são questionados pela própria psicanálise (DUNKER, 2016).

A epistemologia psicanalítica foi por muito tempo questionada por ela não conseguir oferecer um nível de prova para além da clínica. O fato de que os tratamentos serem eficazes, das pessoas melhorarem e dos sintomas se reverterem são constatações eminentemente clínicas. Há uma história de objeções da ciência à psicanálise que afirma que a psicanálise não é verificável (DUNKER, 2016).

Um dos principais críticos da psicanálise foi um americano chamado Adolf Grünbaum, professor na Universidade de Pittsburgh, que desde os anos 80 tem sido o crítico mais ferrenho do estatuto científico da Psicanálise. Seus livros, em especial o *The foundations of psychoanalysis* (1984) e *Validation in the clinical theory of psychoanalysis* (1993), causaram um grande impacto entre os filósofos, mas também entre os psicanalistas. A crítica de Grünbaum à psicanálise não é somente mais ácida e incisiva que as proferidas pelo positivismo lógico de Karl Popper, ela também é mais grave, pois não visa como as outras, enquadrar a psicanálise numa definição abstrata de ciência, mas destruir a crença na validade do método clínico para produzir conhecimento (MEZAN, 2006).

A principal tese defendida por Grünbaum (1984) é que a sustentação empírica de uma teoria deve ser originada de métodos que podem ser provados de forma independente ao método clínico. De outra forma, a circularidade do argumento – que ocorre quando uma argumentação é dependente da própria teoria – se torna problemática na defesa da legitimidade de uma disciplina. Em resposta a essa crítica, os pesquisadores Shevrin et al. (2013) adaptaram o método de pesquisa deles para encontrar evidências independentes que

validassem experimentalmente os conceitos de repressão e de conflito inconsciente. (BEER, 2015).

A inovação metodológica deste estudo foi demonstrar que inferências de material clínico psicanalítico inteiramente qualitativas poderiam ser testadas em processos cerebrais objetivamente mensuráveis. Dessa maneira, ficou demonstrado o funcionamento subjacente comum entre a psicodinâmica e os processos cerebrais. (SHEVRIN et al., 2013).

A ampliação dos campos de investigação com a criação de novos métodos que propõem a combinação da psicanálise com as ciências cognitivas e neurociências têm conferido uma robustez de dados experimentais que a psicanálise nunca teve. Shevrin é um importante representante desse esforço na medida em que já realizou importantes estudos que promovem uma ligação entre a psicanálise e as ciências cognitivas e sobre a identificação de possíveis marcadores de fenômenos relacionados a processos inconscientes subliminares (SHEVRIN; FRITZLER, 1968), sobre a inibição inconsciente (SNODGRASS; SHEVRIN; KOPKA, 1993a/b), sobre diferenças no processo de pensamento vinculadas aos processos primários e secundários da teoria freudiana (SHEVRIN; LUBORSKY, 1961; BRAKEL et al., 2000). No entanto, até esse estudo de Shevrin et al. (2013), os autores tinham uma carência de dados clínicos para o reconhecimento dos processos inconscientes, o que foi corrigido nesse estudo, por meio de entrevistas realizadas por psicanalistas com os sujeitos do experimento (BEER, 2015).

Quanto à crítica direcionada à terapêutica da psicanálise no sentido de que ela não é tão eficaz como se pretende, principalmente porque ela não consegue demonstrar sua eficácia comparativa em relação a outras psicoterapias. Vale ressaltar uma pesquisa realizada em 2008 por meio de uma metanálise¹ que tentou mensurar a eficácia de diversas psicoterapias. Essa pesquisa, realizada por Leichsenring e Rabung (2008), dois médicos alemães, desenvolveu uma metanálise que demonstrou que de todas as formas de psicoterapia, a mais eficaz foi a que eles chamaram de psicoterapia psicodinâmica de longo termo/prazo, entre as quais se inclui a psicanálise.

Nessa pesquisa, os autores Leichsenring e Rabung (2008) fizeram uma metanálise do que eles chamaram de “Psicoterapias Dinâmicas de Longo Prazo”² (LEICHSENRING; RABUNG, 2008), ou seja, a psicanálise. Nesse estudo, chegaram a resultados interessantes,

¹ A metanálise é um procedimento estatístico de pesquisa que visa extrair informações de dados já existentes e publicados em diversas pesquisas por meio da aplicação de métodos estatísticos que possibilitam reunir as amostras (LUIZ, 2002).

² Este estudo envolveu mais de mil estudos clínicos em tratamentos com duração de mais de um ano (ou 50 sessões).

como: comparada a outras psicoterapias¹, os então chamados tratamentos psicanalíticos foram considerados quatro vezes mais eficazes, principalmente em relação às “complex mental disorders” (doenças mentais complexas) (LEICHSENDRING; RABUNG, 2008, tradução nossa), como transtornos mentais crônicos, de personalidade, transtornos mentais múltiplos e comorbidades.

Impossível não lembrar de Freud que, apesar de defender psicanálise como um baluarte, fez um comentário sobre a terapêutica psicanalítica de que como o material com que os psicanalistas lidam é muito heterogêneo, apenas números muito elevados mostrariam algo. Dessa forma, ele recomendou que seria mais correto examinar as próprias experiências do indivíduo (FREUD, 1932/1996). A fala de Freud ainda é válida, mas os “números muito elevados” já são viabilizados pela metanálise.

Além disso, o uso de psicanálise de forma isolada teria resultados mais significativos do que o uso de psicoterapia com psicotrópicos. Somado a isso, os benefícios em tratamentos psicanalíticos seriam mais significativos em relação a resultados gerais do que as psicoterapias breves. Esses resultados independem da idade, do sexo, dos subgrupos de pacientes, da experiência do tratamento e do uso dos manuais. E por final, mais de 300 outros estudos seriam necessários para transformar esses resultados de significativos em não significativos (CALAZANS; LUSTOZA, 2012).

Esses dados colaboram para mostrar que a psicanálise é capaz de provar a eficácia de sua terapêutica oferecendo uma prova extra clínica dos seus conceitos (DUNKER, 2016).

Outra iniciativa foi encabeçada por Jacques-Alain Miller, na “Conversaciones Clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona” (MILLER et al., 2006), na qual discorreu sobre os Efeitos Terapêuticos Rápidos em Psicanálise.

