



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Tatiana Camara Serruya

A transferência na psicanálise e o campo da atenção psicossocial

Rio de Janeiro

2018

Tatiana Camara Serruya

A transferência na psicanálise e o campo da atenção psicossocial

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S489 Serruya, Tatiana Camara.
A transferência na psicanálise e o campo da atenção psicossocial /
Tatiana Camara Serruya. – 2018.
104 f.

Orientadora: Vinicius Anciães Darriba.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Transferência – Teses. 3. Atenção
psicossocial – Teses. I. Darriba, Vinicius Anciães. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Tatiana Camara Serruya

A transferência na psicanálise e o campo da atenção psicossocial

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 11 de julho de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a. Dr^a. Mariana Mollica Ribeiro (Co-orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof^a. Ana Cristina Figueiredo
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a. Nuria Malajovich Muñoz
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro
2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba, pela delicadeza e acolhida durante toda a condução da orientação desse trabalho;

A minha co-orientadora, Prof. Dr. Mariana Ribeiro, pelo incentivo de transformar as questões surgidas na minha prática em escrita e pela parceria;

Aos professores do mestrado, por instigarem a minha curiosidade e o desejo de pesquisar;

Às prof. Ana Cristina Figueiredo e Nuria Malajovich Muñoz, pela participação em minha banca de qualificação e pelos seus apontamentos e questionamentos que fizeram o trabalho progredir em boa direção;

Ao meu analista Abílio Ribeiro, pela escuta cuidadosa, e por possibilitar a descoberta dos caminhos do meu desejo;

Ao André, meu marido, pelo apoio durante a elaboração e escrita deste trabalho;

Aos meus pais, por terem provocado o desejo de estudar psicanálise;

Aos meus irmãos amados, Pedro e Viviane, por serem parte da minha vida e me inspirarem a realizar meus sonhos.

RESUMO

SERRUYA, Tatiana Camara. **A transferência na psicanálise e o campo da atenção psicossocial**. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O presente trabalho de dissertação consiste em aprofundar a problemática do manejo transferencial no contexto da rede de atenção psicossocial, a partir de duas situações clínicas vividas: a primeira no CAPS e a segunda no Serviço Residencial Terapêutico. Destaca a contribuição indispensável da psicanálise ao apontar a função da transferência no tratamento, bem como um modo de operar na clínica que transforme a transferência em motor ao invés de obstáculo. A inclusão da discussão da transferência no contexto institucional pode produzir avanços importantes para os tratamentos realizados na saúde mental, aprimorando a qualidade clínica. Ressalta a supervisão como um espaço de formação que pode permitir aos profissionais reconhecer a transferência, manejá-la e elaborar os impasses que comparecem de forma a continuar o trabalho. São elaboradas ainda considerações que se referem à posição do psicanalista na clínica da atenção psicossocial, apontando os equívocos da demanda e da compreensão antecipada, assim como os engodos da tentativa de fazer o bem. Além de refletir acerca da posição do analista na transferência e o seu manejo na clínica das psicoses a partir do lugar de secretário.

Palavras-chave: Transferência. Atenção psicossocial. Psicose.

ABSTRACT

SERRUYA, Tatiana Camara. **The Transference in Psychoanalysis and the Field of Psychosocial Attention**. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The present work of dissertation is to deepen the problematic of the transference management in the context of the network of psychosocial attention, from two clinical situations lived: the first in the CAPS and the second in the Residential Therapeutic Service. It highlights the indispensable contribution of psychoanalysis in pointing out the role of transference in treatment, as well as a way of operating in the clinic that transforms transference into motor rather than obstacle. The inclusion of the transference discussion in the institutional context can produce important advances for treatments performed in mental health, improving clinical quality. It emphasizes supervision as a training space that can allow professionals to recognize the transference, manage it and elaborate the impasses that appear in order to continue the work. Also elaborated are considerations that refer to the position of the psychoanalyst in the psychosocial care clinic, pointing out the misunderstandings of demand and early understanding, as well as the deceptions of the attempt to do good. In addition to reflecting on the position of the analyst in the transference and its handling in the psychosis clinic from the place of secretary.

Key words: Transference. Psychosocial attention. Psychosis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 UM ESTUDO SOBRE O MANEJO E A FUNÇÃO DO AMOR TRANSFERENCIAL	11
1.1 Recorte clínico: “quando te olho me vejo”	11
1.2 O manejo do amor transferencial: de obstáculo a motor do tratamento ...	15
1.3 A metáfora do amor: uma contribuição lacaniana para o manejo transferencial	20
1.4 As relações entre amor transferencial, resistência e compulsão à repetição	25
1.5 Um pouco mais além: a compulsão à repetição na transferência.....	30
2 SOBRE A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE	34
2.1 Uma leitura freudiana sobre a transferência na psicose.....	34
2.2 A forclusão: uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose.....	41
2.3 A erotomania e as fórmulas freudianas da transferência	46
2.4 O secretário-testemunha: um lugar para o psicanalista na transferência	55
3 A TRANSFERÊNCIA E A POSIÇÃO DO ANALISTA NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	61
3.1 A transferência como questão preliminar à desinstitucionalização: a relação entre a surdez da equipe e a mudez do sujeito	61
3.2 Os equívocos da demanda e da compreensão	64
3.3 A transferência como eixo da clínica	70
3.4 Algumas observações sobre a transferência nas instituições.....	75
3.5 As abordagens da transferência pós-freudiana e algumas semelhanças com as encontradas na saúde mental	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

A clínica psicanalítica deve consistir em interrogar não somente a análise, mas em interrogar aos analistas, a fim de que eles prestem contas do que sua prática tem de arriscado, que justifique a existência de Freud. A clínica psicanalítica deve nos ajudar a relativizar a experiência freudiana.”

Lacan, 1977

A transferência é o pivô da dissertação. A escolha por este tema ocorreu a partir de duas situações clínicas que se deram em tempos diferentes; a primeira enquanto residente em Saúde Mental e a segunda como acompanhante terapêutico, já como profissional da rede de atenção psicossocial inserida no Serviço Residencial Terapêutico. Em função das particularidades de cada situação, três temas são privilegiados na pesquisa concernente à transferência: o manejo do amor transferencial e sua função, a transferência na psicose e as diferentes formas de concebê-la e manejá-la no campo da atenção psicossocial.

A partir da inserção pela primeira vez no CAPS, através da Residência em Saúde Mental, é logo no primeiro contato com sujeitos psicóticos que fui surpreendida por uma transferência erotomaníaca, tendo como ponto ápice a entrega de uma caixinha com duas alianças dentro e um pedido de casamento. Diante desta situação de difícil manejo foi solicitada a ajuda da equipe do CAPS, a qual adotou duas medidas: comunicou ao paciente não ser permitido casar ou namorar com profissionais, e tomou por direção a substituição do profissional de referência.

Apesar da falta de experiência, o manejo realizado transformou-se em uma questão por ser diferente do esperado. A psicanálise toma como pressuposto o fato da transferência fazer parte do tratamento, sendo utilizada para fins terapêuticos do mesmo. Segundo a psicanálise, é o estabelecimento da transferência que determina o início e a continuidade do tratamento, e quando não manejada pode operar como a resistência mais poderosa (Freud, 1912), trazendo impasses difíceis de serem contornados.

Desde o início, a transferência se apresenta a Freud como algo enigmático e ambíguo. É vista por ele (1915 [1914]/1996) como uma substância explosiva que

acarreta um risco àquele que tenta se aproximar e, ao mesmo tempo, é indispensável pelos seus efeitos. A transferência erotomaniaca parece revelar a dimensão perigosa da transferência podendo causar receio, uma vez que pode levar a uma passagem ao ato. Apesar dos riscos, será que este tipo de transferência pode ser uma via de trabalho possível? O manejo transferencial é desde sempre apontado por Freud como o maior desafio e o mais delicado de todos os procedimentos para o psicanalista, tornando-se evidente neste tipo de transferência presente na psicose.

A partir da experiência vivida, a pesquisa toma o manejo realizado por uma perspectiva de aprendizado e como uma oportunidade de avançar sobre a problemática da transferência. É a partir do impasse que se abre a possibilidade de levantar questões. A pergunta formulada após esta vivência e que serviu de instigação para a produção da dissertação é a seguinte: como a equipe de saúde mental concebe e maneja a transferência? Para responder a esta questão foi necessário antes se debruçar sobre o estudo da transferência na psicanálise.

O psicanalista por princípio ético não deve recuar perante a instituição, e incluir a discussão da transferência neste contexto pode trazer avanços para os tratamentos realizados, no sentido de aprimorar a qualidade clínica do trabalho feito pela equipe. A pesquisa tem como objetivo refletir acerca da transferência na prática da atenção psicossocial, problematizando as diferentes formas como ela pode ser concebida e as consequências para o manejo. Pretende-se demonstrar que a psicanálise, por tomar a transferência como um dos conceitos fundamentais para a clínica, pode contribuir para apontar um caminho para o amor transferencial, uma vez que se trata de um destino inevitável do qual não existe escapatória, bem como mostrar os motivos pelos quais se torna essencial para o tratamento, elegendo como principais autores Freud e Lacan.

O primeiro capítulo tem como proposta estudar principalmente o ponto de vista de Freud e é dedicado a ele, que foi quem descobriu a transferência na clínica com as histéricas. Tem como foco maior refletir sobre o manejo do amor transferencial e apontar sua função no tratamento demonstrando às relações entre a transferência, a resistência e a compulsão à repetição.

O segundo capítulo é dedicado à problemática da transferência na psicose. Primeiramente, pretende estudar a perspectiva de Freud. Constata-se que ele foi fisgado pelo modelo da neurose, tendo caído num ponto de partida que utiliza o estudo das neuroses como uma preparação ao entendimento das psicoses. A partir

da teoria da libido, Freud (1914/1996) afirmou que na psicose existe uma ausência de investimento libidinal nos objetos e no mundo e, por esta razão, não há transferência, tendo como consequência uma inviabilidade do próprio tratamento. O analista é, como dizia Freud, rejeitado não com frieza, mas indiferença.

A fim de avançar, foi necessário estudar a forclusão como mecanismo fundamental na psicose, uma vez que é elevado por Lacan como uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. O último ponto trabalhado refere-se a um dos lugares que cabe ao analista na transferência. Aposta-se no lugar de secretário, sugerido por Lacan como uma posição possível a ser ocupada pelo psicanalista. A particularidade desta transferência está implicada na posição de testemunha que o psicótico ocupa diante da sua relação com a linguagem, e ao analista cabe reconhecer isto que é testemunhado pelo sujeito.

O terceiro e último capítulo da pesquisa é estimulado por outra situação clínica, desta vez uma desinstitucionalização de um sujeito que se recusa a sair do hospital psiquiátrico para viver numa residência terapêutica. O caso traz à tona os equívocos de uma demanda antecipada por minha parte, enquanto acompanhante terapêutico, e os engodos da compreensão, destacando a necessidade do estabelecimento transferencial como questão preliminar a qualquer oferta feita pela equipe.

Destaca-se a importância de analisar a tendência assistencialista do CAPS ligada ao desejo de fazer o bem, observado presente na saúde mental. Lacan (1959-60) já advertia que o desejo de querer o bem do sujeito pode desviar o profissional de sua verdadeira função no tratamento. A inclusão da análise transferencial pode ser um divisor de águas que permite ao profissional se manter na posição de um Outro regulado, e assim alcançar a possibilidade do surgimento de um sujeito inédito, como diz Viganò (2002), a partir do laço transferencial.

Problematiza-se o fato de que a tentativa do profissional em atender a demanda da equipe ou do sujeito em tratamento pode representar uma impostura. O desejo do analista supõe um desejo prevenido, o que quer dizer que comporta limites, e não inclui desejar o impossível nem sequer querer representar um saber absoluto. O desejo de decidir o destino do sujeito ou ainda querer fazê-lo se aproximar de seus próprios ideais está fora de cogitação. A tentativa de fazer o bem pode conduzir a várias consequências desastrosas, contrariamente ao que se costuma pensar.

Ainda no terceiro capítulo, explora-se algumas concepções da transferência pós-freudiana com a intenção de mostrar uma semelhança com as abordagens encontradas na saúde mental, entre as quais se destaca: a transferência como um afeto, a transferência a partir da vertente imaginária e a contratransferência.

1 UM ESTUDO SOBRE O MANEJO E A FUNÇÃO DO AMOR TRANSFERENCIAL

Os histéricos e neuróticos: não só recordam acontecimentos dolorosos que se deram há muito tempo, como ainda se prendem a eles emocionalmente; não se desembaraçam do passado e alheiam-se por isso da realidade e do presente. Essa fixação da vida psíquica aos traumas patogênicos é um dos caracteres mais importantes da neurose e dos que têm maior significação prática

Freud, 1910 [1909]/1996, p.33

1.1 Recorte clínico: “quando te olho me vejo”

A situação clínica apresentada a seguir assemelha-se aos casos clínicos freudianos, pois expõe justamente a dificuldade, abrindo para a possibilidade de se aprender com a clínica a respeito da transferência, que é o núcleo da experiência analítica e sua maior opacidade. Lacan (1953-54/2009) ensina: “é [...], na antinomia, na hiância, na dificuldade, que encontramos chances de transparência. É nesse ponto de vista que repousa nosso método e, eu espero, o nosso progresso também” (p.147).

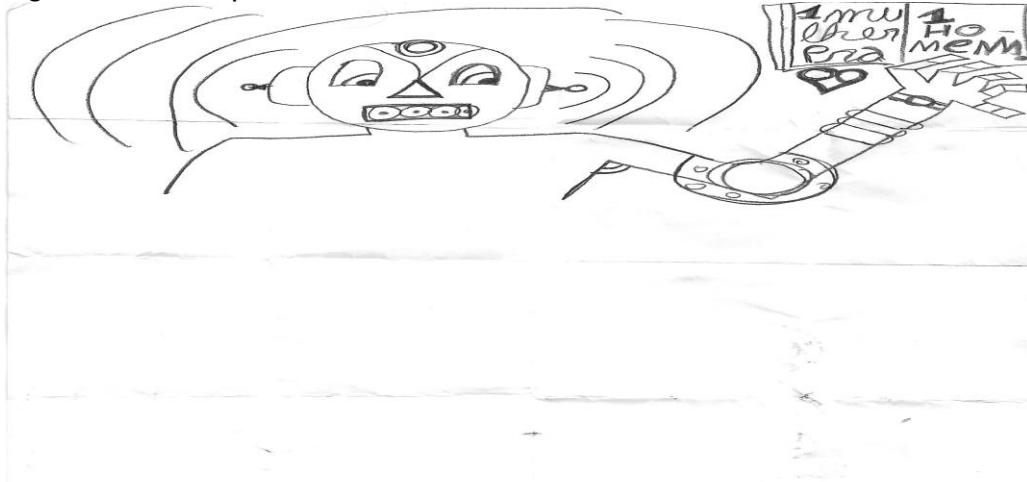
A partir da experiência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), deparei-me, pela primeira vez, com a psicose, mais precisamente com uma transferência erotomaníaca. Nas palavras de Souza (1999): “amor louco, desmesurado, puro desvario” (p.104).

Logo na chegada ao CAPS, primeiro local de estágio durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, reparei a presença de um rapaz que carregava material de construção, pedaços de madeira, entre outros utensílios. Ele os conduzia para dentro e fora do serviço. Imaginei que fosse um profissional que realizava obras. Pouco tempo depois, tive a surpresa de que na verdade se tratava de um paciente. Esta primeira percepção de Vítor¹ como um profissional não foi inteiramente sem sentido. Ele apreciava ser visto como um membro da equipe, como alguém que estava no CAPS para ajudar os outros.

¹
Nome fictício.

Identifiquei tratar-se de um paciente somente ao encontrá-lo participando de uma oficina de desenho. Ao final da atividade, Vítor me pediu para sentar junto dele. Durante a conversa ocorrida, fez o desenho de um robô (fig.1), explicando que este teria a função de me proteger, e expressou sua visão sobre o amor: “para todo homem existe uma mulher”. Afirmou que, “às vezes, a mulher não sabe que determinado homem é sua *cara metade*, mas isso não altera em nada o fato”.

Figura 1 - Robô protetor.



Fonte: Desenho de Vítor, 20 nov.2015.

Pouco tempo depois desse primeiro encontro, Vítor me deu uma caixinha com duas alianças e um pedido para fazer esta escolha: casar ou não, com ele. Após declarar seu amor, insistiu para mantermos segredo, não contar para ninguém, uma vez que imaginava uma tentativa de separação por parte dos outros profissionais da equipe.

Diante dessa transferência *a céu aberto*, com declarações tão diretas e insistentes, comecei a pensar como manejá-la. A ação de um facilitador seria possível, quando se trata o sujeito psicótico em um serviço com uma equipe, de modo a intervir como terceiro, diluindo a transferência que poderia vir a se tornar maciça. A prática quando realizada entre vários permite ao profissional se servir dos outros presentes, expondo o mesmo a uma rasura egoica ao se dar conta de que não se é o único a saber, portanto o conduz a barrar a consistência do Outro, o que “pluraliza a transferência e tempera os efeitos de perseguição e de erotomania relativos a não instauração do sujeito suposto saber para um sujeito psicótico (KUSNIEREK, 2007, p.165).

Após o episódio referente às alianças, a equipe marcou uma conversa com Vítor, para abordar o assunto. Ao longo do atendimento, do qual eu participei, foi dito a ele que não era possível namorar profissionais ou lhes propor casamento. Além de concluir que, neste caso, o melhor seria o meu afastamento.

A direção clínica se transformou numa questão: o manejo realizado diante da transferência erotomaníaca foi normativo ou movido pela necessidade de afastar o sujeito de um laço transferencial, cuja intensidade, impedia a possibilidade de realizar uma manobra na relação terapêutica com o profissional a quem se endereçava? Segundo Sciara (2005), o remanejamento do delírio nos ditos passionais é praticamente impossível quando o postulado se instala logo no início.

Vítor, após o atendimento deu provas da permanência da sua paixão. Ele pensava que eu estava submetida à equipe e, por esta razão, proibida de namorá-lo. No Natal, entregou-me um presente: um vestido junto com uma carta. Nesta, ele escreveu:

Tatiana, Feliz Natal. Do que não te esquece. O Natal consegue aproximar até mesmo a mulher mais fria. Se a tua soubesse como é o meu! Já teria se rendido ao meu amor. Neste Natal eu “ainda” amo! Mais ainda! Até mesmo, quem diz, sem saber, que não me ama! Quando tu souberes o que queres, virás para mim! Pois, eu te quero muito! (carta de Vítor, 18 de dezembro de 2015).

Souza (1999) aponta que, na erotomania, “a esperança é o pathos inexpugnável ao qual o sujeito se agarra e resiste contra tudo e contra todos. Mesmo quando o objeto age de modo a decepcioná-lo, mesmo quando o sujeito crê odiá-lo, ainda assim a esperança subsiste [...]” (p.92). Na carta de Vítor, a esperança está evidente e há uma certeza de ser amado.