Outra iniciativa foi a pesquisa de Leserre et al. (2007) que tentou fazer uma articulação entre a psicanálise e a saúde mental com objetivo de demonstrar que o tratamento psicanalítico é eficaz e, mais do que isso, que a psicanálise lacaniana produz efeitos terapêuticos rápidos. Esta pesquisa apresentou resultados positivos ao investigar uma amostra de 100 casos em tratamentos de curta duração (LESERRE, et al, 2007).

Cottet (2005) em seu texto *Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea* retoma o texto de Lacan *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (LACAN, 1958b) para questionar a atualidade daquele texto e quais seriam os impasses da clínica

¹ Como “*cognitive-analytic therapy*” ou “terapia cognitiva analítica”, “*dialectical behavioral therapy*” “terapia comportamental dialética”, “*family therapy*” ou “terapia familiar”, “*supportive therapy*” ou “terapia de suporte”, “*short-term psychodynamic therapy*” ou “terapia psicodinâmica breve” e o usual “*psychiatric treatment* ou “tratamento psiquiátrico usual” (LEICHSENDRING & RABUNG, 2008, p. 1559, tradução nossa).

psicanalítica no contexto cultural contemporâneo. Ou seja, ele questiona se a psicanálise desenvolvida por Lacan ainda é atual e se é ainda desta forma que os psicanalistas lacanianos praticam a psicanálise, ainda mais na sociedade atual que revela transformações na demanda psicanalítica, além do surgimento de novos modos de sintoma.

Segundo Cottet (2005) o texto de Lacan sobre a direção do tratamento é uma das obras mais importantes de Lacan no sentido de esclarecer a prática analítica, ou seja, qual a direção que o psicanalista dá ao tratamento e o que ele visa em sua prática (COTTET, 2005).

Na época do texto, Lacan criticava uma psicanálise praticada a sua volta que, segundo ele, era um desvio da prática efetiva da psicanálise. Naquela época o alvo da crítica de Lacan eram as práticas que incluíam sugestão, a manipulação da transferência e a um certo abuso de poder, representado pelo analista na posição de mestre. Os maiores alvos dessa crítica foram a tradição americana da psicologia do ego que tem como balizas um fortalecimento do eu, uma reeducação emocional e um domínio do sujeito sobre o inconsciente (COTTET, 2005).

A primeira atualização da crítica lacaniana efetuada por Cottet (2005) é a de que as psicoterapias contemporâneas estão sujeitas a mesma crítica. Naquela época, segundo o Cottet (2005), era necessário diferenciar uma psicologia da necessidade ou do afetivo (via americana) da estrutura do desejo inconsciente em tratamentos que deveriam ser orientados para interpretação desse desejo e não para reeducação.

É por esse motivo, segundo o autor, que no texto lacaniano existe a diferenciação dos conceitos de desejo e demanda e a primeira orientação expressa na máxima “não responder à demanda”. Que demanda é essa? Em toda a demanda pulsional existe latente uma demanda de amor. Por que o analista não pode responder à demanda? Ele age desta forma com objetivo de fazer emergir o desejo do sujeito, esmagado por toda demanda. Isso ocorre, pois o desejo de ser amado equivale subjetivamente a ser objeto do gozo do Outro e a posição de objeto é não desejante (KEHL, 2002).

Cottet (2005) continua seu texto definindo a posição do analista que, por meio de uma posição de abstenção, cria as condições para as manifestações transferenciais do desejo inconsciente que, em última instância, é o que mantém a análise fora dos efeitos da demanda. É o desejo inconsciente e não o analista que deve “dirigir” o tratamento, comenta o autor (COTTET, 2005), numa crítica clara à psicoterapia enquanto aquela que, a partir de sua mestria, dirige ou diz ao paciente o que ele deve fazer. Em vez de dirigir o paciente ou atacar as resistências do sujeito, o tratamento deve privilegiar a interrogação dos significantes do desejo inconsciente. No entanto, o analista não deve ser exclusivamente um tradutor ou intérprete do inconsciente, ele deve sempre advertir o sujeito da inércia produzida pelo gozo.

Nesse sentido, Cottet (2005) dá o exemplo da anorexia e faz alusão a uma fala de Lacan na qual ele afirma que as pessoas que tem anorexia não comem carne, frango ou peixe; elas comem nada. E elege esse nada como um objeto da clínica psicanalítica. Em seguida, afirma que os conceitos de demanda, desejo, castração e mesmo o Édipo freudiano são insuficientes para interpretar o sintoma, pois o que aparece na anorexia não é um desejo sob a demanda de amor, mas uma demanda de amor incutida na greve de fome.

Devido ao deslizamento do desejo ao gozo, o sujeito cultiva uma satisfação letal tendo fome, sem considerar de fato que se trata de uma estratégia amorosa. Portanto, não se trata de interpretar o sintoma por meio da dialética demanda e desejo, pois o paciente não desejará se curar (dimensão terapêutica), pois a intervenção não tocará em algo essencial: a aliança entre o gozo e o significante ligado à morte. Ou seja, a questão não é promover o surgimento da insatisfação como mola do desejo, mas mostrar que a cura da anorexia não impedirá que essas pacientes se suicidem. (COTTET, 2005).

A teoria lacaniana traz avanços importantes à Freud, um deles é no que trata o sentido do sintoma, acrescentando um elemento de não-sentido – que vai na contramão da mecânica biológica – mas que se relaciona às múltiplas formas de gozo que podem ser encontradas e que são irreduzíveis a toda forma de psicogênese ou à interpretação edipiana tradicional. Ainda mais dos critérios diagnósticos preconizados pelos manuais diagnósticos de transtornos mentais (COTTET, 2005).

Sendo assim, fica patente o limite do simbólico no tratamento de algumas patologias, como a anorexia. Ou seja, o simbólico não fornece todas as chaves para o tratamento.

Cottet (2005) afirma que até 1975, Lacan fornece novos conceitos que vão ultrapassar uma noção de inconsciente pautada unicamente pelo significante/significado e propriedades do discurso que vão além da significação fálica.

Em relação a esse avanço, cita o seminário livro 23 *O Sinthoma* (LACAN, 1975-76) onde Lacan inclui o significante no gozo, trata das modalidades de gozo do inconsciente e a justificativa das sessões curtas. Esses acréscimos teóricos inserem o corte da sessão como um instrumento de elaboração do inconsciente, de forma a romper a repetição da questão “o que isso quer dizer?” e numa intervenção que incide no simbólico promovendo uma reorganização do sentido daquilo que é falado; assim como uma forma de ressaltar quando um gozo é inferido (COTTET, 2005, p. 21).

Nesse sentido, para Cottet (2005) os sintomas contemporâneos parecem distantes de uma primeira clínica lacaniana marcada pela primazia do significante e mais articulada como manifestações do mais-de-gozar¹.

Se a segunda clínica lacaniana seria marcada por esse gozo em excesso, a clínica freudiana seria marcada como uma clínica da falta e do recalque. Dessa forma, é compreensível que as psicoterapias façam sucesso atualmente acolhendo sintomas e um excesso de gozo indecifráveis ao sujeito; uma angústia ligada ao não-sentido e ao impulso a gozar. Segundo Cottet (2005), as formas de gozo aberrantes ou excessivas promovem uma reivindicação significante, ou seja, há uma necessidade insistente de nomeação onde há cada vez menos sentido. Por isso, muitos psicoterapeutas se oferecem prontamente a dar um sentido e explicação para o sofrimento do sujeito, incorrendo no problema de que por trás do sofrimento há uma escolha subjetiva que reveste um comportamento masoquista como se o sujeito fosse vítima (COTTET, 2005).

Segundo Cottet (2005), atualmente há veiculação de terapias que consideram o estresse pós-traumático e as depressões como um déficit quantificável, um “sintoma deficitário” ou como “perda de energia” uma visão que desconhece totalmente a satisfação incluída no sintoma e na própria queixa. Nesse sentido, ele aborda as sessões curtas, criadas por Lacan, como um instrumento metodológico da ética e desejo do psicanalista de forma que o analista possa intervir no que ele chama de blablá do sujeito. Essa dimensão de gozo da fala fez com que Lacan criasse a doutrina da língua separada do conceito de cadeia significante, nos anos 1970 (COTTET, 2005).

É importante que o analista interrompa a fala vazia (não implicada) do sujeito, mostrando como ele dissimula a questão referente ao seu desejo inconsciente. Uma clínica que pretenda ir além do sentido/simbólico, deve tocar o sujeito no ponto em que sua fala toca a pulsão, ou seja, que faça referência à satisfação inconsciente contida no sintoma (COTTET, 2005).

Cottet relata que atualmente há muitos casos no qual os diagnósticos tradicionais parecem não se adequar e cita uma paciente que foi abandonada por seu noivo, ao qual atribuía qualidades superlativas, exatamente aquelas que lhe faltavam. Ou seja, ela tinha a

¹ Homólogo ao conceito de mais-valia, Lacan desenvolve na primeira lição do Seminário XVI (LACAN, 1968-69/2008), partindo da articulação entre trabalho e renúncia ao gozo, o conceito de mais-de-gozar, que se relaciona à repetição do sintoma. A ideia central é a de que o discurso pressupõe a perda de um objeto que deverá então retornar enquanto objeto a ser recuperado: gozo perdido a ser recuperado como mais-de-gozar (OLIVEIRA, 2008). “O *objeto a* é tanto causa de desejo quanto objeto mais-de-gozar. Como causa de desejo, corresponde ao objeto perdido, desde e para sempre, da plena satisfação; como mais-de-gozar, é o objeto da angústia e objeto alvo - e efêmero - da satisfação pulsional” (QUINET, 2012).

crença que o sujeito a completava e na ausência dele, ela não era mais nada, estava vazia. O homem para ela, deve completá-la em tudo. Apesar da tradução precisa dela em relação ao seu sintoma, ela faz surgir por isso mesmo, um outro sintoma ligado a sua relação com a língua. Para o analista, não parecia se tratar de um luto, mas uma queixa com entonações de melancolia, considerando a desvalorização de que era objeto toda vez que se compara com o objeto perdido. Dessa forma, perde-se o sentido de interpretar o caso na linha de um ideal perdido. A correta direção do tratamento nesse caso seria de enfatizar o excesso, o mais-de-gozar. Apesar da queixa da paciente estar na dimensão do déficit “perdi algo”, na opinião de Cottet, o sintoma se trata especialmente de um gozo adicional que não foi subjetivado pela paciente (COTTET, 2005).

Cottet salienta a questão: o que fazer para desatar os nós de gozo dos pacientes atuais, já que surgem cada vez mais sintomas não freudianos ou decifráveis pela escuta clássica? Ele afirma que este é um desafio do qual os analistas não podem se esquivar do trabalho de separação a ser realizado em torno das formas aberrantes do gozo contemporâneo (COTTET, 2005).

No texto *A aceleração dos efeitos terapêuticos em psicanálise*, Cottet (2005b) traz como uma característica do século XX uma impaciência subjetiva e, conseqüentemente, uma pressão exercida no psicanalista para que abrevie o tratamento no menor tempo possível, o que remete aos ideais terapêuticos médicos.

Outro mal-entendido comum é imaginar que a pessoa só usufrui dos benefícios do método ao final da análise, mas são tantos ganhos obtidos desde início, que imaginar que seria preciso chegar a um fim para obter os efeitos de sua terapêutica, trata-se de um equívoco (SOLER, 2013).

A psicanálise, na medida em que acolhe a transferência e favorece a fala, promove efeitos terapêuticos, mas essa não é a função que especifica o ato analítico. Além disso, apesar do cuidado de Lacan nessa diferenciação com a psicoterapia, ele afirma o quanto a psicanálise consegue atenuar o horror do fora de sentido com a suposição e solicitação do saber em seu manejo singular da demanda e por meio do tratamento do real do sintoma (gozo). A análise muitas vezes pode ser um processo penoso em que pode se tornar tentador oferecer uma “solução” que disfarça o real da castração (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Esse disfarce se expressa, por exemplo, quando o sujeito tenta fazer o Outro gozar dele (ser o falo do Outro), que consiste numa tentativa de negar sua condição desejante (faltante). Reparem na oposição entre ser e desejar: o neurótico deseja ser (o falo) porque não o é, e tenta (voltar a) ser para não ter que desejar (KEHL, 2002).