Freud (1917[1916-17]/1996), ao trabalhar a questão referente ao delírio, expõe claramente que este não pode ser abalado por argumentos lógicos ou experiências reais. Será por esta razão que o amor de Vítor permaneceu intacto ao manejo realizado? Lacan, em seu *Seminário 3: as psicoses* (1955-56/2010), justifica: “não é de realidade que se trata com ele, mas de certeza” (p. 93).

O psicótico, quando ouve vozes, pode muito bem admitir que só ele ouviu e ninguém mais, pode até mesmo admitir certa irrealidade, mas isto não tem qualquer efeito sobre sua certeza. Lacan (1955-56/2010) assim explica: “Mesmo quando ele se exprime no sentido de dizer que o que sente não é da ordem da realidade, isso

não atinge a sua certeza, que lhe concerne. Essa certeza é radical” (p. 93). No caso da erotomania, Soler (2007) destaca:

Não é que o sujeito psicótico seja rebelde às lições da experiência, ou que raciocine mal, como supunha uma certa psiquiatria. Ao contrário, ele se empenha em ajustar os fatos, em especial os desmentidos que lhe vêm do objeto, e que ele constata tão bem quanto qualquer um, a uma premissa – ele ou ela me ama – que faz com que eles lhes pareçam paradoxais e a qual, por sua vez, é transexperimental, constitutiva de sua relação com o Outro (p.43).

Quando Vítor entregou a carta de Natal junto com o presente, decidi falar sobre o fim do período de estágio no CAPS. Ele rapidamente resgatou o atendimento, no qual foi falado que ele na condição de paciente não poderia se envolver com profissionais que trabalhavam no serviço onde se tratava, e assim, ao saber da minha saída, entendeu que estávamos livres desse impedimento. Escreveu outra carta, após essa notícia, na qual dizia o seguinte: “Eu sei que você vai embora do CAPS: por isso aproveite. E dê uma chance ao nosso relacionamento. Ligue para mim. Eu te amo muito”.

Em uma última conversa com Vítor, perguntei-lhe se já havia se apaixonado por algum outro profissional do serviço, pois sabia que ele já havia apresentado esse tipo de transferência com outras mulheres da equipe e estagiárias. Ele respondeu a pergunta de forma negativa, reafirmando seu amor, chegando a dizer que, quando me olhava se via. Deste modo, mostrou que o objeto amado era ele mesmo, o amor narcísico: “um Outro que não deixa de ser a imagem inflada, magnificada, de si mesmo” (SOUZA, 1999, p.104).

Vítor insistiu na ideia de me namorar, ponderava que eu precisava apenas ter coragem para enfrentar o preconceito, porque muitos questionariam o meu amor, uma vez que ele era pobre, além de ser um paciente. Em uma última carta, escreveu: “Por favor, desculpe eu ter mentido para você. Antes de você aparecer, eu gostava da Valéria², mas não da forma como eu gosto de você. Eu sinto muita tristeza, quando tu me rejeitas. Eu continuo te amando”. A carta seguia, dizendo: “Não deixe que a minha pobreza ou doença nos afaste. Por favor, ligue para marcarmos um encontro fora daqui. Eu preciso de você”.

Essa experiência vivida traz à tona duas perguntas: como manejar o amor que surge no contexto transferencial? Qual a função da transferência no tratamento?

² Nome fictício. Para contextualizar, Valéria era quem atendia Vítor no CAPS, sendo uma de suas referências no tratamento.

Duas questões que serão norteadoras deste primeiro capítulo, o qual privilegiará principalmente as contribuições de Freud que descobriu a transferência na clínica com as histéricas. O foco será tratar sobre a questão do amor transferencial e sua função, não levando em consideração, no percurso teórico, que o ponto de partida é um caso de psicose. No segundo capítulo, pretende-se aprofundar sobre as especificidades da transferência na psicose, considerando devidamente as diferenças em relação a neurose.

1.2 O manejo do amor transferencial: de obstáculo a motor do tratamento

O psicanalista sabe que está trabalhando com forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanta cautela e escrúpulo quanto um químico. Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos?

Freud, 1915 [1914]/1996, p.187-8.

A partir do recorte clínico apresentado, prioriza-se trabalhar a função da transferência no tratamento analítico, e destacar uma saída possível ao amor transferencial desde o ponto de seu manejo. Aposta-se que a psicanálise pode contribuir para o campo da saúde mental no sentido de apontar um caminho para o amor que comparece na clínica.

No artigo intitulado *A dinâmica da transferência*, de 1912, Freud define a transferência como: “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica” (p.111). Em dois termos, um “clichê estereotípico”, constantemente repetido, que, no entanto, é possível alterar frente a novas experiências.

Lacan (1960-61/2010), fazendo referência a Freud, define a transferência como: “alguma coisa que se assemelha ao amor, é assim que se pode, numa primeira aproximação definir a transferência” (p.88). Freud, em suas *Observações sobre o amor transferencial* de 1915[1914], afirma que entre a transferência e o amor não existe diferença radical, sendo semelhantes no plano psíquico.

A noção de transferência implica o seu manejo, a maneira como o analista opera, quando se depara com sua presença. Segundo Freud (1915[1914]/1996), este é o maior desafio para o analista - podendo-se acrescentar o profissional de

saúde mental: “as únicas dificuldades realmente sérias residem no manejo da transferência” (p.177). Ele destaca que, quando a transferência surge, há uma mudança total de cena, como se uma peça de fingimento fosse suspensa pelo aparecimento repentino da realidade. Freud dá como exemplo um grito de incêndio que se dá no meio de uma representação teatral. Qualquer analista que se depara pela primeira vez com essa situação fica alarmado pelo desafio, porém, Freud ressalta que é preciso enfrentá-la com calma.

A transferência impõe diversos impasses que precisam ser manejados para que a análise não se interrompa prematuramente, como ocorreu na análise de Dora, uma dentre as primeiras pacientes histéricas de Freud, pelo fato assim explicado: “não consegui dominar a tempo a transferência” (FREUD, [1905]1901/1996, p.113). Ou ainda: “esqueci de estar atento aos primeiros sinais da transferência” (p.113).

A transferência pode se apresentar de várias formas, tais como uma apaixonada exigência de amor, de ser recebido como filho predileto, ou então num intuito de amizade inseparável. Entre as situações complexas que podem surgir no campo da transferência, Freud ([1915[1914]/1996) seleciona uma em especial, que é quando o paciente se sente apaixonado pelo analista. Segundo Lacan (1953-54/2009), o amor de transferência é o amor-paixão e este tipo de transferência se opõe ao trabalho analítico, apontando para sua relação com a resistência (tema discutido mais adiante).

Freud (1915[1914]/1996) aponta uma saída analítica possível para o amor que surge no contexto transferencial que está para além da visão de um leigo que somente veria duas possibilidades: a união legal ou a separação acompanhada do abandono do tratamento. Segundo a psicanálise, o que impede o envolvimento amoroso entre o psicanalista e o analisante não é um impedimento moral, mas é devido à própria técnica analítica. Esta exige que o tratamento seja realizado na abstinência. Por este termo, Freud quer dizer algo diferente do senso comum, ou seja, de uma privação sexual, deseja apontar para algo que tem relação específica com a dinâmica da própria doença e de sua recuperação. A frustração está na causa do adoecimento psíquico, os sintomas estão no lugar de satisfações substitutivas. Freud sinaliza que a necessidade e anseio do analisante devem perdurar, não serem satisfeitos através de substitutos, justamente por servirem como forças instigadoras através das quais o paciente pode executar mudanças e continuar o trabalho analítico.

O analisante procura novas satisfações substitutas, ao longo do tratamento, após os sintomas terem sido dominados pela análise. Segundo Freud (1919 [1918]/1996), é tarefa do analista opor-se a esse movimento. Existe um tipo específico perigoso que ocorre, quando o paciente tenta colocar o tratamento no lugar onde obtém suas satisfações: “o paciente procura as suas satisfações substitutivas sobretudo no próprio tratamento, em seu relacionamento transferencial com o médico; e pode até mesmo compensar-se, por esse meio, de todas as outras privações que lhe foram impostas” (p.177).

Caso o analista retribuísse o amor que o analisante anseia, isto seria um triunfo para ele, porém, um fracasso para o tratamento. O paciente alcançaria o seu objetivo, teria obtido sucesso em atuar, ou seja, em repetir na vida real o que deveria apenas recordar e reproduzir como material psíquico. Além de que uma situação como essa é tão incompatível que terminaria por fim em remorso, o que estimularia no paciente sua inclinação ao recalamento.

Freud (1915[1914]/1996) faz uma advertência contra qualquer disposição do analista a uma contratransferência, explica que o “enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica” (p.178) e não deve ser visto como uma conquista do analista, como geralmente se compreende uma situação como essa na vida real. Ele ainda alerta que mesmo que a paciente mostre sinais inequívocos de sua afeição e vontade, a responsabilidade é exclusivamente do analista. Como o amor de transferência está intimamente relacionado à resistência (tema trabalhado mais adiante), o analista que estiver propenso a ceder, se surpreenderá por ser chamado à ordem pelo analisante ao se dispor a ser seduzido e colocado em posição canhestra.

Freud (1915[1914]/1996) diz que é “inteiramente impossível para o analista ceder” (p.187) ao amor transferencial. É a partir do momento em que o analista consegue estar acima de qualquer tentação que surge a possibilidade da paciente aprender com ele a ultrapassar o princípio de prazer, e renunciar a uma satisfação que se acha disponível em prol de uma outra que é incerta, mas que é tanto psicológica quanto socialmente aceitável.

Freud dá um exemplo bastante interessante, diz que o analista não deve representar um humorista que numa corrida de cães deu antecipadamente o prêmio final, e que estragou tudo ao arremessar na pista a guirlanda de salsichas. O resultado é óbvio. Os cães esquecem a corrida e a guirlanda, que seria a motivação

para o trabalho, é desperdiçada. Assim é o amor que o analisante pede para ser satisfeito durante o tratamento, mas que deve ser guardado para o final, quando será possível sua compensação na vida, servindo de motor ao longo do tratamento.

Mas afinal, como o analista então se posiciona perante o amor de transferência? Freud (1915[1914]/1996) diz que não se trata de louvar os padrões morais e segui-los no sentido de nunca aceitar ou retribuir o amor que lhe é endereçado. Isso seria uma pura conveniência. O psicanalista deve encarar a situação por uma outra perspectiva, um caminho que não tem modelo na vida real, sendo por uma questão ética e técnica que tal posicionamento se justifica. A alternativa de influenciar o paciente para abandonar o seu desejo justo no momento em que o admitiu seria uma maneira leviana,

Seria exatamente como se, após invocar um espírito dos infernos, mediante astutos encantamentos, devêssemos mandá-lo de volta para baixo, sem lhe haver feito uma única pergunta. Ter-se-ia trazido o reprimido à consciência apenas para reprimi-lo mais uma vez, um susto (FREUD, 1915[1914]/1996, p.181).

Freud (1915 [1914]/1996) aponta que também não pode orientar o analista a tomar um caminho intermediário, no qual ele retribuiria os sentimentos, porém sem oferecer sua complementação física. Há uma contraindicação que reside no fato de o tratamento estar fundado na sinceridade; ao omitir a verdade, o analista está arriscado a aniquilar a sua autoridade. Além do fato de que o analista deve permanecer numa posição de neutralidade, uma vez que ele pode perder o controle ao se deixar levar um pouco pela situação. Freud então conclui: “É, portanto, tão desastroso para a análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito, quanto que seja suprimido” (p.183).

A saída, proposta por Freud (1915[1914]/1996), para o amor transferencial é não retribuir ao amor e também não tentar suprimi-lo, mas “tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes [...]” (p.183). Dessa forma, a transferência se transforma em algo que pode trazer para a consciência o que estava latente na vida erótica. O analista obtém domínio sobre o amor transferencial e extrai dele o seu conteúdo analítico. Deste modo estará ajudando o analisante a adotar a atitude psicanalítica em relação ao amor que sente, mostrando-lhe o elemento notório de resistência.

Entretanto, essa possibilidade não é para todos. Freud (1915[1914]/1996) diz que existem mulheres que não aceitam o psíquico em lugar do material, “trata-se de

mulheres de paixões poderosas, que não toleram substitutos” (p.184). Sendo assim, não há meios de utilizar a transferência erótica como motor do tratamento. Será que essa afirmação é válida para os casos de erotomania, como no caso exposto no início do capítulo?

Freud (1915[1914]/1996) trata a transferência como um destino inevitável da análise. Assim, o abandono do tratamento levaria ao início de outro, por causa do sofrimento não cessado, o que moveria novamente o surgimento da transferência, pois esta está fadada a ocorrer constantemente.

A tentativa de outros tratamentos não analíticos também leva ao amor, porém, este permanecerá oculto e não analisado, deixando de extrair consequências terapêuticas. A psicanálise visa, a partir da transferência: “desvendar a escolha objetual infantil da/o paciente e as fantasias tecidas ao redor dela” (FREUD, 1915[1914]/1996, p.185).

Segundo Freud (1917[1916-17]/1996), a analisante toma o amor como um mecanismo de cura. Assim diz: “elas dizem que sempre souberam que podiam curar-se somente através do amor” (p.442). Porém, uma tentativa de cura desse tipo é inatingível, uma vez que a capacidade de amar do neurótico está comprometida, devido ao recalçamento. Inclusive, Freud (1914/1996) aponta que, quando o analisante passa a utilizar menos seus mecanismos de defesa, há o risco de abandonar a análise para se engajar num projeto terapêutico por meio da relação amorosa: “a fim de escolher um objeto amoroso, deixando que sua cura continue a se processar por uma vida em comum com aquele que ele ama” (p.107). Porém, tal tentativa é insatisfatória, pois traz uma dependência extrema em relação ao parceiro amoroso.

O que marca a diferença entre o amor transferencial e o amor na vida é que, na psicanálise, o primeiro será utilizado como instrumento de trabalho, admitindo-se, segundo Freud (1912/1996), que, estando em análise, esse fenômeno se intensificaria não devido à técnica analítica, mas pela própria neurose do analisando.

Mas o que quer dizer que a transferência está na psicanálise como instrumento de trabalho? Para o psicanalista trabalhar é fundamental que ele saiba em que lugar está sendo colocado pelo analisante, sendo dessa posição que irá fazer suas intervenções. Pode-se esclarecer, com Lacan (1960-61/2010): “Não poderá, então, ocorrer que não seja da posição que lhe é dada pela transferência que o analista analise, interprete e intervenha sobre a própria transferência” (p.219).

A transferência psicanalítica tem a especificidade de ser diferente de outras ligações que envolvem a transferência, como o amor, a religião, a relação médica, a relação de ensino, a relação de espetáculo. Segundo Maurano (2006), o que marca a sua singularidade é que a transferência psicanalítica tem um início e um fim, pois será desmontada ao longo do tratamento:

Na segunda fase, dá-se a resolução da transferência, ela é desmontada de modo que a libido se livra desse objeto provisório que o analista se prestou a ser, e torna-se disponível para novos investimentos, de preferência menos restritos ao quadro fantasmático do sujeito, embora haja sempre um limite irreduzível em jogo (MAURANO, 2006, p.21).

Existem diversas abordagens terapêuticas que são marcadas por especificidades que as diferenciam das demais. Maurano (2006) aponta para a característica ímpar da psicanálise: “É a análise da transferência que institui a diferença-chave entre a psicanálise e outros métodos de que, antes dela, o próprio Freud tinha lançado mão” (p.9).

1.3 A metáfora do amor: uma contribuição lacaniana para o manejo transferencial

O problema do amor nos interessa na medida em que vai nos permitir compreender o que se passa na transferência

Lacan, 1960-61/2010, p. 52

Na tentativa de avançar na questão referente ao manejo do amor no contexto transferencial suscitada pelo caso do Vítor, recorre-se a Lacan para pensar o que vem a ser o amor, e como é possível se servir dele no tratamento. Mais uma vez afirma-se a aposta de que a psicanálise pode contribuir para o campo da saúde mental lançando luz sobre o amor e sua relação com a transferência.

O *Banquete* de Platão foi a escolha de Lacan (1960-61/2010) para trabalhar o tema da transferência no Seminário 8. Assim ele destaca sua relevância: “É aí que se vai esclarecer, da maneira mais profunda, não tanto a questão da natureza do amor, e sim a questão que nos interessa aqui, a saber, de sua relação com a transferência” (p.40).

Em relação ao tratamento analítico, Lacan faz uma crítica à tentativa dos pós-freudianos de organizar aquilo que se passa na análise em torno da noção de

situação. Ele destaca que se fosse considerá-la uma situação é somente como uma bem falsa que ainda está por vir, sendo a situação própria do amor. A posição do amor na sociedade é uma “posição precária, posição ameaçada, vamos dizer logo posição clandestina” (LACAN, 1960-61/2010, p.26) e na relação analítica essa posição se torna ainda mais ambígua, uma vez que “é uma experiência estruturada por algo de artificial” (1955-56/2010, p.17).

Segundo Lacan (1960-61/2010), o analista deve dar testemunho, assim como Sócrates, de que sabe algo sobre o que é amar. A partir do caso do Vitor, pode-se demonstrar a sua importância para a clínica, uma vez que o amor e a transferência estão entrelaçados, como ressalta Lacan: “o fenômeno da transferência é considerado imitar ao máximo, até mesmo chegando a confundir-se com ele: o amor” (p.54). Porém, para Lacan existe um buraco na literatura analítica sobre o que é amar e é de surpreender que a psicanálise não tenha dado uma contribuição significativa a tradição que existe há séculos de debater o que vem a sê-lo:

Não será ainda um outro motivo de espanto que nós, analistas, que nos servimos dele, que só temos essa palavra na boca, se possa dizer que, no que se refere a essa tradição, apresentamo-nos verdadeiramente como os mais despossuídos, desprovidos de toda tentativa, mesmo parcial, nem digo de revisão, de acréscimo ao que se pesquisou durante séculos sobre este termo [...] ? (1960-61/2010, p.26-27)

Lacan (1960-61/2010) privilegia o personagem Sócrates para falar sobre a transferência: “O segredo de Sócrates estará por trás de tudo o que diremos este ano sobre a transferência” (p.16). A posição dele está próxima à esperada do analista quando se trata do manejo transferencial. Sócrates é aquele que não tem nenhuma pretensão de saber, a não ser saber reconhecer o que é o amor, em outros termos o que configura a posição do amante e do amado. Apesar dele saber sobre o amor, só consegue falar das coisas que dizem a esse respeito a partir de seu não saber. Essa posição parece oportuna para o profissional de saúde mental ocupar perante o amor transferencial, no sentido de não ocupar um lugar de saber antecipado que pode conduzir a um fechamento para as surpresas e a adoção de condutas estereotipadas que não incluem a particularidade de cada caso. O interessante é colocar o amor no lugar de um enigma, como faz Sócrates ao lançar perguntas essenciais: Amor é amor de alguma coisa? Amar e desejar alguma coisa é possuí-la? A partir de suas provocações aponta a falta como sendo constitutiva da relação amorosa:

[...] neste caso, como em qualquer outro, onde o objeto do desejo, para aquele que experimenta esse desejo, é algo que não está à sua disposição, e que não está presente, em suma, alguma coisa que ele não possui, algo que não é ele mesmo, algo de que está desprovido, é desse tipo de objeto que ele tem desejo, tanto quanto amor (Lacan, 1960-61/2010, p.149).