Um possível efeito terapêutico da psicanálise lacaniana refere-se a um encontro ético do analisando com duas evidências que, negadas, construíram a estrutura de sua neurose. A primeira delas é que o Outro (representação da alteridade e da linguagem em Lacan), a quem o neurótico almejou tanto servir, de quem ele quis se fazer falo (objeto de gozo do Outro) na falta de poder ser. Esse Outro é uma abstração, um produto da linguagem, um lugar vazio de significação e intenção. Essa entidade imaginária (Outro) não quer nada dele, não tem projetos para sua vida, não quer sua desgraça ou sua felicidade; é o espaço vazio e a condição do desamparo humano. A radicalidade dessa descoberta é impossível de ser mensurada em termos subjetivos, mas – diante desse Outro sem rosto, sem açúcar e sem afeto - resta ao sujeito bancar sua palavra e, em seu próprio nome, construir um destino – encaminhar por si próprio o destino de sua pulsão (KEHL, 2002).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O objetivo da pesquisa foi promover uma investigação teórica sobre a terapêutica da psicanálise lacaniana, visando oferecer aos profissionais da área de saúde uma possibilidade de compreensão sobre a especificidade dessa terapêutica, em contraposição aos modelos psicoterapêuticos também empregados no campo da Atenção à Saúde Mental.

Espera-se que o profissional de saúde utilize as reflexões e contribuições oferecidas na pesquisa de forma a ampliar seu repertório quanto as possibilidades e limites da terapêutica do método psicanalítico e - de acordo com a demanda - considerá-lo como uma alternativa válida de tratamento, assim como as psicoterapias.

A partir do estudo desenvolvido foi possível observar que a terapêutica da psicanálise lacaniana oferece importantes contribuições na ampliação do entendimento do sintoma, como um objeto a ser considerado em sua complexidade e significação e não excluído inadvertidamente.

É compreensível que quando o Estado deseja intervir no campo da saúde, como nos casos da tentativa de fechamento do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA) e do edital da Secretaria de Saúde do Estado determinando que o atendimento à pessoa com autismo fosse restringido aos profissionais com formação cognitivo-comportamental; ele atuou como uma espécie de garantidor das “boas práticas” em nome de algo como a defesa do

consumidor. Dessa forma, ele defende a partir de um paradigma científico uma noção de saúde definida pela ausência de doenças/sintomas e do Estado como um Outro que sabe o que é melhor para o sujeito, uma lógica análoga às psicoterapias, como elas foram descritas neste trabalho.

Ao longo do percurso teórico, observou-se que devido a razões metodológicas e éticas da psicanálise a terapêutica foi considerada como um benefício adicional ou subproduto do tratamento psicanalítico, não porque ele não se importe com sua terapêutica ou o bem-estar dos sujeitos; mas porque ele visa algo que a transcende (MILLER, 1997).

Sendo assim, vale relembrar que um dos deveres do psicanalista, segundo Miller (1997), é comunicar ao público o que ele pode e não pode prometer em relação ao tratamento. Uma das coisas que um analista não deve fazer é determinar unilateralmente o que seu paciente precisa, como ele deve conduzir sua vida, que decisões ele deve tomar ou quem ele deve ser. Além disso, o analista não pode prometer a felicidade, a harmonia ou a realização máxima da personalidade, pois a psicanálise não visa a satisfação plena do sujeito, o que seria uma ilusão para uma teoria que define o sujeito em sua falta-a-ser (MILLER, 1997).

O que o psicanalista pode prometer é um trabalho no sentido de elucidar o desejo do sujeito e ajudá-lo a decifrar aquilo que insiste na sua existência, ou seja, a desvendar os motivos das repetições, dos sintomas que não se explicam por causas fisiológicas e dos padrões que causam grandes transtornos, mas parecem se repetir à revelia do sujeito causando mal-estar (MILLER, 1997).

Esse mal-estar aparece geralmente na forma de um sintoma que perturba o sujeito e o faz sofrer, mas do qual ele não consegue se desvencilhar sozinho. Essa é a condição do sofrimento psíquico, muitas vezes negado pela ciência, mas que é acolhido tanto por psicoterapeutas, como por psicanalistas (MATTOS, 1997). No entanto, a psicanálise propõe uma radicalidade que poucas abordagens teóricas oferecem: ela supõe no indivíduo, um sujeito.

Essa radicalidade consiste em questionar a premissa de que o homem quer acima de tudo o seu próprio bem. Isso é questionável e o sintoma - para psicanálise - é testemunha de que o sujeito nem sempre trabalha em defesa de seus próprios interesses ou de seu bem-estar. Esta condição pode ser percebida na resistência, na não adesão ao tratamento - não só o psicanalítico - e na falta de colaboração com os profissionais de saúde. Essa ambivalência do desejo de cura é considerada pela psicanálise no tratamento (COTTET, 2005).

Assim, o tratamento proposto pela psicanálise, tanto no contexto clínico do *setting* analítico, quanto nos demais cenários interventivos (instituições sociais e de saúde), consiste em implicar o sujeito em seu sintoma; diversamente dos profissionais que têm em sua ética uma noção de que o sujeito quer indubitavelmente o seu próprio bem e acreditam que possam conduzi-lo nesse sentido. Vale ressaltar que a psicanálise enfatiza essa contradição existente entre a demanda e o desejo, entre o desejo e o gozo e entre a pulsão e os ideais (COTTET, 2005).

Diferente da psiquiatria e mesmo da psicologia, a psicanálise não visa a saúde mental numa perspectiva de saúde enquanto ausência de doenças/sintomas, mas traz em seu bojo a noção de que o sintoma possui um componente do desejo inconsciente sobre o qual o sujeito não quer saber (ELIA, 2004).

Desse modo, há uma diferença fundamental entre a psicoterapia e a psicanálise: a primeira visa o caminho do sentido e a segunda o da causa. Enquanto a ciência segue uma lógica cartesiana na qual cada fato corresponde a um sentido; para a psicanálise, cada fato corresponde a uma causa. Na psicanálise, o sintoma é um efeito do qual é preciso descobrir a causa. Por isso, para que o sintoma se torne analítico é preciso que seja ressaltado o seu valor de metáfora e que o sujeito esteja disposto a enfrentar sua ambivalência entre prazer e dor (CIACCIA, 1997).

Há implicações importantes num tratamento que visa somente a eliminação do sintoma sem a consideração do que isso implica, pois sabemos que ao mesmo tempo que um sintoma psíquico traz sofrimento, há importantes ganhos secundários (gozo) que o sustentam. Trata-se de um conflito que aparece claramente na não adesão ao tratamento e na resistência. O sintoma psíquico constitui uma espécie de pagamento simbólico por um “crime” realizado em fantasia e de forma inconsciente. Ou seja, promover um ideal de saúde por meio da eliminação rápida do sintoma pode causar um agravamento do conflito psíquico. Vale lembrar que para psicanálise não existe a possibilidade de uma homeostase, um equilíbrio ou compromisso alcançado na renúncia pulsional ou na sublimação. Portanto, é importante que não se confunda o prazer consciente com satisfação pulsional (gozo), que se aproxima muito mais da dor do sintoma (BERENGUER et al., 1997).

Dessa forma, não se trata de simplificar o problema, localizando o médico ou psicoterapeuta como especialistas do sentido e o psicanalista como especialista da causa e do não sentido. Da mesma forma, não adianta convencer o paciente que reclama de maus-tratos sofridos de que ele extrai satisfação do sofrimento ou de que seu gozo está incluído no sintoma do qual ele se queixa. A questão é mais complexa e não basta simplesmente

escutarmos passivamente o sofrimento do sujeito, pois assim estaríamos compactuando com ele. Devemos sim escutar no discurso a posição subjetiva ocupada pelo paciente frente ao seu sofrimento e não deixar que o sujeito goze ambigualmente enquanto se queixa. Portanto, deve-se esclarecer de algum modo para o paciente essa complexa relação existente entre a busca de uma causa para o sintoma, sempre imputada ao Outro, e o próprio sintoma (COTTET, 2005).

Vale destacar que não é o paciente, mas o clínico que promove a diferença entre a psicanálise e a psicoterapia. Algumas demandas, como querer se curar, querer se conhecer, querer conhecer a psicanálise ou querer tornar-se psicanalista são todas demandas de psicoterapia, pois são demandas transitórias. Nesse sentido, é dever do analista promover uma mudança na demanda do paciente de modo a torná-la uma demanda de saber (sobre o sintoma), ou seja, uma demanda análise (CIACCIA, 1997).

Portanto, o ato do analista vai na contramão do discurso da ciência que, ao não incluir o sujeito como participante do processo saúde/doença, promove uma falta de responsabilização no paciente, não só em relação ao sintoma, como em relação ao próprio tratamento (SANTOS, 2005).

No entanto, sabemos que esse processo não é fácil. Como colocar-se como responsável por uma doença que conscientemente jamais seria capaz de produzir? Como se responsabilizar por algo que o sujeito afirma para si mesmo que nada tem a ver com ele? E, por fim, como lidar com as consequências dessa responsabilidade?

Vale relembrar que, apesar do sintoma, da queixa e do pedido de cura, não há mal que se repita insistentemente que não traga em si um gozo que dificulta o desembaraço do sujeito frente ao sofrimento. Portanto, a proposta da psicanálise consiste em convidar o sujeito a responsabilizar-se por sua vida, ainda que ele se considere vítima de um destino produzido por um Outro (MORETTO, 2006).

Dessa forma, o conflito fundamental do sujeito é ético na medida em que ele trata da relação que este sujeito estabelece com seus modos de obter satisfação/prazer, ou seja, se trata da relação singular que um indivíduo estabelece com aquilo que é um bem para ele. Sendo assim, é a própria natureza da satisfação que está em pauta, subjetiva e não generalizável, o que invalida a busca de um bem geral, incompatível com a realidade psíquica. Sendo assim, a finalidade do tratamento psicanalítico não poderia ser encontrada fora dos princípios da psicanálise e de seu campo (BERENGUER et al., 1997).

É por isso que Lacan alerta sobre a psicoterapia poder levar ao pior. Isto se refere ao fato dela oferecer uma resposta à demanda de cura que não comporta a dimensão de gozo

(real) do sintoma: “É aí que a psicoterapia, seja ela qual for, estanca, não porque não exerça um certo bem, mas por ser um bem que leva ao pior” (LACAN, 1973/2003, p. 513).

Não considerar o real no tratamento pode desencadear um prejuízo ao paciente, pois este real está ligado ao gozo, que não tem cura, mas tem tratamento. Como Lacan disse, não é que a psicoterapia não exerça um certo bem, mas este bem não impede o retorno do pior, ou seja, o retorno do real excluído na busca do bem-estar (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Na melhor das intenções, a psicoterapia se esforça em atenuar a dor da falta-a-ser do sujeito, seja com uma fala, uma resposta, uma interpretação que dê sentido, um bom sentido, ao que aparece ao sujeito como sem sentido e que o angustia terrivelmente. A partir dessa preocupação, o psicoterapeuta aconselha, orienta, compreende e direciona, de modo a devolver ao ego sua função de maestria e controle. Ou seja, ela tenta remediar, mas permanece na esfera da sugestão, na posição de Outro (mestre) que sabe o que é bom e mal para o sujeito.

Na posição de destinatário da demanda, o psicoterapeuta responde para curar a dor. O problema desta posição é que ela parte da ilusão de que existe uma resposta correta para a ausência de saber que atormenta o sujeito em sua dor de existir. Mais do que isso, ela marca a crença ancestral de que haveria um Outro (Todo Poderoso) e suficientemente grande ou capaz de dar conta das mazelas humanas, uma posição fadada à impotência (FINGERMAN & DIAS, 2005). Mas então, se a psicanálise não oferece ou promete a paz ao sujeito, o que se pode esperar do tratamento psicanalítico?

Pode-se esperar a novidade, a contingência, o inesperado. A libertação da obstinação de querer se fundir com o Outro, da solução fantasmática que se repete no sintoma que promete fazer Um com o Outro e devolver a plasticidade à pulsão. Ter a capacidade de descobrir e se permitir novos tipos de satisfação. Como dizia Lacan, não ceder em seu desejo. Ou seja, responsabilizar-se por seu desejo e os limites inerentes a ele (FINGERMAN & DIAS, 2005).