Lacan faz uma comparação entre Freud e Sócrates apontando que ambos têm em comum o fato de serem senhores do temível deus Eros, uma vez que se lançam à empreitada de servi-lo para melhor servir-se dele. Mas Lacan interroga sobre qual seria a finalidade disto: servir-se de Eros para quê? O neurótico é aquele que quer ser amado e a análise visa abrir a via para o sujeito amar. O analista coloca como o fim de sua ação não o bem do analisante, mas justamente Eros. Isto é, o analista não é aquele que está ali para o bem do analisante, mas para que ele ame. Para que ele, a partir do lugar do amado (*érômenos*) aceda ao lugar daquele que ama (*érastès*). Na saúde mental, às vezes se observa o profissional mais próximo da posição de fazer o bem, o que pode desviá-lo de sua verdadeira função ao longo do tratamento (tema trabalhado mais especificamente no terceiro capítulo).

Segundo Lacan (1960-61/2010), a estrutura do amor é composta pela posição do amante e do amado, e é a partir daí que se pode articular o que está na base do problema, que é justamente o fato de ambos permanecerem no nível da falta: “O que falta a um não é o que existe, escondido, no outro” (p.56).

A marca singular que caracteriza o *érastès*, o amante, é aquilo que lhe falta. Sócrates lança como questão: “O que falta àquele que ama?” (LACAN, 1960-61/2010, p.162) O amante não sabe o que é que lhe falta, um não saber próprio ao que é inconsciente. Por outro lado, o *érômenos*, o amado, é aquele que não sabe o que tem e que constitui o motivo de sua atração, havendo algo de escondido: “como nas bonecas russas havia outra coisa, não sabemos direito o quê, mas certamente eram coisas preciosas” (p.54). Na erotomania como é o caso do Vítor, vale indicar que a posição do sujeito é de amado/*érômenos*, sendo justamente o objeto do amor.

O amado é aquele que possui o *agalma*, noção segundo Lacan (1960-61/2010) propriamente analítica. O *agalma* é o que o amado tem de desejável, objeto indefinível e evidencia que o mais importante não é o que está fora. O *agalma* é “o objeto precioso – algo que está no interior” (p.177). O amado, assim como o amante também não sabe, mas com a diferença de que não sabe aquilo que tem. Entre o amante e o amado não existe uma correspondência, uma vez que o que falta a um não é o que está velado no outro. Isto constitui a natureza do problema do

amor, tendo em seu âmago uma discordância entre o amante e o amado. Não se trata de um encontro feliz, de um encaixe perfeito em que um é a metade que faltava ao outro para alcançar a sonhada plenitude, daí a fórmula lacaniana do amor: “amar é dar o que não se tem” (p.167).

Neuza Santos (1999) aponta que a erotomania não é simplesmente delírio, mas também amor, no sentido de guardar uma semelhança com o que todo amor tem de parecido. Assim diz:

É amor, sim. E é amor no que todo amor, todo amor nascido de Eros, é busca de totalização, tendência ao *um*, *um* da completude perdida, *um* da unidade quebrada. É certo que amor é busca, não é fusão; é incompletude e não, completude e, que a erotomania comporta um tempo onde a fusão e a completude se realizam. Isso é delírio, é certo, mas que amor, que amor paixão, não vive esse delírio? (p.104)

Para Lacan (1960-61/2010), portanto, o amor é uma metáfora, um significante, existindo uma substituição que dá ao amor sua significação: “É na medida em que a função do *érastès*, do amante, na medida em que ele é o sujeito da falta, vem no lugar, substitui a função do *érôménos*, o objeto amado, que se produz a significação do amor” (p.57). No Banquete, o amante significa também aquele que deseja, e no amor ocorre uma reviravolta em que o amado torna-se amante e, assim, desejante. Existe uma discordância entre o amor na neurose e na psicose como indicado por Czermak (1998): “o amor do psicótico não tem uma significação engendrada por uma metáfora, não é uma substituição do lugar de uma falta” (p.30), o que leva à necessidade do analista de manejá-lo de modo diferente. Lacan usa um mito para ilustrar a metáfora do amor:

Esta mão que se estende para o fruto, para a rosa, para a acha que se inflama de repente, seu gesto de pegar, de atrair, de atçar é estreitamente solidário à maturação do fruto, à beleza da flor, ao flamejar da acha. Mas quando nesse movimento de pegar, de atrair, de atçar, a mão foi longe o bastante em direção ao objeto, se do fruto, da flor, da acha, sai uma mão que se estende ao encontro da mão que é a de vocês, e neste momento é a sua mão que se detém fixa na plenitude fechada do fruto, aberta da flor, na explosão de uma mão em chamas – então, o que aí se produz é o amor (1960-61/2010, p.72-73).

Lacan (1960-61/2010) diz que o mito está associado com algo do real que é inexplicável e sublinha que é enigmático que o que quer que seja responda ao desejo: “A mão que surge do outro lado é o milagre” (p.73). A estrutura do amor formada pelo amado e o amante não é de simetria e de retorno, porque no momento em que a mão se estende é em direção a um objeto.

Lacan (1960-61/2010) aponta para a parcialidade do objeto na relação amorosa. Para ele, a função do objeto parcial é uma das descobertas mais relevantes da psicanálise. É a parcialidade do objeto que faz emergir o desejo humano enquanto tal. Na relação de amor há uma tentativa de tapeação ao fazer coincidir o amor e o desejo, como se fosse possível ao objeto amado satisfazer por inteiro o desejo, tendo aí uma visada que é totalizante e imaginária, o que faz Lacan (1964/2008) afirmar: “se há domínio em que, no discurso, a tapeação tem em algum lugar chance de ter sucesso, é certamente no amor que encontramos seu modelo” (p.132).

O amor tenta cobrir o caráter insuportável do desejo: “Ao persuadir o outro de que ele tem o que nos pode completar, nós nos garantimos de poder continuar a desconhecer precisamente aquilo que nos falta” (LACAN, 1964/2008, p.132). Porém há sempre um resto, algo que fica faltando, e Lacan (1960-61/2010) provoca ao questionar: “Será que nunca lhe chamou a atenção que num dado momento, naquilo que vocês deram aos que lhes são mais próximos, alguma coisa faltou?” (p.53)

No processo analítico, o analisante busca saber o que tem e desconhece, mas o que vai encontrar é o que lhe falta: “É como aquilo que lhe falta que se articula o que ele vai encontrar na análise, a saber, seu desejo (LACAN, 1960-61/2010, p.89)”. Durante uma análise, busca-se realizar uma passagem do amor ao desejo, sendo o amor apenas um meio para se alcançar um fim, que é a condição desejante.

É entre Alcibíades e Sócrates que Lacan encontra uma semelhança com aquilo que se passa na transferência analítica. Alcibíades declara ficar num estado de posseção mediante as palavras de Sócrates. Assim diz:

quando é você que se ouve, ou mesmo suas palavras relatadas por um outro, ainda que quem as relate seja [...] justamente, um homenzinho de nada, o ouvinte, seja ele mulher, homem ou adolescente, fica perturbado, como que atingido por um golpe, e, para falar propriamente [...] somos possuídos por isso. (LACAN, 1960-61/2010, p.195)

É nesse ponto que Alcibíades localiza em Sócrates o agalma, o objeto precioso que desperta o seu desejo. Alcibíades pede a Sócrates um sinal de seu amor mesmo que saiba ser amado. No entanto, Sócrates (assim como o analista) se recusa a entrar no jogo do amor, pois ele sabe do que se trata: “é porque Sócrates sabe que ele não ama”; sendo assim, a metáfora do amor não se produz (LACAN, 1960-61/2010, p.196).

Mas, afinal o que Sócrates sabe? Ele sabe que não possui o objeto precioso, indefinível que faz Alcibíades o amar. Sócrates diz bem claramente: “aqui onde você vê alguma coisa, eu não sou nada” (LACAN, 1960-61/2010, p.197). Eis aí a posição do analista e que poderá ser adotada por profissionais da saúde mental. No caso do Vítor, convém a equipe não identificar a técnica a quem se endereçava a transferência erotomaníaca como aquela que possui o agalma. Ou seja, acolher uma atitude sugerida por Freud (1915 [1914]/1996) no sentido de não atribuir aos próprios encantos a causa do amor de transferência. Lacan (1960-61/2010) brinca com isso e pergunta jocosamente: “Quem já ouviu falar de um analista encantador?” (p.24) E em seguida diz que na análise o encanto é um inconveniente.

É porque Sócrates sabe que ele se recusa a ser aquele que é merecedor de ser amado. Para ele, não existe nada nele de desejável, amável: “sua essência é esse vazio, esse oco” (LACAN, 1960-61/2010, p.198). Se ele não dá o sinal de seu amor a Alcibíades é porque se recusa a se identificar como aquele que é o objeto do desejo e aponta para outro lugar, tendo essa intervenção o caráter de uma interpretação. Assim, Sócrates diz para Alcibíades: “tudo o que você acaba de dizer de tão extraordinário foi para Agatão que o disse” (p.191). Isto constitui uma lição primordial para lidar na clínica com o amor de transferência, não somente para o analista, mas também para o profissional de saúde mental, uma vez que o amor comparece independentemente.

Sócrates toma o amor de Alcibíades, tal como deve fazer o analista, como amor de transferência e o conduz ao plano do desejo. Assim ressalta Lacan (1960-61/2010): “Pelo simples fato de haver transferência, estamos implicados na posição de ser aquele que contém o agalma, o objeto fundamental de que se trata na análise do sujeito” (p.243). Ele aponta que é logo no início da análise que o analista é visto como digno de interesse e de amor, não existindo nenhuma contraindicação mesmo quando isso ocorre de modo muito rápido. Só há na verdade contraindicação quando o analista coloca seu agalma no analisante: “É aí que se coloca a questão do desejo do analista, e, até certo ponto de sua responsabilidade” (p.244).

1.4 As relações entre amor transferencial, resistência e compulsão à repetição

Freud (1917[1916-17]/1996) aponta que o amor transferencial não é um fenômeno contingencial, um acaso ou uma eventualidade que pode ou não ocorrer

durante o tratamento, mas algo que ocorre invariavelmente. Assim, ele diz com humor:

[...] até mesmo quando senhoras de idade madura se apaixonam por homens de barba grisalha, até mesmo onde, conforme julgamos, não há nada, de espécie alguma capaz de atrair – então devemos abandonar a ideia de uma perturbação casual e reconhecer que estamos lidando com um fenômeno intimamente ligado à natureza da própria doença (p.443).

A transferência exerce uma função específica durante o tratamento, sendo, por sua relação íntima com a resistência, definida como tudo aquilo que atrapalha a continuidade do tratamento, que se pode deduzir o motivo pelo qual ela necessariamente ocorre. Uma vez que a resistência acompanha o tratamento do início ao fim, a transferência surge inevitavelmente. Segundo Lacan (1964/2008), “a transferência tende a se exercer no sentido do fechamento do inconsciente” (p.259). Quando o analisante se apaixona pelo analista, ele perde todo o interesse no tratamento, e não quer falar ou ouvir sobre outro assunto que não seja sobre o seu amor, ficando aí absorvido.

Freud (1915 [1914]/1996) sublinha que é justamente no momento em que a resistência surge que a transferência entra em cena: “ocorre muito regularmente na ocasião precisa em que se está tentando levá-la a admitir ou recordar algum fragmento particularmente aflitivo e pesadamente reprimido da história da sua vida” (p.180). Ele (1912/1996) destaca o papel da transferência em relação à resistência, chegando a fazer uma junção entre as duas, a que nomeia de *resistência transferencial* (p.115, grifo nosso). Ele diz ainda que “a intensidade e a persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (p.116).

Um dos exemplos freudianos para mostrar a transferência como resistência à análise é quando as associações de um paciente faltam. Pode-se então inferir que este está sendo dominado por algum pensamento relacionado ao analista. Freud (1912/1996) inicialmente constata a presença da transferência como um obstáculo, por ser a “*resistência mais poderosa ao tratamento*” (p.112, grifo nosso), sendo necessário o seu manejo para que se torne “*veículo de sucesso*” (p.117, grifo nosso):

Quanto mais um tratamento analítico demora e mais claramente o paciente se dá conta de que as deformações do material patogênico não podem, por si próprias, oferecer qualquer proteção contra sua revelação, mais sistematicamente faz uso de um tipo de deformação que obviamente lhe concede as maiores vantagens – a deformação mediante a transferência. Essas circunstâncias tendem para uma situação na qual, finalmente todo

conflito tem de ser combatido na esfera da transferência (FREUD, 1912/1996, p.115).

Surge então uma questão fundamental: como superar as resistências que aparecem ao longo de uma análise? Freud ([1917[1916-17]/1996) aponta que muitas vezes não basta revelá-las ao paciente, a maneira pela qual se pode superá-las é a partir da própria transferência. Aí está a ambiguidade, pois, ao mesmo tempo em que a transferência surge como resistência, é ela própria que permite superar a resistência.

Freud (1912/1996) aponta que a transferência aparece no tratamento como dissociada da realidade, destaca que o paciente é “arremessado para fora de sua relação real com o médico” (p.118). Ele explica que isso se deve à estreita relação da transferência com a libido, que o mecanismo da transferência é o mesmo da libido.

Os impulsos da vida erótica na neurose não passaram por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Existe uma parte da libido que está dirigida para a realidade, sendo consciente, enquanto outra parte se manteve apartada da realidade e da consciência, permanecendo inconsciente e assim alimenta as fantasias do sujeito. Como destacado por Freud (1912/1996), “a libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagos infantis do indivíduo” (p.114).

O tratamento analítico tem como função rastrear a libido para torná-la consciente e útil à realidade. Quando a análise se aproxima da libido inconsciente, surge um conflito, as forças que levaram a libido a regredir se colocarão como resistências.

Ainda segundo Freud (1912/1996), existe um estado de prontidão da libido na neurose, por existir uma insatisfação pulsional. A libido incluirá o analista como objeto de investimento: “é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a pessoa do médico” (p.112). Em outras palavras, o analisante colocará o analista como objeto de seus impulsos emocionais.

Freud, nessa mesma obra, mostra-se bastante perplexo com a transferência, que para ele é um enigma, pois, ao mesmo tempo em que a transferência pode servir à resistência, também poderá auxiliar nas confissões. Lacan (1960-61/2010) reafirma: a transferência como sustentáculo da ação da fala.

No artigo *Sobre o início do tratamento*, de 1913, Freud ressalta que a primeira tarefa do tratamento é justamente ligar o paciente ao analista. O autor assegura que, para alcançar tal objetivo, nada precisa ser feito, a não ser dar o tempo necessário para que isso ocorra. Ele condena alguns psicanalistas que preparam o analisante para o surgimento da transferência, ou aqueles que tentam provocar o seu início, privando a transferência de seu elemento fundamental, que é a espontaneidade.

Segundo Freud (1913/1996), somente após o estabelecimento da transferência é que o analista deve fazer suas comunicações ao paciente. Lacan (1964/2008) aponta para a ambiguidade que existe aí: “Estamos presos em esperar esse efeito de transferência para poder interpretar, e, ao mesmo tempo, sabemos que ele fecha o sujeito ao efeito de nossa interpretação” (p.246).

Freud (1914/1996), em seu artigo *Recordar, repetir e elaborar*, aponta que o objetivo central de uma análise é preencher as lacunas da memória. Para alcançar tal meta, é necessário superar as resistências que surgem devido ao recalque. Ele destaca que o processo de recordar, na hipnose, era muito simples, não havia uma confusão entre uma situação anterior com a atual; o passado e o presente pareciam facilmente diferenciáveis. A partir do abandono da hipnose, com o método psicanalítico, o recordar assume uma nova faceta, que Freud (1914/1996) chama de compulsão à repetição: “Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar” (p.166).

Com fins de ilustração, Freud relata, nesse mesmo artigo, um caso em que o paciente se mostra como alguém desafiador e crítico com o analista, da mesma forma como se comportava em relação aos pais, só que ele não se recorda disso e repete a mesma posição. Ele ressalta que o paciente invariavelmente começa o tratamento por uma repetição. Lacan (1960-61/2010) reforça o pensamento freudiano: “a presença do passado, pois, tal é a realidade da transferência” (p. 219), destaca que o papel da psicanálise é a reintegração do passado (1953-54/2009). Freud (1914/1996) teve a sensibilidade para perceber algo particular na repetição que ocorre na análise e observa:

[...] o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como uma lembrança, mas como ação; repete-o, sem naturalmente, saber que o está repetindo (p.165).

Freud (1914/1996) sublinha que aquilo que interessa é compreender as relações entre a compulsão à repetição, a transferência e a resistência. Ao contrário da rememoração que acontecia na hipnose, onde tudo fluía tranquilamente como um experimento de laboratório, na psicanálise o recordar nem sempre é tão inofensivo. Apesar disso, Freud (1920/1996) destaca que não há como escapar dessa parte do tratamento. O analista, a fim de evitar um dano, deve auxiliar o analisante a perceber a partir de um certo distanciamento em relação àquilo que ele reproduz, que se trata de uma repetição:

O médico não pode, via de regra, poupar ao paciente essa face do tratamento. Deve fazê-lo reexperimentar alguma parte de sua vida esquecida, mas deve também cuidar, por outro lado, que o paciente retenha certo grau de alheamento, que lhe permitirá, a despeito de tudo, reconhecer que aquilo que parece ser realidade, é, na verdade, apenas reflexo de um passado esquecido (FREUD, 1920/1996, p.30).

A transferência é uma parte da repetição, ela evoca um fragmento da vida real, por isso nem sempre é inócua. A repetição, por sua vez, Freud define como uma transferência do passado esquecido, que não se restringe à relação com o analista, mas inclui todos os aspectos da vida atual. A compulsão à repetição é mais intensa quanto maior a resistência, esta define também a sequência do material que deve ser repetido. O manejo da transferência é o principal instrumento para interromper a compulsão à repetição e transformar numa causa para recordar. É possível tornar a compulsão à repetição em algo útil, dando-lhe o direito a um campo específico – o da transferência – para se manifestar. Freud (1914/1996) chega a chamar a transferência de “*playground*”, onde é possível a compulsão à repetição se presentificar (p.169).

O desafio imposto à psicanálise é que os impulsos inconscientes lutam para se descarregarem na esfera motora e não para serem recordados no campo psíquico. De acordo com Freud (1912/1996), “o paciente encara os produtos do despertar de seus impulsos inconscientes como contemporâneos e reais; procura colocar suas paixões em ação sem levar em conta a situação real” (p.119). O analista coloca os impulsos emocionais em contexto com o tratamento, considerando a história do analisante para esclarecê-los em referência ao seu valor psíquico.