Portanto, os princípios que regem as ações do psicanalista são três termos que caracterizam sua ética: o desejo, seu estatuto inconsciente e a necessidade de um desvelamento que implica num encontro com o desejo. Sendo assim, na medida em que a verdade do sujeito está em seu desejo inconsciente e se a finalidade do tratamento é conduzir o sujeito a ele, nada poderia adiantar do que a experiência analítica lhe revelará. É por que somente o analisando deve decidir qual destino dar ao seu desejo e que o analista deve se abster de tomar partido ou conduzi-lo (BERENGUER et al., 1997).

Se na psicoterapia a interpretação dá sentido ao sintoma, eliminando a demanda por meio da significação; na psicanálise ela serve apenas para sustentar a demanda no nível do desejo. Por isso que a psicanálise fala em Direção do Tratamento e não em Direção do Paciente (NICÉAS, 1997).

O problema das psicoterapias é que elas se apegam ao sentido, que em última instância não tem fim. Ou seja, há um limite numa terapêutica que se reduza ao sentido. Logo, apesar da psicoterapia tratar por meio da palavra, como a psicanálise, ela chega a um limite por não intervir no gozo do sujeito, ou seja, ela constrói uma via que visa atender a demanda sem, no entanto, tratá-la (CECCIA, 1997).

É na existência da demanda que a resolução deste intolerável singular e não generalizável do sintoma toma forma. Não se faz análise somente para diminuir o sofrimento, mas para descobrir sua razão de ser. Diferente da psicoterapia que cala o sintoma, a psicanálise se faz revelando o inconsciente: fazendo o sintoma ser expresso em palavras, o que promove uma mudança na posição do sujeito. Essa mudança tem um sentido de revelação e pode livrá-lo do peso da alienação ao desejo do Outro, da alteridade enquanto um tormento, tornando-se mais autônomo e responsável por quem se é (SOLER, 1997).

Ainda são necessárias muitas pesquisas, debates e produções em conjunto que fomentem a terapêutica de diversas abordagens teóricas em favor de uma prática interdisciplinar que promova a dialética e o movimento e não a criação de ilhas de conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGUIAR, F. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 39, n. 70, p. 105-131, jun. 2006.
- AISENSTEIN, M. Sobre a ação terapêutica da psicanálise no século XXI. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 171-181, set. 2009.
- ALMEIDA, L. P. de; ATALLAH, Raul Marcel Filgueiras. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 203-218, dez. 2008.
- APA - American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- BARATTO, G.; AGUIAR, F. A "psicologia do ego" e a psicanálise freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. *Revista de Filosofia*: v. 19, n. 25, p. 307-331, 2007.
- BASSOLS, M. *El psicoanálisis explicado a los medios de comunicación*. Barcelona: Eolia, 1997.
- BEER, P. A. C. *Questões e tensões entre psicanálise e ciência: considerações sobre validação*. 2015.129 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- BERENGUER E. et al. Ética e Terapia em Psicanálise. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997. p.29–64.
- BESSET, V. L. et al. A Fobia e o Pânico em suas Relações com a Angústia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 15, n. 2, p. 177–180, 1999.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. *Physis: revista de saúde coletiva*, n. 15, p. 203-224, 2005.
- BIRMAN, J. Vale a pena queimar a psicanálise? *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 309-310, 2011.
- BOORSE, C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*. v. 44 n. 4. p. 542–573, 1977.
- _____. A rebuttal on health. In: HUMBER, J.; ALMEDER, R. (eds.). *What is disease?* Nova Jersey: Human Press, 1997. pp. 1-134.
- BRAKEL, L. The placebo effect: Can psychoanalytic theory help explain the phenomenon? *American Imago*, Vol.64: 273-281, 2007.
- CABAS, A. G. Da Clínica da Angústia. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 117–123.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 18-30, abr. 2012.

CAMARGO, L. F. E. Sujeito do desejo, sujeito do gozo e falasser. *Opção Lacaniana on-line*, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: 153 <<http://www.opcaolacaniana.com.br/antigos/pdf/artigos/LFESujei.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

CÁRDENAS, M. H. A prática lacaniana e a Psicanálise aplicada. In: *Opção Lacaniana*, n.38, nov. 2003.

CIACCIA, A. O Laço Social. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 65–73.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

COTTET, S. Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005. p. 11-40.

_____. A aceleração dos efeitos terapêuticos em psicanálise. In: *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005b, p. 41-51.

COTTRAUX, J. (2005). A Psicanálise é uma psicoterapia? In: MEYER, C. *O livro negro da psicanálise. Viver e pensar melhor sem Freud*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia*, v.7, n.1, p.143-149, 2002.

CUTLER, D. M.; EVERETT, W. Thinking outside the pillbox—medication adherence as a priority for health care reform. *New England Journal of Medicine*, v. 362, n. 17, p. 1553-1555, 2010.

DEFULIO, A.; SILVERMAN, K. The use of incentives to reinforce medication adherence. *Preventive medicine*, v. 55, p. 86-94, 2012.

DELGADO, S. M. A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008.

DUNKER, C. I. L. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

_____. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo social*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011b.

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

_____. *A psicanálise é um conhecimento verificável?* Série do Youtube Falando n'Isso, n. 14. Produção de Lucas Buli e Júlia Bulhões. São Paulo: Canal de Christian Dunker no Youtube, 2016.

DUVIDOVICH, E. (Org.). *Diálogos sobre Formação e Transmissão em Psicanálise*. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2013.

ELIA, Luciano. (2004). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FARIA, M. R. Análise... de quem? As entrevistas preliminares no atendimento de crianças. In: BRAUER, J. F. (Org.). *A criança no discurso do outro: Um exercício de psicanálise*. São Paulo: Iluminuras, 1994, p. 37-48.

FERRER, R. La insoportable levedad del psicoanálisis. *La Vanguardia* (Suplemento Ciencia y Salud), Barcelona, 1997.

FERRARI, I. F. A psicanálise no mundo da ciência. *Psicologia em Revista*, vol. 8 n.11, p. 82-91, 2002.

FERREIRA, A. B. D. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo, 2009.

FIGUEIREDO, M. A. D. A psicanálise no hospital geral: possibilidades e impossibilidades. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, v. 4, n. 8, 2009.