A partir do tratamento analítico e da transferência estabelecida com o analista, os sintomas ganham novo significado transferencial. Segundo Freud (1917[1916-

17]/1996) haverá substituição da neurose antiga por uma “*neurose de transferência*”, que é artificial em relação à primeira e aberta à intervenção: “ocorre a totalidade da produção de sua doença concentrar-se em um único ponto – sua relação com o médico” (p.445). Como ressalta Cottet (1989): “o analista passa a ser o sintoma a analisar, novo corpo estranho que o eu tentar assimilar” (p.136).

É necessário salientar que a transferência não representa uma simulação, mas uma ficção. Segundo Lacan (1960-61/2010), há na transferência uma reprodução e, como se trata de uma reprodução em ato, existe algo de criador. O que é criado é uma ficção, segundo suas próprias palavras: “Na transferência, o sujeito fabrica, constrói alguma coisa” (p.220). O precioso da psicanálise é proporcionar ao sujeito a possibilidade de ir além da repetição.

Lacan (1953-54/2009) indica que é justamente a reconstituição da história do sujeito que é o ponto fundamental do processo analítico. Ele enfatiza que o mais importante não é tanto o sujeito reviver ou rememorar os eventos constitutivos de sua história, mas o que verdadeiramente conta é o que o sujeito reconstrói: “[...] o acento recai sempre mais sobre a face da reconstrução que sobre a face da revivescência [...]” (p.24). Ainda em Lacan, “[...] o de que se trata é menos lembrar do que reescrever a história” (p.24).

1.5 Um pouco mais além: a compulsão à repetição na transferência

Freud, em seu artigo *O estranho*, 1919, interroga-se a respeito de uma questão fundamental: o que torna algo familiar de repente estranho? Geralmente existe uma tendência a compreender o estranho como aquilo que é novo e não familiar. No entanto, Freud consegue ir além dessa equivalência habitual, aponta que o familiar se torna estranho a partir do processo de recalque. O estranho é justamente o recalado que retorna, o estranho não é o novo, mas algo familiar ao sujeito que se distanciou dele a partir da ação do recalque.

O amor transferencial tem a propriedade do estranho/familiar, este amor revela algo do passado esquecido que retorna na relação analítica. Freud (1915[1914]/1996) diz que o amor na transferência assume um caráter compulsivo. Ele ressalta que o amor transferencial tem menos liberdade do que o amor que comparece na vida, uma vez que assume uma dependência maior do padrão infantil, sendo menos flexível e capaz de alteração. Assim ele diz que esse amor “não exige

uma só característica nova que se origine da situação atual, mas se compõe inteiramente de repetições e cópias de reações anteriores, inclusive infantis” (p.185).

Em *Além do princípio de prazer*, Freud (1920/1996) retoma o tema da compulsão à repetição e observa que existe algo de enigmático na vida de todos, que é justamente a presença de uma “*perpétua recorrência da mesma coisa*” (p.33, grifo nosso):

Assim, encontramos pessoas em que todas as relações humanas têm o mesmo resultado [...], o homem cujas amizades findam por uma traição por parte do amigo; o homem que, repetidas vezes, no decorrer da vida, eleva outrem à posição de autoridade particular ou pública e depois, após certo intervalo, subverte essa autoridade e a substitui por outra nova; ou, ainda, o amante cujos casos amorosos com mulheres atravessam as mesmas fases e chegam à mesma conclusão (FREUD, 1920/1996, p.32-33).

Esses modos de relação se repetirão na própria transferência, na qual uma pessoa anterior será substituída pelo analista, como diz Freud (1905[1901]/1996): “[...] toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico” (p.111). Ele já havia ressaltado o caráter repetitivo da transferência, tanto em a *Dinâmica da transferência* (1912/1996), quando fala dos clichês estereotípicos, quanto em *Recordar, repetir e elaborar* (1914/1996), em que ressalta o caráter compulsivo da repetição.

A novidade, em *Além do princípio de prazer* (1920/1996), é a suposição de que existe uma compulsão à repetição que pode ser poderosa o suficiente para desprezar o princípio de prazer e que é irredutível ao retorno do recalcado. Assim Freud observa: “a tarefa de dominar ou sujeitar as excitações, teria precedência, não, na verdade, em oposição ao princípio de prazer, mas independentemente dele e, até certo ponto, desprezando-o” (p.46). Este tipo de compulsão à repetição que aponta para “algo mais primitivo, mais elementar e instintual” (p.34) está presente na transferência.

Para Freud (1920/1996), o aparelho psíquico tem como direção uma redução da tensão, ou seja, tem como objetivo evitar o desprazer ou produzir o prazer, sendo este vinculado a uma diminuição na quantidade de excitação, e o desprazer, a um aumento. Lacan (1969-70/1992) nomeia o princípio de prazer como o “princípio da menor tensão” (p.44).

Freud (1920/1996) esclarece que é incorreto afirmar que existe uma dominância do princípio de prazer sobre o curso dos eventos psíquicos, pois, se isto de fato existisse, o prazer seria sentido com maior frequência do que ocorre na

realidade. O que se pode apontar é uma tendência no sentido do princípio de prazer, que é contrariada a todo momento por diversas forças e circunstâncias. Freud destaca duas: a primeira se relaciona com o fato de o princípio de prazer ser substituído pelo princípio de realidade; a segunda, com o recalque que transforma uma possibilidade de prazer em fonte de desprazer.

Antes de *Além do princípio de prazer*, 1920, a compulsão à repetição estava relacionada ao princípio de prazer. Segundo Freud, a compulsão é atribuída ao recalcado inconsciente e que esse não oferece nenhuma resistência aos objetivos do tratamento: “não se esforça por outra coisa que não seja irromper através da pressão que sobre ele pesa e abrir seu caminho à consciência” (p.30). A resistência é atribuída ao eu, a mesma instância que provocou o recalque, e está em sintonia com o princípio de prazer: “ela busca evitar o desprazer que seria produzido pela liberação do recalcado” (p.31).

O desprazer sentido pelo eu quando ocorre a manifestação de impulsos recalcados na compulsão à repetição é de um tipo que não contradiz o princípio de prazer, pelo fato de que constitui “desprazer para um dos sistemas e, simultaneamente, satisfação para outro” (FREUD, 1920/1996, p. 31).

O novo ângulo introduzido por Freud em 1920 foi realçar que existe um tipo de compulsão à repetição que ocorre na transferência que rememora experiências do passado que nunca foram sentidas como prazerosas e, portanto, estão para além do princípio de prazer. Em vista disso, é enigmático o fato de estas vivências traumáticas não virem na forma de lembranças ou sonhos, uma vez que assim acarretariam menos desprazer do que sendo vividas como experiências novas. Assim,

Chegamos agora a um fato novo e digno de nota, a saber, que a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer, e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos (FREUD, 1920/1996, p.31).

Freud, nesse mesmo artigo, afirma que há uma série de “situações indesejadas e emoções penosas” (p.32) que são repetidas na transferência, o que faz ele concluir que nada deve ter sido aprendido do passado no sentido de que tais experiências só levam ao desprazer. Ele ressalta que a compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer pode ser encontrada também na vida cotidiana de

peessoas fora da análise, o que as leva à suposição de que estão sendo perseguidas por um destino maléfico ou submetidas a algum poder demoníaco.

Porém, a psicanálise aponta que mesmo no caso dos destinos devastadores existe uma trama da própria pessoa, que é influenciada por experiências infantis primitivas: “Grande parte do que poderia ser descrito como compulsão do destino parece inteligível numa base racional, de maneira que não temos necessidade de convocar uma nova e misteriosa força motivadora para explicá-la” (FREUD, 1920/1996, p.34).

Quando a compulsão à repetição ultrapassa o princípio de prazer, como Freud (1920/1996) sublinha, que é o caso da transferência, ele chama atenção para sua aparência demoníaca. Ele diz então que é justamente por este caráter da compulsão à repetição que as pessoas podem sentir medo de iniciar um tratamento analítico, bem como ser o fator que dificulta o fim da análise:

No caso de uma pessoa em análise, pelo contrário, a compulsão à repetição na transferência dos acontecimentos da infância evidentemente despreza o princípio de prazer sob todos os modos. O paciente comporta-se de modo puramente infantil e assim nos mostra que os traços de memória reprimidos de suas experiências primeiras não se encontram presentes nele em estado de sujeição [...]. A mesma compulsão à repetição frequentemente se nos defronta como um obstáculo ao tratamento, quando, ao fim da análise, tentamos induzir o paciente a desligar-se completamente do médico. Pode-se supor também que, quando pessoas desfamiliarizadas com a análise sentem um medo obscuro, um temor de despertar algo que, segundo pensam, é melhor deixar adormecido, aquilo de que no fundo têm medo é do surgimento dessa compulsão [...] (FREUD, 1920/1996, p.46-7).

Após o estudo sobre o manejo do amor que surge no contexto transferencial e sua função ao longo do tratamento, pretende-se agora aprofundar sobre as especificidades da transferência na psicose. O caso do Vítor instiga a pesquisar sobre o lugar que cabe ao analista e ao profissional de saúde mental frente a transferência e suas possibilidades na psicose.

2 SOBRE A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE

“Embora você está comprometida, mas em tudo não consigo te esquecer. Me entender esquecer porque você me olha de uma forma de amor, no olhar, no aproximar, no entender, em aspecto moral. Você querida enraizou dentro do meu coração, ou melhor dizendo: cicatrizou minha ferida humana, talvez se tivesse falando de uma coisa qualquer seria infrutífero. Mas como que o impacto do meu amor por você e meu coração está totalmente dominado pelo seu amor chegado. Confesso que estou te amando pela primeira vista, e ninguém pode impedir (carta de um paciente para sua psicóloga, 20 de dezembro de 2017).”

2.1 Uma leitura freudiana sobre a transferência na psicose

Em relação à psicose, Freud ([1917(1916-17)]/1996) avançou pouco no que diz respeito à prática clínica. Ao longo de sua obra, pesquisou sobre o tema, produzindo artigos importantes, mas sendo cético quanto às possibilidades terapêuticas. Lacan (1953-54/2009) ressalta que não há tratamento da psicose em Freud, e quando este falou sobre isso, o fez somente de maneira alusiva. O seu posicionamento manteve-se bastante teórico, tendo feito o caminho oposto daquele da neurose, onde da clínica extraiu a teoria.

Segundo Allouch (1997), a formulação freudiana sobre a transferência a partir das neuroses, ao passo que abre perspectivas terapêuticas para este campo, encerra e impede o avanço sobre a clínica das psicoses: “É no tempo mesmo em que se isola o conceito de transferência que se forja a ideia, mais que contestável, francamente falsa, de sua inexistência nas psicoses (p.433)”.

Um obstáculo ao avanço da clínica das psicoses parece ser o fato de Freud ter sido capturado pelas questões referentes à neurose, e, partindo desta, tentar compreender a psicose. Esta ideia é expressa por ele, quando escreve: “somente o estudo psicanalítico dos neuróticos pode oferecer uma preparação a um entendimento das psicoses [...]” (FREUD, 1924[1923]/1996, p.229). Essa tentativa parece ter criado um muro durante certo tempo, separando a psicanálise das psicoses.

Inclusive, Freud parte da ideia de um tratamento com os mesmos objetivos para a neurose e a psicose, qual seja: “vencer as resistências, remover a repressão

e transformar o material inconsciente em consciente” (FREUD, 1917 [1916-17]/1996, p.437). Esta tarefa comum para o tratamento da neurose e psicose conduz a um fracasso no caso da última, como colocado por ele próprio:

Ainda assim, não conseguimos remover uma única resistência ou suprimir uma única repressão. Esses pacientes, paranoicos, melancólicos, sofrendores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico (FREUD, 1917[1916-17]/1996, p.440).

Ao chegar à conclusão de que na neurose é possível vencer as resistências e fazer a afirmação de que “nas neuroses narcísicas, a resistência é intransponível” (p.423), Freud ([1917[1916-17]/1996) mantém uma posição cética quanto à possibilidade de tratamento. O que está articulado à sua observação de uma impossibilidade transferencial,

A observação mostra que aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença; o que este lhes diz, deixa-os frios, não os impressiona; conseqüentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à repressão – neles não pode ser executado (FREUD, 1917[1916-17]/1996, p.447-48).

É importante esclarecer que Freud aqui considera neuroses narcísicas: a paranoia, a demência precoce e a melancolia. Parece que ele caiu numa armadilha, tendo sido capturado pela problemática da neurose, capotando em um “falso ponto de partida”, segundo Allouch (1997, p.434). Isto ocasionou sérias consequências para o avanço sobre a questão singular e radicalmente diferente das psicoses.

Lacan, em seu seminário sobre as psicoses, já referido, afirma a diferença radical e critica os pós-freudianos da tentativa de aproximar o pré-consciente do inconsciente, assim como a psicose da neurose. Assim ele expressa:

A imaginação que parece regular atualmente a prática analítica é que há alguma coisa que deve comunicar entre a neurose e a psicose, entre o pré-consciente e o inconsciente. Trata-se de forçar, de rilhar, e chegar-se-á a perfurar a parede (LACAN, 1955-56/2010 p.195).

O que fez Freud pensar que os psicóticos não transferem? A teoria da libido justificava e sustentava esta ideia. Para Freud, a principal característica da demência precoce (nome dado por Kraepelin para a esquizofrenia) era a ausência de investimento libidinal nos objetos. Esta mesma libido, retirada dos investimentos no mundo externo, seja em pessoas ou objetos, retorna para o próprio eu, acarretando

na megalomania tão presente na psicose. Freud torna esse entendimento uma base para a psicanálise lidar com a questão relativa às psicoses.

Em seu artigo *Sobre o narcisismo: uma introdução*, de 1914, Freud expressa claramente sua concepção sobre a inviabilidade de tratar os psicóticos devido ao retraimento libidinal presente neles:

Esse tipo de pacientes, que eu propus fossem denominados de parafrênicos, exibem duas características fundamentais: megalomania e desvios de seu interesse do mundo externo – de pessoas e coisas. Em consequência da segunda modificação, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços (FREUD, 1914/1996, p.82).

Ao estudar o relato de Schreber em *Memórias de um doente dos nervos*, de 1911, Freud introduz algo absolutamente novo, segundo Lacan (1955-56/2010): “ele o decifra do modo como se decifram hieróglifos” (p.19). Freud fala sobre a experiência de fim do mundo, vivenciada em muitos casos de paranoia. Ele explica que esta vivência tem justamente relação com o retraimento libidinal, fazendo com que tudo se torne indiferente e irrelevante. Segundo Freud (1911/1996): “o fim do mundo é a projeção dessa catástrofe interna, seu mundo subjetivo chegou ao fim, desde o retraimento de seu amor por ele” (p.77).

Segundo Freud (1911/1996), o paranoico, após a catástrofe, precisa reconstruir o seu mundo “não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez” (p.78). Ele aponta a importância do delírio como justamente o que possibilita essa reconstrução tendo uma função restitutiva: “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é na realidade uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (p.78). Este trabalho do delírio de reconstruir um mundo possível de se viver é bem sucedido parcialmente, tem como resultado recapturar uma relação com as pessoas e as coisas do mundo.

Essa relação com o mundo, viabilizada pelo delírio, traz uma transformação quanto à qualidade dos afetos, que Freud (1911/1996) assim explica: “ainda que esta seja agora hostil, onde anteriormente fora esperançosamente afetuosa” (p.78). Ele esclarece que o desligamento da libido não ocorre exclusivamente na paranoia, fazendo parte do mecanismo de todo recalque. O que marca uma disparidade é que na paranoia esse desligamento é acompanhado por consequências desastrosas. Ele aponta que na vida normal, para além dos períodos de luto, frequentemente as

peessoas estão desligando a libido de pessoas ou de coisas, sem, no entanto, adoecer.

Tal desligamento da libido na paranoia tem um efeito desastroso devido ao emprego que se faz da libido, após ela ter sido liberada. Uma pessoa normal, segundo Freud (1911/1996), logo começa a buscar um substituto para investir novamente sua libido. Até que isto aconteça, a libido é mantida em suspenso dentro da esfera psíquica, dando origem a tensões, inclusive, podem ocorrer mudanças de humor. Na paranoia, a libido liberada é vinculada ao eu, e utilizada de forma a engrandecê-lo. Dessa forma, ocorre um retorno ao estágio do narcisismo, evidenciado nos traços de megalomania.

A partir da teoria da libido, há um apontamento para uma primeira diferença entre a neurose e a psicose. São lógicas diferentes, o conflito psíquico apresentado por cada uma tem suas particularidades. Em dois artigos de 1924, Freud pesquisa sobre essas divergências, tanto em *Neurose e psicose* quanto em *A perda da realidade na neurose e na psicose*, publicado pouco tempo depois com algumas correções e acréscimos.

Freud (1924 [1923]/1996) aponta que a mais importante diferença entre neurose e psicose está no fato de a primeira ser a consequência de um conflito localizado entre o eu e o isso; ao passo que a segunda resulta de um conflito entre o eu e o mundo externo. Apesar desta divergência, ambas têm a mesma etiologia: “ela consiste em uma frustração, em uma não realização” (p.170).

A neurose tem uma maneira peculiar de lidar com o conflito apresentado, o eu não aceita o impulso libidinal oriundo do isso, lançando mão do mecanismo do recalque como forma de defesa. Aqui vale se deter um pouco na diferença entre o recalque como mecanismo próprio da neurose e a *Verwerfung* (rejeição), que é o mecanismo da psicose (tema discutido mais adiante).

No recalque, o eu se defende contra a representação incompatível (de natureza sexual) e realiza uma separação entre esta e seu afeto. Assim Freud (1894/1996) se expressa: “o eu transforma essa representação poderosa numa representação fraca, retirando-lhe seu afeto – a soma de excitação do qual está carregada” (p.56). Na histeria, a representação incompatível ao eu é tornada inofensiva pela “*transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática*” (grifo do autor, p.56), o que é chamado de conversão. Na neurose obsessiva, o afeto é associado a outras representações que não são incompatíveis

ao eu, realizando uma “falsa ligação”. Desta forma, os sintomas aparecem como formações de compromisso entre as forças recalcadas e as recalcadoras.

No caso da *Verwerfung*, trata-se de uma potente defesa, segundo Freud (1894/1996), bem-sucedida: “Nela o eu rejeita a representação incompatível juntamente com o seu afeto e se comporta como se a representação jamais houvesse ocorrido [...]” (p.64). A representação incompatível está ligada a algum elemento da realidade, na medida em que o eu se afasta dela, também rompe parcial ou totalmente com a realidade, efetuando uma fuga para a psicose. Lá onde havia a representação, fica um buraco, sendo por meio da alucinação e do delírio que se tenta restabelecer a cadeia de representações.

No caso da análise de Schreber, Freud (1911/1996) avança em suas colocações sobre a psicose. Ele esclarece que cometeu um equívoco ao afirmar que a percepção interna, ao ser suprimida, é projetada para o exterior. Ele faz uma correção, ao dizer que, na verdade, aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora.

Freud (1924[1923]/1996), inicialmente, considerava que a neurose permanece fiel à realidade: “o ego entrou em conflito com o id, a serviço do superego e da realidade, e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência” (p.168). Já no caso da psicose, no qual o conflito está situado entre o eu e o mundo externo, não existindo uma tentativa de silenciar o isso, o eu termina por ser derrotado, tendo como efeito o fato de ser arrancado da realidade. A partir do conflito neurótico e psicótico, pode-se observar que ambos denunciam um fracasso do eu, que, em meio a diferentes exigências vindas das várias instâncias psíquicas (isso e superego), mostra-se em apuros para reconciliá-las.

Em seu artigo de 1924, *A perda da realidade na neurose e na psicose*, Freud progride acerca da questão referente às singularidades de cada estrutura, e faz uma preciosa correção. Ele sustenta que tanto na neurose quanto na psicose há uma perda da realidade: “toda neurose perturba a relação do paciente com a realidade, servindo-lhe de um meio de se afastar da realidade e que, em suas formas graves, significa concretamente uma fuga da vida real” (p.205). Embora também ocorra uma perda da realidade na neurose, ela é menos grave do que na psicose. A neurose ignora a realidade e a psicose a rejeita, ocorrendo uma tentativa de substituí-la. Lacan (1959-60/2008) retoma o ponto de vista freudiano, afirma que “o homem lida com peças escolhidas da realidade” (p.62). Ele, em 1955-56, explica que a realidade

não deve ser compreendida como algo objetivo, mas que o subjetivo está aí essencialmente implicado.

Lacan, em seu seminário sobre as psicoses, já referido comenta que Freud, no seu texto *Fetichismo*, de 1927, oferece uma revisão essencial da distinção que fez entre a neurose e a psicose, dizendo que, nas psicoses, a realidade é remanejada, ou seja, uma parte da realidade é suprimida, e que a realidade nunca é verdadeiramente escotomizada. Lacan chama atenção para a deficiência, o buraco do simbólico, apontado por Freud, mesmo se no texto alemão o termo utilizado por ele é realidade.

Freud, em 1927, explica que na neurose existem duas atitudes que regem a vida psíquica, uma que se ajusta ao desejo; outra que se ajusta à realidade, ambas existem lado a lado; ele supõe que, na psicose, a corrente que se ajusta à realidade deve estar ausente.

Lacan (1955-56/2010) adverte que o mais importante, quando diante da psicose, não é propriamente ficar preso à preocupação se o que o paciente narra é mais especificamente uma alucinação verbal ou sensorial, ou então dar demasiada relevância às diferentes categorias como alucinação, interpretação, sensação e percepção, na tentativa de enquadrar aquilo que se ouve. Ele indica que o fundamental é simplesmente escutar o sujeito, em suas palavras:

Apresentei na sexta-feira uma psicose alucinatória crônica. Vocês não ficaram surpreendidos, aqueles que lá estavam, em ver como o que se obtém é mais vivo se, ao invés de tentar determinar a todo custo se a alucinação é verbal ou sensorial ou não sensorial, escutamos simplesmente o sujeito? (LACAN, 1955-56/2010, p.242).

Mais adiante, ressalta:

[...] a psicologia, ou a metapsicologia, ou a parapsicologia clássica tradicional, que utilizam categorias escolares – alucinação, interpretação, sensação, percepção. Sente-se bem que isso de modo algum está no nível em que se põe o problema, e que é mesmo um começo bem ruim, que não deixa nenhuma esperança de pôr corretamente a questão do que é delírio (LACAN, 1955-56/2010, p.242).

É de fato um desafio escutar o delírio, que é um discurso tão singular, com outra lógica, que convoca a quem escuta a abrir mão de suas próprias referências, nem sempre sendo possível sustentar esse trabalho. Lacan (1955-56/2010) destaca que o discurso do psicótico tem seu valor, sendo extremamente original, diferente do

discurso neurótico, em que muitas vezes se tem a impressão de estar diante dos limites do que já foi dito:

Por que então, condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, mesmo assim não guarda talvez seu testemunho o seu valor? (p.243).

Apesar de Freud ter inicialmente negado a presença da transferência na psicose e, com isto, a impossibilidade de tratá-la, mais tarde aponta que, a partir de uma modificação na técnica psicanalítica, abre-se para a possibilidade de incluí-la. E inclusive no caso Schreber, ele se posiciona de forma a indicar a existência da transferência com a figura do médico Flechsig:

O sentimento amistoso do paciente com o médico bem se pode ter devido a um processo de 'transferência', por meio do qual uma catexia emocional se transpôs de alguma pessoa que lhe era importante para o médico que, na realidade, era-lhe indiferente; de maneira que o último terá sido escolhido como representante ou substituto de alguém muito mais chegado ao paciente. Para colocar o assunto de forma mais concreta: o paciente lembrou-se de seu irmão ou de seu pai ante a figura do médico; redescobriu-os nele; então, não causará espanto que, em certas circunstâncias, um anseio pela figura substituta reaparecesse nele e operasse com uma violência que só pode ser explicada à luz de sua origem e significação primária (1911/1996, p.56).

Após Freud, assistimos a uma mudança quanto à possibilidade de transferência na psicose. São muitos os adjetivos utilizados para caracterizar esta transferência: maciça, bruta, em ato, sem fim, delirante, erotomaníaca, persecutória, entre tantos outros. Todos estes qualificativos indicam uma diferença transferencial na psicose e na neurose. Lacan (1955-56/1996) afirma esta particularidade quanto à transferência na psicose ao fazer referência ao caso de Schreber: “É, resumindo, uma transferência – que não deve, sem dúvida, ser tomada inteiramente no sentido em que a entendemos comumente, mas é alguma coisa dessa ordem, ligada de maneira singular àqueles que tiveram de cuidar dele” (p.42).

Lacan (1955-56) se dedicou à questão da clínica das psicoses e afirmou em 1977 que não se deve recuar perante ela: “a psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (p.9). A psicanálise, segundo Lacan (1953-54/2009), pode contribuir para as questões que as psicoses suscitam tanto no que diz respeito aos problemas clínicos quanto nosográficos, além daqueles impostos pelo tratamento. Ele expõe que a psicanálise contribuiu para o progresso da psiquiatria, e que a partir dela foi possível restituir o sentido na cadeia dos

fenômenos. Porém, destaca que existe um equívoco, quando se presume que o sentido de que se trata é aquele que se compreende: “compreender os doentes. É uma pura miragem” (LACAN, 1955-56/2010, p.14).

A psicose lança interrogações essenciais para todo psicanalista que se propõe a encarar os desafios dessa escuta e, a partir da clínica, constatar que, no que se refere à transferência, ela existe na psicose. Nas palavras de Lacan:

É útil ocupar-se da paranoia. Por mais ingrato e árido que isso possa ser para nós, é ao mesmo tempo a purificação, a elaboração e o exercício das noções freudianas, e da mesma feita nossa formação na análise (1953-54/2009, p.25).

2.2 A forclusão: uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose

Lacan, em seu *Seminário livro 3, as psicoses* (1955-56/2010), aponta que o analista, quando recebe um paciente pré-psicótico em análise, assume um risco que não pode ser negligenciado, que é de levá-lo ao desencadeamento de uma primeira crise. Ele diz que este fato tem relação com o sujeito tomar a palavra: “Trata-se algumas vezes de um empenho mínimo de tomada de palavra, quando o sujeito vivia até então em seu casulo, como uma traça” (p.293). Por outro lado, levanta-se como questão: será que a transferência pode se constituir como uma saída para o sofrimento do psicótico? Aqui, pretende-se estudar primeiramente a forclusão como mecanismo fundamental na psicose, bem como abordar o tema do desencadeamento, para, em seguida, refletir de que forma o manejo transferencial pode contribuir para atenuar a consternação do psicótico.

Lacan (1958/1998) aponta para a prioridade de se trabalhar a formulação da forclusão como uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. O termo se refere a *Verwerfung* de Freud, sendo a operação essencial que comanda a psicose apontando para a falta da inscrição do Nome-do-Pai no lugar do Outro:

A *verwerfung* será tida por nós, portanto, como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode pois responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica (p.564).

Segundo Quinet (2014), o termo forclusão em português não é uma tradução literal do termo francês *forclusion* utilizado por Lacan como equivalente a *Verwerfung*

freudiana. Trata-se de um neologismo, uma interpretação, uma vez que o correspondente a *forclusion* em português seria mais precisamente a prescrição. Em francês, *forclusion* é um termo utilizado em processo jurídico para se referir a perda de um direito por ter expedido o prazo legal. A forclusão, portanto, está associada à lei e sua extinção. Para o autor, forclusão serve para “designar que não há inclusão, que o significante da lei está fora do circuito, sem deixar, no entanto, de existir [...]” (p.16).

No *Seminário 3*, Lacan (1955-56/2010) aponta que a travessia do complexo de Édipo introduz o sujeito em uma nova dimensão devido a introdução do significante Nome-do-Pai, sendo um elemento essencial para a conquista da ordem simbólica. Na psicose, diferentemente do que ocorre na neurose, alguma coisa não funcionou na aquisição do significante, e, justamente por esta razão, a psicose corresponde a um buraco nesse nível: “Trata-se no fundo da psicose, de um impasse, de uma perplexidade concernente ao significante” (p.227).

Dessa forma, o complexo de Édipo tem um valor inestimável para a constituição subjetiva de cada sujeito. O desejo sexual introduz pela primeira vez a Lei. Neste momento ímpar, existe a predominância de uma relação imaginária e incestuosa entre a criança e a mãe que está condenada ao conflito e à destruição, o que faz necessário “a intervenção de um terceiro que introduza a lei de interdição, de proibição, como um *não* à reintegração da criança pela mãe, um *não* à criança como objeto de uso da mãe” (QUINET, 2014, p.12). O pai, portanto, tem como função fazer operar a Lei; em outras palavras, incluir uma ordem simbólica que impeça um fim desastroso: “A ordem que impede a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai” (LACAN, 1955-56/2010, p.118).

Segundo Lacan (1955-56/2010), a Lei, sendo uma Lei de simbolização está ali desde o princípio: “a ordem simbólica subsiste como tal fora do sujeito, distinta de sua existência, e o determinando” (p.118), mas é necessário que o sujeito a inscreva em sua história e realize o trabalho de elaborá-la a partir da travessia do Édipo, onde o sujeito pode alcançar a entrada na ordem simbólica:

O sujeito encontra o seu lugar num aparelho simbólico pré-formado que instaura a lei na sexualidade. E essa lei não permite mais ao sujeito realizar a sua sexualidade senão no plano simbólico. É o que quer dizer o Édipo (LACAN, 1955-56/2010, p.200).

Na psicose, o Nome-do-Pai como função simbólica está foracluído, não sendo instaurado como portador da Lei, e a partir da falta deste significante primordial, juntam-se a ele todas as significações possíveis, uma vez que “é preciso já ter o material significante para fazer significar seja o que for” (LACAN, 1955-56/2010, p.185). Como destaca Quinet (2014):

[...] para que o homem possa atribuir significação aos seus significantes e, portanto, à sua existência, é preciso que ele faça sua entrada no simbólico já que a função simbólica constitui um universo no interior do qual tudo o que é humano pode ordenar-se (p.8).

Lacan (1955-56/2010) dá destaque aos fenômenos de linguagem na psicose como consequência lógica da foraclusão, inclusive, ele propõe o diagnóstico somente depois de constatado distúrbios dessa ordem: “Não basta uma reivindicação contra personagens como supostamente agindo contra vocês [...]” (p.113).

Como já dito, na psicose existe algo que num determinado momento, no domínio do significante, não se realiza, é foracluído. Este mecanismo fundamental se refere à existência de uma recusa a nível do simbólico de alguma coisa que o sujeito experimentou, desconsiderando o fato como fazendo parte da realidade, e que se relaciona mais especificamente com a ameaça de castração. Lacan retoma o episódio da alucinação do dedo cortado presente no caso do Homem dos Lobos estudado por Freud (1918[1914]/1996) para destacar que ele rejeitou todo o acesso à castração no registro da função simbólica. Assim Lacan (1955-56/2010) expressa: “que toda assunção da castração por um eu tenha se tornado para ele impossível, tem ligação muito estreita com o fato de que lhe tenha sucedido ter tido na infância uma curta alucinação [...]” (p.22). O que é recusado na ordem do simbólico reaparece em outro registro, no real. Portanto, há uma relação próxima entre a Verwerfung e a alucinação, definindo a primeira da seguinte forma:

Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. [...] Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo significante (LACAN, 1955-56/2010, p.178).

A partir da foraclusão, Lacan (1955-56/2010) aponta que no fenômeno psicótico ocorre o aparecimento de uma significação no real que não se assemelha a nada e que não se liga a nada, uma vez que nunca entrou no processo de

simbolização, tratando-se de “um aparecimento de uma estranheza total” (p.105). Isto o conduz a supor que no caso da psicose não existe uma pré-história, uma psicose infantil, como é o caso da neurose. Assim ele diz:

Previamente a qualquer simbolização – essa anterioridade não é cronológica, mas lógica - há uma etapa, as psicoses o demonstram, em que é possível que uma parte da simbolização não se faça.[...] Assim pode acontecer que alguma coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entre na simbolização, e seja, não recalcado, mas rejeitado (p.100).

Surge como questão: de que forma o sujeito pode se haver com a significação que aparece no real com toda sua estranheza e caráter enigmático? Trata-se na verdade de um impasse. O sujeito reage a isso através de uma tentativa de restituição e de compensação. A possibilidade que resta ao sujeito é de uma substituição de uma mediação simbólica que ocorre na neurose por uma proliferação imaginária:

por não poder fazer uma mediação simbólica qualquer entre o que é o novo e ele próprio, entra em outro modo de mediação, completamente diferente do primeiro, substituindo a mediação simbólica por um formigamento, por uma proliferação imaginária, nos quais se introduz de maneira deformada, e profundamente a-simbólica, o sinal central de uma mediação possível (LACAN, 1955-56/2010, p.107).

A forclusão enquanto a ausência do significante Nome-do-Pai no simbólico produz efeitos no registro imaginário, e acarretará em uma relação em espelho do sujeito com o mundo, como ensina Lacan (1955-56/2010): “O Outro com A maiúsculo, eu lhes disse que estava excluído, enquanto detentor do significante. Por isso ele é tanto mais potentemente afirmado entre ele e o sujeito, no nível do outro com minúsculo, do imaginário” (p.227). Assim, o Outro na psicose não opera como instância da Lei, mas é reduzido a um outro imaginário, provocando fenômenos de transitivismo, rivalidade, agressão e paixão. Segundo Quinet,

O Outro do psicótico, por carecer do significante da lei, é um Outro absoluto ao qual o sujeito está submetido. Se o Outro, tanto para o neurótico como para o psicótico, é o tesouro de significantes, o que faz a diferença entre eles é que para o psicótico não há no Outro a inscrição da lei. (2014, p.18)

Lacan cita um caso atendido por Katan (psiquiatra) que lhe chegou para tratamento no momento da virada, justo na entrada da psicose, que é interessante para esclarecer a forma como um sujeito psicótico pode encontrar uma compensação imaginária. Era um rapaz que vivia sua puberdade, e Katan ressalta, segundo Lacan (1955-56/2010), o fato de que “nada ali era da ordem do acesso a

algo que possa realizá-lo no tipo viril. Faltou tudo” (p.225). Quando o rapaz tenta conquistar o tipo viril é somente através da imitação de um colega que isto se torna possível. Tal como seu colega, ele tem suas primeiras experiências sexuais, entre as quais pratica a masturbação, porém renuncia após ouvir alguma ordem proibitiva deste colega. Ele se identifica ao amigo através de alguns exercícios que ele nomeia como “conquista sobre si mesmo” (p.225) e se interessa pela mesma menina que acaba por lhe escolher. Helena Deutsch (1942) dá a esse mecanismo o nome de “*como se*” que ela avalia presente nos sintomas da esquizofrenia. Assim Lacan retoma sua visão:

É um mecanismo de compensação imaginária [...] do Édipo ausente, que lhe teria dado a virilidade sob a forma, não da imagem paterna, mas do significante, do *nome-do-pai* (grifo do autor, 1955-56/2010, 225).

Mais ainda:

Essa verdadeira despossessão primitiva do significante, será preciso que o sujeito dela se encarregue e assuma sua compensação, longamente na vida, por uma série de identificações puramente conformistas a personagens que lhe darão o sentimento do que é preciso fazer para ser um homem” (1955-56/2010, p.239).

Dessa maneira, o psicótico pode alcançar uma saída imaginária através de uma identificação com alguém que opera como seu duplo, por exemplo, através da relação entre pai-filho, marido-mulher, ou então, uma relação próxima de amizade. No entanto, pode acontecer num determinado momento da vida daquilo que é falho venha intervir e interrogar o sujeito, lhe exigindo um compromisso simbólico. Trata-se de um tempo crítico que inaugura uma ruptura entre o que havia antes e o que surge depois. Segundo Lacan, o desencadamento surge neste ponto, onde existe a falta de um ordenamento significante que possa responder à aproximação de uma questão que lhe foi posta.

Assim, Lacan (1955-56/2010) ressalta que a psicose se constitui como uma tentativa de defesa que consiste em não se aproximar do lugar em que não existe uma resposta à questão: “Nada há mais perigoso que a aproximação de um vazio” (p.235). O que se passa na entrada da psicose é dessa ordem:

Um mínimo de sensibilidade que nosso ofício nos dá nos faz ver claramente algo que se encontra sempre no que se chama de a pré-psicose, a saber, o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco. Isso deve ser tomado ao pé da letra. Não se trata de compreender o que se passa ali onde não estamos. Não se trata de fenomenologia. Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali

onde não há significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal (LACAN, 1955-56/2010, p.237).

Lacan (1955-56/2010) para ilustrar dá como exemplo o fato de os tamboretes terem quatro pés, e que existem alguns que ficam de pé com apenas três. Porém, a situação se torna crítica quando é o caso de faltar mais um. É ainda possível imaginar que desde o início o tamborete não tenha o número suficiente de pés, mas de algum modo se sustente, até que por algum acaso o sujeito venha se defrontar com esse defeito que estava ali desde o princípio; em outros termos, com a *Verwerfung*. Ele (1958/1998) dá alguns exemplos para a “conjuntura dramática” (p.584) que está no início da psicose, entre elas:

Quer ela se apresente, para a mulher que acaba de dar à luz, na figura de seu marido, para a penitente que confessa seu erro, na pessoa de seu confessor, para a mocinha enamorada, no encontro com o “pai do rapaz”, sempre a encontramos, e a encontremos com mais facilidade ao nos guiarmos pelas “situações”, no sentido romanesco desse termo (p.584).

Mas o que estas situações têm em comum para determinarem um desencadeamento? Segundo Lacan, para que a psicose se desencadeie é necessário que o Nome-do-Pai foracluído seja invocado em oposição simbólica ao sujeito. Assim, ele interroga: “Mas, como pode o Nome-do-Pai ser chamado pelo sujeito no único lugar de onde poderia ter-lhe advindo e onde nunca esteve?” E responde: “Através de nada mais nada menos que um pai real, não forçosamente, em absoluto, o pai do sujeito, mas Um-pai” (p.584).