FINGERMAN, D.; DIAS, M. M. *Por causa do pior*. São Paulo: Editora Iluminuras, 2005.

FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 253 p.

FORBES, J. (Org.). *Psicanálise ou psicoterapia*. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

FREUD, S. Prefácio à Tradução de De La Suggestion, de Bernheim, 1888. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

_____. (1905) Sobre a Psicoterapia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. VII, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. (1940) Esboço de psicanálise. In: A técnica da psicanálise. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 187-196.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1919) Linhas de progresso na terapia analítica. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1926) A Questão da Análise Leiga: Conversações com uma Pessoa Imparcial. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1933) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações, In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1988, p. 167-191.

_____. (1937). Análise Terminável e Interminável. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1932). Conferência XXXIV. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.135-154.

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

GOULART, A. A. Intersubjetividade e especificidade em psicanálise. *Rev. bras. psicanál.*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 59-70, set. 2009.

GRÜNBAUM, A. *The Foundations of Psychoanalysis: a philosophical critique*. Oakland: University of California Press, 1984.

_____. *Validation in the clinical theory of psychoanalysis: A study in the philosophy of psychoanalysis*. International Universities Press, Inc, 1993.

HORNE, B. Per Via Di Porre ou Per Via Di Levare. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 145–152.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 2: A clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

JÚNIOR, E. S. de O. *A psicanálise e seus efeitos terapêuticos em Freud e Lacan*. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O Legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KALTENBECK, F. Nota sobre a Cura nos Escritos Técnicos de Freud. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 101–106.

KRIPALANI, S.; YAO, X.; HAYNES, R. B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Archives of internal medicine*, v. 167, n. 6, p. 540-549, 2007.

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, J. Para-além do princípio de realidade, 1936. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.83-84.

_____. Formulações sobre a causalidade psíquica, 1946. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 152-194.

_____. Função e campo da palavra e da linguagem, 1953. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 238 -324.

_____. Variantes do tratamento padrão, 1955. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.325-364.

_____. *O seminário, livro 3: as psicoses*, 1955-56. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud, 1957. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____.O seminário, livro 5: As formações do inconsciente, 1957-58. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. A psicanálise verdadeira, e a falsa, 1958. In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 173-182.

_____. A significação do falo, 1958a. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 692-703.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder, 1958b. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 591-652.

_____. *O seminário, livro 7: Ética da psicanálise*, 1959-60. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano, 1960. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 807-842.

_____. *O seminário, livro 9: a identificação*, 1961-62. Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2003. Inédito.

_____. *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, 1953-54. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. *O seminário, livro 10: a angústia*, 1962-63. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*, 1964. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. Do Trieb de Freud e do desejo do psicanalista, 1964a. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 865-868.

_____. *Seminário, livro 12: Problemas Cruciais para a Psicanálise*, 1964-65. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006. Inédito.

- _____. *Le séminaire, livre 13: l'objet de la psychanalyse*, 1965-66. Paris: inédito.
- _____. O lugar da psicanálise na medicina, 1966. *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. Número 32, dezembro de 2001.
- _____. Respostas a estudantes de filosofia, 1966b. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 210-218.
- _____. A ciência e a verdade, 1966a. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.869-892.
- _____. Do sujeito enfim em questão, 1966c. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, pp. 229-237.
- _____. *O Seminário, livro 14: A Lógica do Fantasma*, 1966-67. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2008.
- _____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola, 1967. In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.
- _____. O simbólico, o imaginário e o real, 1967b. In: LACAN, J. *Nomes do pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. *O seminário, livro 16. De um Outro ao outro*, 1968-69. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- _____. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*, 1969-70. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.
- _____. Ato de Fundação, 1971. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 235-247.
- _____. Peço-te que me recuses o que te ofereço, 1972. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012, p. 78-90.
- _____. Televisão, 1974. In: LACAN, J. *Outros Escritos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 508-543.
- _____. *Conferência de 24 de Novembro de 1975, Universidade de Yale*, 1975. Conferências nos EUA. p. 10. Inédito.
- _____. *Apertura de la sección clínica, En Ornicar?*, 1975b. n. 3, Petrel, Barcelona, 1981.
- _____. *Conferencias y Encuentros en las Universidades norteamericanas*. Silicet, 1975c. v. 6, n. 7, Paris: Seuil, 1975c, p. 23.
- _____. *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*, 1975-76. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- _____. “*Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines*”, Scilicet, v. 6, n. 7, Paris: Seuil, 1976, p. 33.

_____. *Le séminaire, Livre 24: L'insu qui sait de l'une bévue s'aile a mourre*, 1976-77. Paris, inédito.

_____. *El Seminario. Libro 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*, 1976-77. Manuscrito no publicado.

_____. *Le séminaire, Livre 25: Le moment de conclure*, 1977-1978. Paris, inédito.

_____. Conclusões: Congresso sobre a transmissão, 1978. *Letra Freudiana*: Escola, Psicanálise e Transmissão, Rio de Janeiro, v. 14, n. 0, p. 65-67, 1995.

_____. *Monsieur A. Ornicar?*, Paris, n. 20/21, p. 17, 1980.

LAIA, S. O sintoma como problema e solução. *aSEPHallus*, v. 3, n. 6, p. 64-72, 2008.

_____. A psicanálise aplicada à terapêutica e a política da psicanálise hoje; Psychoanalysis applied to therapeutics and politics of psychoanalysis nowadays. *aSEPHallus*, v. 5, n. 10, p. 150-161, 2010

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Baptiste. Vocabulário da psicanálise. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.

LAURENT, É.. O analista cidadão. *Curinga/EBP*, Belo Horizonte, n. 13, p. 12-19, set.1999.

_____. Da linguagem pública à linguagem privada, topologia da passagem. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Eólia, n. 42, fev. 2005.

LEICHSENRING, F.; RABUNG, S. Effectiveness of long-term Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of American Medical Association*, v. 300, n. 13, p. 1551-1565, Oct. 2008.

LOUREIRO, L. F. A relação com Deus e o sinthoma: a clínica psicanalítica face ao religioso. *aSEPHallus*, v. 8, n. 15, p. 59-68, 2013.

LOWEN, A. *Bioenergética*. São Paulo: Summus, 1982.