E então o que as situações por ele listadas para o desencadeamento têm de particular? Todas elas evocam a presença de “Um-pai” que vem em posição terceira em uma relação dual, um par, que está fundado numa identificação imaginária. Em outras palavras, quando o psicótico é convocado a fazer o Nome-do-Pai responder em seu lugar, ele não tem condições, uma vez que ali nunca esteve. É pelo fato de o psicótico não possuir um simbólico que dê conta do enigma das origens, do sexo, e da morte que ele constrói um sistema delirante: “o saber psicótico organiza-se na ausência de qualquer filiação ou linhagem. Desalinhado, errante, sem pai, pai de si mesmo [...] o psicótico inventa, sozinho, um saber” (SANTOS, 1999, p.83).

2.3 A erotomania e as fórmulas freudianas da transferência

Freud, em seu artigo *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911/1996), estuda o mecanismo da paranoia. Lacan (1955-56/2010) sublinha que Freud “se interessou em primeiro lugar e essencialmente pela

paranoia” (p.12), ao contrário de seus contemporâneos que estavam mais dedicados ao estudo das esquizofrenias.

Antes de entrar nas fórmulas freudianas da paranoia, é válido resgatar algumas características dadas por Lacan para a mesma. Em sua segunda lição do Seminário sobre *As psicoses*, ele faz uma crítica a Kraepelin, mais especificamente a uma definição que este faz da paranoia, que é a seguinte:

A paranoia se distingue dos outros porque ela se caracteriza pelo desenvolvimento insidioso de causas internas, e, segundo, uma evolução contínua, de um sistema delirante, durável, e impossível de ser abalado, e que se instala com uma conservação completa da clareza e da ordem no pensamento, no querer e na ação (1955-56/2010, p.27).

Para Lacan (1955-56/2010), esta teorização é totalmente oposta à observação que se faz na prática: “ela contradiz ponto por ponto todos os dados da clínica” (p.27). Para começar, o desenvolvimento da paranoia não é insidioso, pelo contrário, existem na verdade certas fases e acessos. Há também sempre o que Lacan chama de um “momento fecundo” (p.27) para o seu início e desencadeamento.

Um outro ponto destacado por Lacan (1932/2011) é que não é razoável restringir uma paranoia às causas internas, porque na verdade existe uma perturbação nas suas relações externas, como um fator emocional ligado a uma crise vital: “perda de um lugar, de um ganha-pão, aposentadoria, mudança de meio, mas sobretudo, casamento, particularmente o casamento tardio, divórcio, e eletivamente perda de um dos pais” (p.268). Ele também chama a atenção para o equívoco de Kraepelin ao afirmar que o sistema delirante é durável e impossível de ser abalado. Lacan (1955-56/2010) sublinha que o delírio varia: “Essa variação resulta da interpsicologia, das intervenções do exterior, da conservação ou da perturbação de uma certa ordem no mundo em torno do doente” (p.28). Por fim, ele ressalta que os termos *clareza*, *ordem*, *pensamento*, *querer* e *ação* ainda requerem um trabalho para melhor defini-los, uma vez que ainda não são noções adquiridas.

Freud (1911/1996), em seu estudo, constata que as principais formas de paranoia podem ser representadas como contradições da proposição ‘eu (um homem) o amo (um homem)’, podendo explicar os delírios de perseguição, de ciúmes e a erotomania como variações da mesma. Ele parte dessa proposição, pois pensa que, no centro do conflito nos casos de paranoia entre indivíduos do sexo masculino, existe “*uma fantasia de desejo homossexual de amar um homem*” (p.70,

grifo nosso). Entretanto, ele afirma que é necessária uma investigação maior para confirmar sua hipótese. Segundo Quinet (2014): “Essa causalidade é demonstrada através de uma operação significativa, ou seja, de reviramentos lógicos e gramaticais do enunciado [...]” (p.114). Para Lacan (1955-56/2010), esta causalidade descrita por Freud constituiu uma novidade, porém ele faz uma ressalva em relação ao seu entendimento: “quanto a saber o que é que é essa homossexualidade, em que ponto da economia do sujeito ela intervém, como ela determina a psicose – creio poder testemunhar que só há de esboçado, neste sentido, encaminhamentos os mais imprecisos, e mesmo os mais opostos” (p.41).

Quinet (2014) dá um passo adiante para compreender o que vem a ser esta suposição freudiana da homossexualidade como causa na psicose, esclarecendo que esta se justifica pela relação que o sujeito estabelece com o outro, sendo de cunho imaginário por falta do registro simbólico e menos por uma escolha sexual, uma vez que o psicótico é ex-sexo:

Por falta de referência simbólica o sujeito psicótico funciona no registro imaginário, onde o outro é tomado como espelho e modelo de identificação imediata. Disto decorrem os fenômenos de transitivismo, projeção, rivalidade, onde identificação e erotismo se confundem. O semelhante é apreendido apenas no registro imaginário onde a relação especular é a regra. É aí que se situa a questão homossexual da psicose: na identificação imediata com o outro do mesmo sexo em torno do qual se forma um campo de agressão erotizada. A questão homossexual da paranoia apreendida por Freud é menos uma causa do que um dos efeitos da falta da inclusão do Nome-do-Pai no Outro, da falta da mediação simbólica entre um sujeito e outro. Trata-se, pois, de um fenômeno imaginário que nada tem a ver com a homossexualidade neurótica ou perversa, pois o sujeito psicótico é ex-sexo, e, portanto sua problemática não é homo mas, como a situa Lacan, transexual (p.20).

Antes de se aprofundar nas três fórmulas da paranoia descritas por Freud, que segundo a visão de Lacan (1955-56/2010) não são inteiramente satisfatórias apesar de serem esclarecedoras, é importante apontar que em todas elas existe uma transformação quanto a posição do sujeito que se torna objeto do Outro: “o que era anteriormente sujeito da frase transforma-se em objeto no final do processo: o sujeito enquanto tal, desaparece” (QUINET, 2014, p.115). Existe também uma imputação ao Outro, que passa a ser aquele que persegue, trai ou ama, enquanto o sujeito ocupa o lugar de objeto odiado, traído ou amado. Para Lacan (1955-56/2010), o perseguidor, o traidor, e o amante são reduzidos, neutralizados, esvaziados de sua própria subjetividade, e passam a ser a sombra do objeto perseguido, traído, ou amado. Na psicose a transferência se localiza do lado do

Outro, e como aponta Muñoz (2010) “a manobra clínica visa efetuar um deslocamento dessa posição primeira na qual se é instado pela transferência a ocupar” (p.89).

Na erotomania, a proposição original 'eu (um homem) o amo' se transforma na seguinte: 'Eu não o amo – eu a amo'. Devido à necessidade de projeção é modificada em: 'Eu noto que ela me ama' e finalmente em 'eu não o amo – eu a amo, porque ela me ama'. Neste caso, segundo Soler (2007), existe uma tentativa através da gramática de obter um disfarce e restabelecer uma aparência de heterossexualidade. Importante acrescentar que a erotomania tem uma pluralidade de formas clínicas na psicose:

Incipientes ou terminais, prevalentes ou acessórias, transitórias ou estavéis, tanto compatíveis com um platonismo radical quanto com transbordamentos eróticos, presentes em homens e em mulheres, e elegendo um parceiro que pode ser único ou múltiplo, próximo ou distante, real ou imaginário (SOLER, 2007, p.41).

Freud (1911/1996) ainda destaca que essas afeições têm início por uma percepção externa de ser amado e não por uma percepção interna de amar, apesar desta apreensão nem sempre ser explicitada, sendo necessário deduzi-la. É o outro que ama primeiro sem existir uma participação por parte do sujeito, a não ser num momento posterior, ou seja, como uma resposta. A proposição intermediária 'eu a amo' pode tornar-se consciente, uma vez que é possível amar tanto ela quanto ele. Segundo a explicação de Freud: “‘eu a amo’ também se pode tornar consciente, porque a contradição entre ela e a proposição original não é diametral nem tão irreconciliável como a existente entre o amor e o ódio; afinal de contas é possível amar tanto ela quanto ele” (p.71). Assim, Freud conclui que pode ocorrer da proposição que foi substituída por projeção ('ela me ama') abra passagem para a proposição 'eu a amo'. Na carta que inicia o capítulo isso se expressa de forma clara. No começo da carta, o paciente escreve para a psicóloga: “você me olha de uma forma de amor” que equivale ao “ela me ama” e no final ele expressa seu amor por ela: “estou te amando à primeira vista”.

Lacan (1955-56/2010) se refere a Clérambault ao comentar sobre a erotomania, uma vez que ele foi um psiquiatra francês estudioso do assunto e que organizou um grupo típico dentro das psicoses delirantes, distinto da paranoia, chamado por ele de psicoses passionais. Esse grupo é formado pelos delírios de ciúmes, delírios de reivindicação e pela erotomania. Clérambault contribuiu ao

conceber a síndrome erotomaníaca constituída por um postulado fundamental (ele (a) me ama), tomando este como ponto de partida para os sentimentos, as idéias e os atos do sujeito. Existem três fases: a esperança, o despeito e o rancor. O primeiro tempo é florido por um sentimento otimista em que o sujeito se sente orgulhoso por ser amado por alguém de estrato social mais elevado, ou que possui um atributo idealizado por ele. Na segunda fase surge o ressentimento e uma ambivalência devido ao orgulho ferido pela falta de correspondência amorosa e a última, do rancor ou da reivindicação é quando o erotomaníaco sente ódio pela rejeição sofrida, levando o mesmo a fazer ameaças e acusações contra o objeto: “Uma erotômana segundo Clérambault é uma perseguidora total, pode chegar a perseguir o objeto em seu momento de despeito e mais que perseguida parece uma perseguidora” (TENDLARZ, 2009, p.74, tradução nossa)³. Importante ressaltar que essa evolução é reversível e a fase da esperança pode retornar, embora nem sempre de forma explícita, ou mesmo permanecer por longo período havendo uma estabilidade do postulado inicial. Tyszler (2005) aponta para o orgulho do sujeito amado evidenciando o narcisismo presente na paixão:

O erotomaníaco, sujeito de um ser amado, é ao mesmo tempo, objeto de alto valor, já que aquele que o persegue por seu amor é sempre um personagem de um estrato social mais elevado. Especificidade subjetiva, descrição do que está em jogo bem detalhada por Clérambault: é o outro que o ama primeiro, desvelando o valor do sujeito erotomaníaco (p.124).

Lacan (1955-56/2010) chama a atenção para a característica apontada por Clérambault ao trabalhar a erotomania: “[...] parece tão mais próxima do que se chama normal” (p.33). Para Hanna (2000) é justamente esta aparência de normalidade que dificulta a realização do diagnóstico pela psiquiatria:

Estes pacientes não são reconhecidos como delirantes nos hospitais, por serem calmos, astutos, e porque o *delírio é delimitado*. Surge no médico uma síntese bastante fácil, sustentada pela suposição de que, na origem da paixão, houve ou há uma história de amor real. Isto conduz o psiquiatra a pensar que “algo deve ter acontecido”, descartando a ideia de estar frente a um delirante (p.15, grifo nosso).

Porém, pode-se dizer que não é o mesmo sonhar com ser amado que ter a certeza de ser amado, levando Lacan (1955-56/2010) a concluir que no caso da erotomania há “uma suspensão na dialética” (p.33). Esta ausência de dialética está presente tanto na interpretação elementar quanto na psicose passional, porém de

3 Citação original: “Una erotômana según Clérambault es una perseguidora total, puede llegar a perseguir al objeto en su momento de despecho y más que perseguida parece una perseguidora”.

um modo particular: “o fenômeno de interpretação – ele se articula na relação do eu e do outro [...]. Na psicose passional, é evidentemente muito mais perto do eu, do sujeito, que se situa o que se chama o núcleo compreensível, que é de fato um núcleo de inércia dialética” (p.33). Há também na erotomania a presença da reivindicação como parte integrante da construção do delírio, em que o sujeito expressa que “não pode engolir tal perda, tal dano, e que toda a sua vida parece centrada em torno da compensação do dano sofrido, e da reivindicação que ela acarreta (p.33).

Tysler (2005) seguindo os passos de Clérambault traça uma diferença entre a psicose interpretativa e a passional. O autor aponta que a psicose interpretativa contém “*um ritmo em dois tempos*”(p.129, grifo do autor). Existe o primeiro tempo de perplexidade diante de uma experiência enigmática de não-sentido. O sujeito diante dos fenômenos automáticos, alucinatórios ou alusivos se pergunta: “O que isso significa?”. O segundo tempo comporta uma tentativa de significação, ou seja, “encontrar o porquê, encontrar as razões dos fenômenos que assaltam o paciente” (p.129). Inicialmente, o saber sobre os fenômenos que o invadem é externo a ele, sendo atribuído ao Outro onipotente, para depois, deslocar-se para ele próprio: “até o ponto em que o paranoico afirma dominar, possuir sozinho, o conhecimento de todas as coisas” (p.129). Na psicose passional não se observa esses dois tempos, o postulado se impõe e existe uma adesão imediata, não ocorrendo um estranhamento:

a significação suportada pelo Real, induzida pelo postulado passional, se define no início, está completa de início. Esse Real é ele mesmo desesperadamente estável, donde essa noção de dificuldade e perigo no manejo da erotomania e dos outros delírios passionais. Creio que *sob a noção de postulado se introduz essa noção de significação total imediata* (p.128, grifo do autor).

Tyszler (2005) também aponta uma diferença transferencial na psicose interpretativa e na passional: “a transferência estabelecida pelo passional é tão regulada que o dispositivo de acompanhamento parece muitas vezes puramente coercitivo ou derivativo” (p.130). Já no caso da psicose interpretativa não existe uma transferência monomorfa comportando diferentes momentos.

Lacan (1955-56/2010) destaca um ponto importante ao se referir à relação que o erotômano estabelece com o outro - esse outro é particular, afastado, despersonalizado e neutralizado:

O outro ao qual se endereça o erotômano é particularíssimo, já que o sujeito não tem com ele nenhuma relação concreta, de modo que foi possível falar de ligação mística ou de amor platônico. É, com muita frequência, um objeto afastado, com o qual o sujeito se contenta em comunicar por meio de uma correspondência de que nem mesmo ele sabe se ela chega ao seu destinatário. [...] A despersonalização do outro de que ela se faz seguir é manifesta nesta resistência heróica a todas as provas, como se exprimem os próprios erotômanos. O delírio erotomaníaco se endereça a um outro de tal modo neutralizado [...] (p. 55-56).

A erotomania traz a questão do amor na psicose. Para Lacan (1955-56/2010), a diferença entre um sujeito psicótico e um neurótico está articulada ao amor: “para o psicótico uma relação amorosa é possível abolindo-o como sujeito, enquanto ela admite uma heterogeneidade radical do Outro. Mas esse amor é também um amor morto” (p.296).

Soler (2007) faz uma diferença entre a eroticomania também chamada de mania de gozo e a mania de amor como duas formas clínicas da erotomania. Para o primeiro caso, ela traz como exemplo a relação entre Schreber e Deus, e destaca que não se trata de amor, mas de uma eroticomania, uma vez que há uma identificação do gozo no lugar do Outro: “Deus goza de mim”. Assim ela expressa: “Quanto ao amor, como algo que instaura uma relação de sujeito com sujeito, ele está notavelmente ausente da ligação que une Schreber a Deus” (p.47). A eroticomania se torna uma solução na psicose tendo uma função específica de: “religar ao significante do sexo o gozo inicialmente foracluído do simbólico, que retornou no real” (p.49).

No caso da mania de amor presente na erotomania platônica, o Outro ama, porém não goza. O que constitui uma saída para o gozo que avassala o sujeito, havendo um esforço de regular ou compensar a mortificação subjetiva inerente ao gozo, sendo assim um: “último recurso contra a ameaça do gozo” (SOLER, 2007, p.51). Dessa forma, o amor na psicose tem uma função distinta da neurose, constituindo uma tentativa de desviar o sujeito de uma relação mortífera. Porém, Soler (2007) aponta para os limites desse amor que ela chama de impotente: “Longe de atender ao apelo de limitar o gozo que retorna no real, ele se reduz, no máximo, a lhe fazer companhia; mas é uma companhia compensadora” (p.51).

Como exemplo, pode-se citar o caso de Aimée, estudado por Lacan (1932/2011) em sua tese de doutorado. Trata-se de uma erotomania que tem por objeto o Príncipe de Gales cujo “traço maior do platonismo ali se encontra com toda a nitidez desejável” (p.165). Ela tinha um caderno cheio de poesias apaixonadas

endereçadas a ele, no seu quarto ela colocava várias fotos do príncipe, além de recortes de jornal com suas notícias. No entanto, quando o Príncipe visitou Paris, cidade onde ela residia, não houve nenhuma tentativa de aproximação física. Ela também enviou poemas, cartas e memoriais por correio, porém sem a sua assinatura. O Príncipe de Gales é tomado por ela como um “recurso benevolente” (p.163), como seu benfeitor, alguém que podia protegê-la, que afastava seus perseguidores.

A presença do platonismo pode ser uma característica que facilita o manejo transferencial durante o tratamento, diminuindo a probabilidade de passagens ao ato que tenderiam à tentativa da realização do ato carnal, ou à agressividade nos momentos de rancor.

Parte-se agora para os delírios de perseguição. A proposição ‘eu (um homem) o amo’ é contraditada, pois nesses delírios o que se afirma é: ‘Eu não o amo – Eu o odeio.’ Segundo Freud (1911/1996), esta contradição deve ter comparecido assim no inconsciente e não pode tornar-se consciente para um paranoico sob essa mesma forma, assim esclarecido: “o mecanismo de formação de sintomas na paranoia exige que as percepções internas – sentimentos – sejam substituídas por percepções externas” (p.71). Lacan (1955-56/2010) retoma esta formulação freudiana e afirma que “o delírio começa a partir do momento em que a iniciativa vem de um Outro” (p.266). Como consequência, a proposição ‘eu o odeio’ transforma-se, por projeção, em outra: ‘Ele me odeia (persegue), o que me desculpará por odiá-lo’. Dessa forma, o sentimento inconsciente parece surgir como se fosse a consequência de uma percepção externa: ‘Eu não o amo – eu o odeio, porque ELE ME PERSEGUE.’

Para Lacan (1955-56/2010), o delírio de perseguição está próximo da denegação: “É uma alienação convertida, no sentido em que o amor se tornou ódio. A alteração profunda de todo o sistema do outro, sua desmultiplicação, o caráter extensivo das interpretações sobre o mundo, mostra-lhes aqui a perturbação propriamente imaginária levada a seu máximo” (p.56). Ele (1932/2011) também demonstra os traços principais encontrados nesse tipo de delírio: “conservam o alcance de ameaças sempre projetadas no *futuro*, embora mais ou menos marcadas de *iminência*, e o sentido antes de mais nada *demonstrativo* [...]” (grifo do autor, p.270).

Aqui cabe um parêntese para distinguir o mecanismo da projeção presente na psicose e que é diferente da neurose. É necessária uma prudência ao utilizar o

termo para evitar uma falta de clareza, pois como ressalta Lacan (1955-56/2010) a “projeção nem sempre tem o mesmo sentido” (p.173). Existe a projeção que se refere ao registro imaginário, por exemplo, no caso do transativismo em que a criança bate em seu semelhante e diz sem mentir que o outro bateu nela. Ou então, quando alguém fica com ciúmes do outro, mas na verdade são os seus próprios sentimentos que se imputa nele. Lacan sublinha que “os mecanismos em jogo na psicose não se limitam ao registro imaginário” (p.173). Sendo assim, a projeção delirante é outra coisa, e Lacan retoma a fórmula freudiana: “o que foi rejeitado do interior reaparece pelo exterior, ou ainda, [...] o que foi suprimido na ideia reaparece no real” (p.223).

No delírio de ciúmes, Freud (1911/1996) estuda as formas que aparecem em cada sexo: os delírios alcoólicos de ciúme nos homens e os delírios de ciúme nas mulheres, sendo ambos semelhantes. No caso do sexo feminino, ela suspeita do marido em relação a todas as mulheres por quem ela própria é atraída. O mesmo acontece no sexo masculino, suas suspeitas são também objetos de um forte investimento libidinal no inconsciente, que ele repele com a contradição: ‘Não sou eu quem ama o homem – ela o ama’, e assim desconfia da mulher em relação aos homens a quem ele próprio sente alguma atração. Para Lacan (1955-56/2010), a diferença entre o ciúme normal e o delirante está no fato do primeiro ser caracterizado pela dúvida, enquanto o segundo está baseado no sentimento de certeza, eximindo-se de qualquer referência a realidade. Segundo Quinet (2014) não é suficiente que o sujeito tenha a ideia que o parceiro o trai para configurar um delírio:

No delírio de ciúme, como em qualquer delírio, o que caracteriza é o fato de o sujeito sentir-se absolutamente visado pelo que está se desenrolando à sua volta. Neste caso, o sujeito se posiciona em relação à traição e à suposição de ser enganado. Em torno disso gira toda sua vida, seu interesse e sofrimento. Ele se sente literalmente sacaneado pelo Outro (p.114).

Segundo Lacan (1955-56/2010), o sujeito no delírio de ciúmes “faz levar sua mensagem por um outro” (p.55), caracterizando uma alienação que está fundada na relação com o seu semelhante, ou seja, “o ego fala por intermédio do *alter ego*, que no intervalo mudou de sexo” (p.55). Trata-se de uma alienação invertida: “encontra-se no primeiro plano essa identificação ao outro com interversão do signo de sexualização” (p.55).

Pode-se concluir, afirmando que a proposição 'eu o amo' é contradita de três maneiras: os delírios de ciúmes contradizem o sujeito, os delírios de perseguição contradizem o predicado, e a erotomania contradiz o objeto.

Freud (1911/1996) ainda inclui uma quarta e última contradição, que rejeita a proposição inteira: 'Não amo de modo algum – não amo ninguém', o que equivale a proposição: 'Eu só amo a mim mesmo', o que acarreta na megalomania. Nesta, existe uma supervalorização sexual do eu em contraposição ao que ocorre normalmente em relação ao objeto amado. Segundo Freud: “a megalomania é essencialmente de natureza infantil e que, à medida que o desenvolvimento progride, ela é sacrificada às considerações sociais (p.73).

2.4 O secretário-testemunha: um lugar para o psicanalista na transferência

O caso clínico de Vítor retoma a necessidade de reflexão sobre qual o lugar possível do psicanalista frente à transferência erotomaníaca na psicose. A posição do psicanalista não deve torná-la obstáculo, porém uma via possível de trabalho.

Lacan, em seu *Seminário 3, as psicoses* (1955-56/2010), dedica-se ao estudo do caso Schreber, ressalta que na dinâmica do delírio existe “uma perturbação da relação com o Outro, e ele está portanto ligado ao mecanismo transferencial” (p.357), apresentando uma relação transtornada com Deus, à qual Lacan vai chamar de uma “erotomania divina” (p.358). Deus é essencialmente linguagem, fala a língua fundamental cujas palavras são por essência enigmáticas. Deus é uma presença falante, “fala todo o tempo, aquele que não para de falar não dizendo nada” (p.150). Lacan descreve da seguinte forma a relação do sujeito psicótico com o Outro:

preponderante, esmagador, proliferante, dos fenômenos de auditivação verbal, a formidável captação do sujeito no mundo da fala, que não é apenas copresente em sua existência, que não constitui apenas o que chamei de um acompanhamento falado dos atos, mas uma perpétua intimação, solicitação, e mesmo ultimato, manifestando-se nesse plano. Nem por um só instante o sujeito deve cessar de dar testemunho ao convite constante da palavra falada que o acompanha, que ali está presente, é capaz de responder - ou de não responder, porque talvez, diz ele, se queira coagi-lo a dizer alguma bobagem. Por sua resposta como por sua não resposta, ele tem de testemunhar que está sempre acordado nesse diálogo interior. Não estar mais assim seria sinal de uma decomposição (p.363, itálico nosso).

Schreber está na posição de testemunho perante a presença de Deus, este lugar ocupado por ele está intimamente relacionado com a própria estrutura da

paranoia. Lacan (1955-56/2010) lança uma questão que surpreende: “será que o doente fala?” (p.46). Responde que o sujeito fala como “uma boneca aperfeiçoada que abre e fecha os olhos, absorve líquido” (p.46). Isso porque, quando o psicótico fala, trata-se de alguma coisa que lhe falou. Esta coisa é o inconsciente: “é algo que fala no sujeito, além do sujeito, e mesmo quando o sujeito não o sabe [...]” (p.54). O psicótico dá testemunho desta relação com o Outro, ou seja, “o testemunho do alienado em sua posição em relação à linguagem” (p.244). Assim, Lacan diz:

como não ver na fenomenologia da psicose que tudo, do início até o fim, se deve a uma certa relação do sujeito com essa linguagem, de uma só vez promovida ao primeiro plano da cena, que fala sozinha, em voz alta, com seu ruído e seu furor, bem como com sua neutralidade? Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído, pela linguagem (p.292).

O delírio do psicótico é o discurso do inconsciente que emerge no eu e se revela, mas apesar de estar aí exposto e articulado, permanece irreduzível. Como diz Lacan (1955-56/2010), “o psicótico é um mártir do inconsciente” (p.156). O psicótico dá um testemunho aberto do inconsciente, diferentemente do neurótico, que dá um testemunho velado e que exige um trabalho de decifração.

Segundo Lacan (1955-55/2010), o inconsciente é como um monólogo interior que está em conexão com o diálogo exterior, o que o leva a afirmar que o inconsciente é o discurso do Outro. Porém, se este monólogo apresenta certa continuidade, não é a todo momento, pois existem leis de intervalo. Entre as funções do eu está “a de não ser envenenado por essa frase que continua sempre a circular, e pronta a ressurgir sob mil formas camufladas e desconcertantes” (p.136). Lacan retoma a clássica frase evangélica que diz que os homens têm ouvidos para não ouvir, como correspondendo a esta função que na neurose é bem-sucedida e na psicose falha:

Aquilo de que se trata para o homem é justamente se sair bem com essa modulação contínua, de maneira que isso não o ocupe demasiadamente. Justamente por isso as coisas se arranjam a fim de que a sua consciência se desvie dela. Contudo, admitir a existência do inconsciente é afirmar que, mesmo se a sua consciência dela se desvia, a modulação de que falo, a frase com toda a sua complexidade, persiste (p.136).

Na psicose, este monólogo interior está colocado o tempo todo sem interrupção: “memorizando para todo sujeito sua conduta a cada momento, e duplicando de alguma forma sua vida” (p.145). O psicótico pode até tentar encobrir este discurso, porém, a mesma sonoridade está sempre a ressurgir, segundo Lacan,

“pode-se admitir que não é impossível que esse discurso seja sonorizado pelo sujeito” (p.145). Nas alucinações auditivas, existem certos movimentos de garganta e lábios, o que induz à conclusão de que o próprio sujeito está articulando aquilo que ele diz ouvir. A característica de ser tomado como algo imposto e exterior ao sujeito tem a ver com o modo como o psicótico reage à alucinação. A diferença para Lacan, entre o neurótico e o psicótico, está no fato de que o primeiro não leva a sério o seu discurso interior.

A particularidade da transferência na psicose está justamente implicada na posição de testemunha que o sujeito ocupa diante disto que lhe fala. Ao psicanalista cabe ocupar o lugar daquele que pode reconhecer isto que é testemunhado pelo sujeito. Lacan (1955-56/2010) aponta que o psicótico é alguém que quer o reconhecimento do outro, assim como o neurótico, e diz “se Schreber escreve essa obra enorme é justamente para que ninguém ignore a respeito do que ele sofreu” (p.96). O psicanalista pode validar esta posição do psicótico como testemunha aberta a partir do lugar de secretário do alienado, segundo Lacan: “não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (p.241).

Beneti (1996) expõe que existem duas posições do sujeito psicótico na sua relação com o Outro: 1) enquanto objeto de gozo do Outro, e 2) enquanto S2, que é quando ele ocupa o lugar de um saber pleno, todo, sem espaço para dúvida ou incerteza, como uma “máquina de significar delirantemente” (p.90). É a partir destas duas posições que o analista pode se situar na transferência. No caso da erotomania, pode-se pensar numa posição do sujeito como objeto de gozo do Outro, uma vez que é o Outro que o ama.

Beneti (1996) propõe uma divisão entre as duas funções que cabem ao analista na transferência: a de testemunha e a de secretário. A posição de analista-testemunha só é viável quando existe o delírio, está ligada à posição do psicótico como S2. Ele aponta que se não existe nenhum delírio não há o que testemunhar. O autor ressalta que o psicótico busca no analista um suposto-entendedor de sua produção delirante e o analista funciona como testemunha, ou seja, aquele que é suposto-compreender, suposto-compartilhar, testemunhando a construção do delírio. Cabe apoiar o sujeito em sua construção, o que implica o silêncio do analista no sentido de não tentar suprimir o vazio deixado pela forclusão, ou de substituir o vazio por significantes imperativos, através de sugestões ou de uma pedagogização.

Não deve haver uma tentativa de normatizá-lo. Segundo o autor, o silêncio pode justamente evitar a erotomania mortífera, onde o sujeito se oferta como objeto de gozo do Outro.

Já a posição do analista secretário é cabível quando o psicótico ocupa o lugar de objeto de gozo do Outro. Nesta função cabe ao analista o lugar de um Outro regulador, moderador do gozo do qual o sujeito se sente objeto. É ocupar a posição de um Outro da interdição, em suas palavras: “a função do analista secretário é a de limitar o gozo do Outro, funcionar como guardião dos limites do gozo. Trata-se de fazer limite ao gozo, opondo-se firmemente nos momentos mortíferos. Ou seja, o analista toma a seu cargo a regulação de gozo, ele mesmo” (BENETI, 1996, p.93).

Esta expressão “secretário do alienado”, segundo Lacan (1955-56/2010), já foi utilizada para apontar a impotência dos alienistas, numa subversão, ele a toma em sua potência e positividade. O secretário é aquele que anota as deliberações, redige as cartas, toma notas, é alguém encarregado da organização e do funcionamento, bem como uma pessoa responsável dos afazeres particulares e pessoais de um terceiro.

Para Lacan, é necessário tomar ao pé da letra o que o psicótico diz. Segundo Beneti (1996), “não há lugar para o analista enquanto intérprete” (p.89). Isso é devido a três motivos. Primeiramente não há o que o analista interpretar, uma vez que não existe uma ação do recalque. O gozo não é um gozo recalcado que exige um trabalho de decifração. O significante Nome-do-Pai, que tem como função separar o corpo do ser falante de seu gozo através da experiência de castração, está foracluído na psicose. Isso acarreta um gozo sem freio, não localizado e não simbolizável.

O segundo motivo é que na psicose não existe um intervalo entre S1 e S2. Lacan (1966/1987) aponta para o fato de que a estrutura do sujeito não é inteira, porém dividida. O sujeito é dividido, representado por um significante para outro significante. Entretanto, na paranoia, o sujeito não está representado pelo par significante. Portanto, não há intervalo entre o S1 e o S2, o sujeito é designado somente por um S1. A interpretação está localizada no intervalo significativo e, se tal intervalo não existe, interpretar equivale a interpretar um S1, o que significa a produção de um S2, que é o próprio delírio. A terceira e última razão é que na psicose existe um defeito no simbólico que impede que o analista se sirva da interpretação como tal.

Lacan (1955-56/2010) ressalta que a ideia de tomar ao pé da letra o que o psicótico diz está na contramão do que geralmente é feito pela psiquiatria, quando se propõe a escutá-lo. No meio social, o discurso do psicótico é tomado como absurdo, tem propensão a causar um grande incômodo justamente por sua estranheza. Inclusive, ele destaca que a primeira reação do psiquiatra quando começa a escutar o psicótico é sentir desagrado: “a sua primeira preocupação no interrogatório é fazer encaixar as pequenas cavilhas nos buraquinhos” (p.144).

Segundo Lacan (1955-56/2010), os psiquiatras condenam prontamente o discurso do psicótico a um fenômeno anormal, portanto não se interessam em compreendê-lo, “defendem-se assim de sua sedução, tão sensível no presidente Schreber, que interroga com toda a ingenuidade o psiquiatra – O senhor não tem medo de vez em quando de ficar louco?” (p.147). O psicanalista se interessa pelo discurso do psicótico, o perigo de delirar junto não deve intimidá-lo, como afirmava Lacan:

por que então condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, mesmo assim não guarda talvez seu testemunho o seu valor? (p.243).

Ser secretário do alienado é também introduzir o sujeito, tal como fez Freud em relação ao texto de Schreber, o que tem como sentido: “não apreciar o louco em termos de déficit e de dissociação das funções” (LACAN, 1966/1987, p.22). Esta concepção é importante porque produz grandes consequências do ponto de vista da clínica, do social e da construção de uma nova cultura. É um começo para transformar o lugar comumente estabelecido do psicótico como um desqualificado e tornar algo positivo a sua diferença, como diz Zenoni (2000): “a psicose é um destino subjetivo, positivo, entre outros, em oposição ao que seria uma concepção da psicose como ausência do sujeito” (p.34-35).

É pelo fato de o psicótico estar em posição de testemunha que o psicanalista deve estar na função de secretário, o que implica em registrar o que ele testemunha da sua relação com o Outro, assim como tomar a sua fala ao pé da letra, como ressalta Lacan (1955-56/2010): “não temos razão alguma para não aceitar como tal o que ele nos diz” (p.243). Deve-se deixar o psicótico falar. Lacan aponta para as consequências positivas de tal possibilidade: “Quanto a Schreber, deixaram-no falar,

por uma boa razão, é que não lhe diziam nada, e ele teve todo o tempo para nos escrever seu grande livro” (p.145).

Em relação ao delírio, o sujeito se situa tanto como agente quanto paciente, ele é menos sofrido quanto mais tem a expectativa de se organizar, o que é facilitado a partir do endereçamento a alguém disposto a escutar, como propunha Lacan (1955-56/2010): “sustentamos que convém escutar aquele que fala, quando se trata de uma mensagem que não provém de um sujeito para-além da linguagem, mas de uma fala para-além do sujeito” (p.581). Muñoz (2010) afirma que “a presença ativa de alguém que aceite se colocar no lugar de destinatário e dê testemunho de recebimento daquilo que lhe foi endereçado localiza a produção psicótica, podendo deixar o sujeito mais livre para encontrar novas formas de enlace com o social” (p.88-89).

Segundo Allouch (1997), o psicótico e o psicanalista “se encontram lado a lado” (p.445), uma vez que ambos são conduzidos a serem teóricos de sua experiência. No caso de Schreber, Lacan (1955-56/2010) o aproxima de um teórico da psicologia:

As vozes que ocupam Schreber com seu discurso contínuo são psicólogas. Uma grande parte do que elas contam concerne à concepção das almas, à psicologia do ser humano. Elas fornecem catálogos de registros de pensamentos, os pensamentos de todos os pensamentos [...] (p.137).

Mais ainda:

Uma psicologia tem, com efeito, seu lugar no interior de seu delírio, uma psicologia dogmática, que lhe é exposta pelas vozes que o interpelam, explicando-lhe como seus pensamentos são feitos (p.253).

Como o psicanalista e o psicótico se encontram lado a lado, às vezes ocorre de o segundo corrigir a teoria do primeiro. Segundo a visão freudiana, “há mais verdade psicológica no delírio de Schreber do que nos psicólogos” (LACAN, 1955-56/2010, p.298). E ainda: “Schreber é mais verdadeiro do que tudo o que os psicólogos podem dizer a seu respeito, ele sabe muito mais sobre os mecanismos e os sentimentos humanos que os psicólogos” (LACAN, 1955-56/2010, p.298). Lacan ainda ressalta em sua *Apresentação da tradução francesa das Memórias do Presidente Schreber* (1966/2003) que o texto de Schreber é um texto freudiano, o que quer dizer que não é tanto Freud quem fornece o esclarecimento, mas o próprio Schreber quem torna visível a adequação das categorias freudianas.

3 A TRANSFERÊNCIA E A POSIÇÃO DO ANALISTA NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

3.1 A transferência como questão preliminar à desinstitucionalização: a relação entre a surdez da equipe e a mudez do sujeito

A clínica da atenção psicossocial, conquista da Reforma Psiquiátrica, adota como norteadora a proposta de uma reabilitação psicossocial que objetiva a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade social daqueles que têm um sofrimento psíquico, que passaram anos reclusos, segregados da sociedade pela ação manicomial. O paradigma da desinstitucionalização produz uma crítica à cultura manicomial, uma vez que esta gera isolamento, exclusão e uma prática desumanizada. Este padrão vem justificando o mandato universal encontrado no campo da saúde mental acerca de que todos aqueles ainda inseridos em manicômios deverão sair.

Porém, durante o processo de desinstitucionalização dos usuários que os dirige para novos lugares, como as Residências Terapêuticas, é notável que nem todos demandam sair e nem todos aceitam a proposta, o que gera uma questão: cabe contrapor um outro universal de que todo aquele que se recusa não deve sair? Diante da recusa de um usuário é melhor recuar? O trabalho aponta que não é praticável responder o que é melhor *a priori*, sendo necessário incluir o “saber-não saber” como condição necessária para o profissional operar e se autorizar enquanto um parceiro do psicótico. Somente a partir de cada usuário a cada vez é que se pode inventar possibilidades diante dos impasses.

A seguir, apresenta-se um caso que ensinou à equipe como a transferência é uma condição preliminar para o processo de desinstitucionalização.

Há mais de um ano, a equipe de três serviços: hospital psiquiátrico, CAPS e Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem realizando um trabalho articulado de desinstitucionalização de um usuário chamado Roberto⁴, com o intuito final para que saísse do hospital psiquiátrico para morar numa Residência Terapêutica. Importante ressaltar que a desinstitucionalização não equivale a uma desospitalização, mas está além, uma vez que visa uma nova maneira de o sujeito se situar na vida. Como

4 Nome fictício.

diz Viganò (2002): “a finalidade do tratamento é aquela que faz nascer um sujeito, um sujeito inédito” (p.2). Esta é a perspectiva do processo de desinstitucionalização.