LUALE, L.; BACHMANN, R. *Consideraciones sobre los "efectos terapéuticos" en S. Freud y J. Lacan*. Anuario de investigaciones, vol. 16, p. 97-106, 2009.

LUIZ, A. J. B. Meta-análise: definição, aplicações e sinergia com dados espaciais. *Cadernos de Ciência & Tecnologia*. v. 19 n. 3, p. 407-428, 2002.

MARÇOLA, M. A. et al. O tempo da clínica: dimensão investigativa e terapêutica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 44, n. 2, p. 135-146, 2010.

MARCOS, C. M.; JUNIOR, E. S. de O. O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacaniana. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 17-31, jun. 2013.

MATTOS, S. Variações do Saber e da Verdade. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 131-137.

MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

MCDONALD, H. P.; GARG, A. X.; HAYNES, R. B. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Jama*, v. 288, n. 22, p. 2868-2879, 2002.

MEYER, C. (Dir.). *Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*. Paris, Éditions des Arènes, 2005.

MEYER, C. et al. (Org.). *O livro negro da psicanálise: Viver e pensar melhor sem Freud*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MERLET, A. Lacan médico. In: MERLET, A. *Lacan, você conhece?*. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1998, p. 87-91.

MEZAN, R. Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise? *Natureza Humana*. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 319-359, dez. 2007.

_____. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 39, n. 70, p. 227-241, jun. 2006.

MILLER, J. A. Psicoterapia e Psicanálise. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 9-19.

_____. Saúde mental e Ordem Pública. *Curinga*, Belo Horizonte n. 13, p. 20-31, Set. 1999.

_____. Uma fantasia. *Opção Lacaniana*, São Paulo: Ed. Eólia, n. 42, p. 718, 2004.

_____. (direção). *Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse*. La Conversation de Barcelona. Paris: Navarin, 2005.

_____. A salvação pelos dejetos. *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, vol. 67. São Paulo: EBP, 2010.

MILLER, J. A.; D'ANGELO, L.; FUENTES, A.; GARRIDO, C.; GOYA, A.; RUEDA, F.; VICENS, A. *Efectos terapéuticos rápidos: Conversaciones Clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.

_____. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006.

MOTTA, I. F. Algumas palavras em homenagem ao pai. *Psicologia USP*, v. 15 n.1-2, p. 39-44, jun. 2004.

_____. O gesto espontâneo e a interpretação criativa. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v. 13 n. 2, p. 374-388, jul-dez 2005.

_____. Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras. *Anais do II Colóquio de Psicanálise com Crianças*, p. 109, 2012.

NICÉAS, C. A. Respostas ao Saber Suposto. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1997, p. 21–27.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 15, n. 1-2, p. 83-106, jun. 2004 .

OLIVEIRA, C. O chiste, a mais-valia e o mais-de-gozar. *Revista Lacanianos*. Ano I, n. 1, janeiro-julho, 2008.

ONFRAY, M. *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*. Paris: Grasset, 2010.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

PARIS, M. A. Sobre a ação terapêutica da psicanálise no século XXI. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 43, n. 3, p. 171–181, 2009.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*, 1991. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

REZENDE, J. M. Terapia, Terapêutica, Tratamento. *Revista de Patologia Tropical*, v. 39 n. 2, p. 149-150, 2010.

RIBEIRO, R. J. *Desafios para a ética*. 2004. Disponível em <http://asmayr.pro.br/arquivos/Etica/Desafios_para_a_etica.pdf> Acessado em 22.04.2016.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos, v.1: 1885-1939*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, 496 p.

_____. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RUBISTEIN, A. Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares. *Anuario de investigaciones*, v. 18, p. 133-143, 2011.

SANTIAGO, J. O Mais-Além do Terapêutico na Psicanálise: Lacan e Ferenczi. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas, SP: Papirus, 1997, p. 85–99.

SANTOS, T. C. et. al. *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005.

SANTOS, T. C. dos. Tentativa frustrada de assassinato da psicanálise. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 512-516, 2010.

SARTRE, J.-P. *O Existencialismo é um Humanismo*. Trad. de Rita Correia Guedes. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SEGANFREDO, M. *A fantasia na clínica psicanalítica: travessia e mais além*. 2007. 302 f. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SHEVRIN, H. et. al. Subliminal unconscious conflict alpha power inhibits supraliminal conscious symptom experience. In: *Frontiers in Human Neuroscience*, 2013.

SHEVRIN, H.; FRITZLER, D. Visual evoked response correlates of unconscious mental processes. *Science* 161, p.295–298, 1968.

SHEVRIN, H.; LUBORSKY, L. The rebus technique: a method for studying primary process transformations of briefly exposed pictures. *J. Nerv. Ment. Dis.*, n? vol? p.479–488, 1961.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética*. v. 8, n. 1, p. 55-64, 2000.

SNODGRASS, M.; SHEVRIN, H.; KOPKA, M. The mediation of intentional judgments by unconscious perceptions: the influences of task strategy, task preference, word meaning, and motivation. *Conscious. Cogn.* n? vol? 2, 1993a, pp. 169–193.

_____. Absolute inhibition is incompatible with conscious perception. *Conscious. Cogn.* 2, 1993b, pp. 204–209.

SOARES, E. A psicanálise em extensão e sua intensão. *Revista aSEPHallus*, v. 4, n. 8, p. 96-99, 2009.

_____. O lugar da terapêutica na psicanálise: Freud e Lacan. *Psicologia em Revista*, v.17, n. 2, p. 343-347, 2011.

_____. Freud, Lacan e a terapêutica: considerações preliminares. *Reverso*, ano 34, n. 63, p. 53-58, 2012.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr, 2007.

SOLANO, L. Mudança Psíquica versus Tratamento Analítico. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1997, p. 139–144.

SOLER, C. **A Repetição na experiência analítica**. São Paulo: Ed. Escuta, 2013.

_____. O Intratável. In: *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1997, p. 107–113.

_____. A oferta, a demanda e... a resposta. *Stylus Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 26, p. 15-32, jun. 2013.

TROBAS, L. M. Sintomas da Civilização. In: FORBES, Jorge (Org.). *Psicanálise ou Psicoterapia*. Campinas: Papirus, 1997, p. 75–84.

VALAS, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ZIZEK, S. *Bem-vindo ao deserto do Real!*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.