Sabe-se que o psicótico tem a tendência de se colocar no lugar de objeto e o manicômio tem um funcionamento à revelia do sujeito. Portanto, o trabalho de ofertar a Residência Terapêutica como novo lugar de moradia inclui convocar o psicótico a estar no laço social, ou seja, implica chamá-lo para ocupar outra posição, a de sujeito. Esta proposta não é simples, uma vez que: “para o psicótico a vida social é perigosa, é persecutória e o muro o defende disto” (VIGANÒ, 2002, p.2).

Apesar de todos os meus esforços realizados conjuntamente com a equipe, Roberto recusava a saída do hospital psiquiátrico. Toda vez que eu o interrogava sobre os seus motivos para não aceitar ir embora para uma casa, respondia sacudindo a cabeça negativamente, sem conseguir dizer mais do que isso. Roberto é surdo. No entanto, não se pode dizer que fosse mudo, como era chamado pelos pacientes internos com ele no hospital psiquiátrico Spínola, onde permaneceu por muitos anos. Somente por ocasião do fechamento desse hospital é que Roberto saiu, não tendo sido realizado um trabalho de desinstitucionalização. Ele foi retirado sem ser incluído no processo de sua saída, sendo levado para um dos núcleos da Colônia Juliano Moreira.⁵

Um interno antigo do Spínola, ao encontrar Roberto na Colônia, surpreendeu-se em vê-lo falando. Espantado com isso, chegou a dizer: “o mudinho fala”! Sim, Roberto tinha sua maneira particular de falar.

Inicialmente, a mudez de Roberto produziu um efeito de surdez em mim que demandava a sua ida para uma Residência Terapêutica, apesar de suas negativas. A partir do impasse apresentado, levei para a supervisão algumas questões: o que fazer diante do usuário que não quer sair? Será que se deve recuar? Por que continuar insistindo na mesma direção? Quem escutará o “não” do sujeito frente a oferta de uma casa? A partir dessas perguntas que se tornaram enigmas houve uma mudança significativa no trabalho realizado. A supervisão foi o lugar onde eu pude identificar o meu ponto “surdo”, aquilo que não se ouvia, e daí se tornou praticável escutar o sujeito.

⁵ Atualmente existem três núcleos ainda ativos na Colônia Juliano Moreira: Teixeira Brandão, Rodrigues Caldas e Franco da Rocha, tendo todos o destino comum de fechamento. Enquanto isto não ocorre, a desinstitucionalização é a função primordial.

Foi constatada uma correlação entre a mudez do sujeito e a minha surdez diante de sua recusa. Novas questões surgiram: será que Roberto é mudo ou é a equipe que é surda? Havia um mudo falando com um surdo? Roberto repetia na transferência a posição que uma vez ocupou diante das suas primeiras figuras primordiais, sendo a mudez um sintoma que provocava no outro uma surdez.

O trabalho avançou mais a partir do momento em que eu passei a me interrogar sobre como ter acesso à língua dele. A equipe desejou se comunicar com ele, escutar o que ele tinha a dizer. O psiquiatra da equipe, inclusive, interessou-se por aprender a linguagem de libras! A partir deste momento, Roberto se tornou mais comunicativo, por efeito da atitude da equipe de “encarnar uma posição de não saber, como condição para que o sujeito psicótico se autorize a uma tentativa de enunciação” (BAIO, 1999, p.60). Uma inversão se produziu na clínica. A problemática da ida ou não para a Residência Terapêutica se tornou secundária ao interesse de escutá-lo.

A sua história difícil de internação longa, quase uma vida inteira, estava sendo surpreendida pela possibilidade de uma vida fora da instituição. Por esta razão, seria estranho imaginar que Roberto aceitaria a oferta tão rapidamente. Várias estratégias foram pensadas em equipe, tais como: o seu recurso financeiro permanecer na casa junto com seus pertences pessoais, o próprio passar o dia na casa, inserir o CAPS como local de tratamento e uma articulação maior entre todos os profissionais que participavam de seu projeto terapêutico.

O trabalho com Roberto incluiu pensar o que a recusa diante da possibilidade de viver fora do manicômio queria dizer, pois se entendeu a importância desta não ser compreendida imediatamente. Assim, eu não deveria recuar sem que antes o Roberto pudesse produzir uma enunciação a respeito disso. Baio (1999) ressalta a importância do trabalho, entre muitos, ter a função de “dizer não a quem quer que surja numa posição de saber, de querer, de desejo para o sujeito psicótico, para deixar, ao contrário, surgir o direito do sujeito à sua iniciativa de enunciação” (p.60).

A partir do tratamento no CAPS, Roberto conseguiu dizer para a psicóloga que iria morar na Residência Terapêutica. Ela ficou em dúvida se havia entendido “corretamente” o que ele tinha lhe dito, mas o importante é que se produziu um mal-entendido e daí se ouviu outra coisa que não mais a recusa. Este efeito só pôde se dar num espaço onde havia menos demanda por parte dos profissionais.

O CAPS se tornou um lugar terceiro na relação dual e intersubjetiva constituída entre mim como acompanhante terapêutico do SRT e Roberto. Eu consegui perceber que enquanto permanecesse numa posição de demandar, nada se produziria de diferente. Somente quando entraram outros profissionais no circuito foi que houve uma circulação do saber e, assim, outros elementos puderam aparecer. Como diz Baio (1999), é preciso “fazer série na parceria, não tanto se revezando entre si, mas, sobretudo, oferecendo [...] reciprocamente, numa posição de destituição quanto ao saber” (p.57), colocando a necessidade de construir o saber que será realizado pelo próprio sujeito.

No início, a transferência de Roberto comigo era essencialmente negativa. A cada vez que o visitava no hospital, eu era recebida com gesticulações que diziam “não”. O acompanhante terapêutico era o representante da casa e o comportamento opositor de Roberto se dirigia a isso. A partir do processo de desinstitucionalização de Roberto, pude aprender que era necessário primeiro estabelecer uma transferência antes de ofertar uma casa, assim como a importância de não colocar *a priori* uma demanda, mas apenas oferecer um espaço de escuta para o sujeito. Assim, somente quando a demanda foi suspensa, a transferência se tornou positiva, com isso, as visitas de Roberto a casa se tornaram mais frequentes. Atualmente ele realiza o percurso espontaneamente, sai todas as manhãs do hospital rumo ao CAPS e posteriormente, caminha para ir à Residência Terapêutica. O trabalho evidencia que os profissionais da equipe, ao se manterem “numa posição de saber-não saber, tornam-se testemunhas de que novas posições subjetivas nascem; sujeitos se produzem” (BAIO, 1999, p.61).

3.2 Os equívocos da demanda e da compreensão

Uma instituição tal como a de saúde mental tem sempre ideais e deve responder a um número de exigências sociais: “uma instituição é orientada para um significativo mestre da civilização” (STEVENS, 2002, p.3). Os CAPS carregam em si o ideal da Reforma Psiquiátrica, que luta pelo fim dos manicômios, construídos para serem substitutivos ao hospital psiquiátrico e não complementares. Zenoni (2000) destaca que há uma razão para a instituição existir:

Porque antes de existir para eventualmente tratar do sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, colocá-lo ao abrigo, colocá-lo a distância, assisti-lo.

Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, é a necessidade de uma resposta social a fenômenos clínicos, a certos estados da psicose [...] (p.14).

A situação clínica apresentada expõe que o ideal de uma equipe pode operar como um limite na possibilidade de acolher algo que se apresenta diferentemente do esperado. Lacan (1958/1998) sublinha o fato de que o analista é aquele que dirige o tratamento, porém não deve tentar dirigir o paciente. Muñoz (2010) aponta a importância do psicótico adquirir um lugar de protagonismo em seu tratamento e que isto “pode funcionar como um bom antídoto contra o excesso transferencial” (p.90), sendo preciso “dar voz ao sujeito em relação àquilo a que se refere o seu projeto terapêutico” (p.90). Freud (1919 [1918]/1996) adverte que o analista não deve tentar decidir o destino do analisante:

Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais, e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo a nossa própria imagem e verificar que isso é bom (p.178).

Houve uma cilada: eu, na função de acompanhante terapêutico, num primeiro momento, imaginei que sabia que o melhor para Roberto era sair do hospital psiquiátrico; a partir desta compreensão cai na ilusão de esperar que ele se satisfizesse com a oferta de uma casa.

Lacan (1955-56/2010), em seu Seminário sobre *As psicoses*, retoma a noção de compreensão de Jaspers, que consiste em presumir que existem coisas que são evidentes, e faz uma crítica preciosa a tal ideia. Lacan cita alguns exemplos, entre os quais discute a ideia de Jaspers de que o sentimento de tristeza comparece, quando alguém não tem o que deseja. Lacan contrapõe o fato de que existem pessoas que possuem tudo o que desejam e, mesmo assim, continuam tristes. Ele conclui que o compreensível é um termo fugidivo e inapreensível, devendo-se tomar esta observação como uma lição fundamental e indispensável à clínica: “Comecem por não crer que vocês compreendem. Partam da ideia do mal-entendido fundamental” (LACAN, 1955-56/2010, p.31).

A posição de compreender equivale a posição de saber, que segundo Zenoni (2000) está na contramão do trabalho com a psicose. Para ele, é necessário assumir a posição de aluno, sendo essencial *deixar cair* o saber constituído. O trabalho feito por muitos pode facilitar esse processo, uma vez que produz uma desierarquização do saber que tem como consequência lógica uma dispersão do saber suposto. O

esvaziamento do saber gera uma nova posição do técnico de saúde mental, de saber não saber, podendo evitar o surgimento de uma transferência erotomaníaca ou persecutória.

No caso de Roberto, primeiro existe uma compreensão antecipada da minha parte em supor que ele quer sair do hospital psiquiátrico, fundamentada na lógica de que é melhor viver numa casa do que dentro do manicômio. Em segundo lugar, a compreensão de que ele não quer ir para a Residência Terapêutica, porém esta se baseia apenas na evidência de sua recusa. Somente quando ela se tornou um enigma para a equipe, o trabalho pôde avançar. Aceitar a recusa de Roberto, apressadamente, seria compreendê-la sem torná-la uma questão: por que Roberto não queria sair? O que isso queria dizer?

Para Lacan (1955-56/2010), a psicologia humana é totalmente antinatural; sendo assim, não há nada compreensível em si. Ele diz que a psicogênese equivale a uma relação de compreensão, evidencia que o grande segredo da psicanálise é que não há psicogênese. Em suas palavras:

Se a psicogênese é isso, é justamente aquilo de que a psicanálise está mais afastada, por todo o seu movimento, por toda a sua aspiração, por toda a sua força, por tudo o que ela trouxe, por tudo aquilo para o qual ela nos conduz, por tudo aquilo em que ela deve nos manter (p.16).

Segundo Lacan (1960-61/2010), o sentimento de compreensão equivale a uma suposta ideia de que se sabe responder aquilo que o outro demanda. Ele também aponta que a compreensão do analista pode representar uma resistência. Portanto, compreender a recusa de Roberto antes de ele ter produzido alguma enunciação consistiria numa resistência da minha parte, e por esta razão foi necessário continuar ao invés de recuar:

Se compreendo, eu passo, não me detenho nisso, visto que já compreendi. Eis o que manifesta para vocês o que é entrar no jogo do paciente – é colaborar com a sua resistência. A resistência do paciente é sempre a de vocês, e quando uma resistência é bem-sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço, porque vocês estão compreendendo (LACAN, 1955-56/2010, p.62).

Lacan (1960-61/2010) adverte que a demanda não é explícita, está oculta para o próprio sujeito, fazendo com que ela tenha um aspecto ambíguo, o que requer um trabalho de interpretação. Ele aponta que existe sempre um mais-além e um aquém da demanda: “Num mais além que é a demanda de amor. Num aquém que é o que chamamos o desejo” (p.248). Na atenção psicossocial, como no caso de

Roberto, observa-se às vezes que pode existir uma demanda por parte da equipe e uma oferta antecipada. Segundo Estrella e Ribeiro (2015), se isso ocorre, os profissionais trapaceiam. Esta expressão é tomada por empréstimo, tendo sido utilizada por Freud em sua conferência sobre *Psicanálise e Psiquiatria* (1917[1916-17]/1996), quando ele aponta que o psiquiatra é um trapaceiro ao oferecer mais do que pode cumprir. Isso porque a psiquiatria de sua época, segundo Freud, se limitaria a descrever os fenômenos da doença, sendo incapaz de revelar as causas.

Para Zenoni (2000), na clínica da psicose é preciso operar um esvaziamento do querer ou do poder para adequar-se a posição subjetiva de quem se acolhe. Assim ele pergunta: “como presentificar para o sujeito um Outro que não seja a encarnação do querer do Outro?” (p.22). Ele responde que é importante atualizar um Outro que é ele mesmo submetido a uma lei. O que levanta uma questão: como eu poderia no caso de Roberto desocupar o lugar da vontade do Outro traduzido por: “quero que você saia do manicômio” para um Outro regulado e limitado a lei?

No caso de Roberto, existia uma demanda da minha parte para ele sair do hospital e ir morar numa Residência Terapêutica. Esta demanda existia também em função de imaginar que a equipe esperava isso como resultado do trabalho, o que acabou por produzir um impasse, uma vez que o próprio usuário não aceitava. A partir do momento em que se suspendeu a demanda foi possível escutá-lo e o trabalho pôde avançar.

Laurent, em seu texto *O analista cidadão* (1999), aponta que a posição do psicanalista na saúde mental não deve ser a de um crítico intelectual. Ou seja, de um “analista que não tem nenhum ideal, que chega a se apagar, que é tão só um vazio ambulante, que não crê em nada” (p.8). O autor sugere que tal posição deve ser abolida e adotada uma nova, a do analista cidadão. Esta função possibilita a inserção do psicanalista na saúde mental: “há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa, um analista sensível às formas de segregação” (p.8). A partir do momento em que eu saí de uma posição crítica e falei sobre minhas angústias e dificuldades diante da recusa de Roberto, discutindo as questões em supervisão, tornou-se possível participar como mais um entre vários no trabalho com ele.

Laurent sublinha que entre as funções do psicanalista na saúde mental está a de evitar que, por uma razão universal, seja humanista ou anti-humanista, a particularidade de cada sujeito seja abandonada. Ele afirma que esta particularidade

é esquecida na saúde mental, sendo fundamental resgatá-la. Dentro das pretensões do trabalho da atenção psicossocial, tais como autonomia, liberdade, reinserção social, cidadania e recuperação de direitos é preciso cuidado para não perder de vista a singularidade de cada sujeito, e não lhe impor certos ideais a favor de um universal. A própria desinstitucionalização não deve ser realizada a partir de um universal, mas reinventada diante de cada sujeito, sendo particularizada.

É preciso ressaltar que não se trata de assumir uma posição de indiferença perante o sofrimento alheio, como se entre o universal do humanismo e do anti-humanismo não existissem distintas implicações e resultados. Viganò (2002) ressalta que no fechamento dos manicômios há uma razão humanitária: “[...] porque eram lugares de encarceramento, de enclausuramento, de escravidão, fora da cidade social e este é um motivo humanitário” (p.7). O acompanhante terapêutico é alguém que se sensibiliza perante à recusa de um sujeito diante da possibilidade de uma vida na cidade, devendo tratá-la clinicamente. O trabalho deve persistir, pois a recusa pode ser tomada como índice de algo que não vai bem com o próprio sujeito. Portanto, apostar na continuidade está fundamentado em razões clínicas e não ideológicas.

Segundo a psicanálise, conviria aos profissionais de saúde mental, durante o processo de desinstitucionalização, não assumirem que sabem de antemão o que é melhor para os usuários - como, por exemplo, que seja preferível sair do hospital psiquiátrico -, pois, se assim o fizerem, estes se tornam objetos das práticas psicossociais. Supõe-se favorável a equipe reconhecer “saber que não sabe” para o saber aparecer do lado do sujeito. Viganò (2002) destaca: “[...] o parceiro do psicótico é um aluno, é alguém que deve aprender com o psicótico, e tem muito para aprender” (p.12).

A psicanálise tem a função de transmitir “o interesse que tem para todos a particularidade de cada um” (LAURENT, 1999, p.10). A sua política é a da clínica do caso a caso, incluindo o sujeito e suas soluções particulares. Por conseguinte, não está orientada por um ideal de saúde, bem-estar e felicidade. Observa-se, na prática, que as invenções do sujeito não estão em sintonia com nenhum programa pré-estabelecido, é necessário dar lugar a elas para proporcionar ao sujeito uma saída para o seu sofrimento. Borsoi (2011) destaca que a possibilidade de sustentar a ética da psicanálise no campo da saúde mental depende da transferência:

A sustentação dos princípios da psicanálise no campo da saúde mental vai depender, na maioria das vezes, das consequências que podem ser extraídas quando a cada efeito de queda dos ideais universais, a transferência de trabalho se mantém, tanto no tratamento com os pacientes quanto com os outros da equipe. O que está em jogo na saúde mental em termos do objeto é o que deve ser deixado cair: o saber *a priori*, os ideais universais e todo o programa que vise a normalização do sujeito (p.3).

Cottet (1989) sublinha que “estaríamos tentados a pedir à psicanálise conselhos e sabedoria. Mas além de não trazer-nos qualquer boa nova, a psicanálise nos confronta com o fato de que as exigências às quais um sujeito da linguagem tem que se submeter são contraditórias” (p.126). A psicanálise está distante de uma disciplina da felicidade, tendo a importante função no campo da saúde mental de advertir os engodos de equivaler a saída do manicômio a uma conquista de felicidade. O que o analista tem para dar na saúde mental é um desejo prevenido, significando que ele não pode desejar o impossível, ou seja, responder a demanda de felicidade: “Se há algo que se chama seu bem e sua felicidade, não há nada para isso ser esperado nem do microcosmo, isto é, dele mesmo, nem do macrocosmo” (LACAN, 1959-60/2009, p.46).

Caso o profissional de saúde mental orientado pela ética psicanalítica tentasse atender a demanda feita pela equipe ou pelo próprio usuário seria uma espécie de impostura: “Constituir-se como garantia de que o sujeito possa de qualquer maneira encontrar seu bem mesmo, na análise, é uma espécie de trapaça” (LACAN, 1959-60/2009, p.355). Na ótica lacaniana, fazer as coisas pelo bem conduz o analista para longe de proteger-se da culpa e de todo tipo de desastres:

Não direi que o mínimo gesto para afastar um mal dê possibilidades para um mal maior, ele acarreta sempre um mal maior. É uma coisa que conviria que um psicanalista se acostumassem, porque creio que sem isso ele não é absolutamente capaz de exercer com toda a consciência sua função profissional (LACAN, 1959-60/2009, p.370).

Inclusive, se o profissional se preocupa em fazer o bem, deve sempre questionar pelo bem de quem ele age. No caso de Roberto, a saída do manicômio não deveria ser considerada como o bem maior a ser alcançado, e se assim fosse, teria que se interrogar a benefício de quem, se do próprio sujeito ou da equipe.

O caso de Roberto ensina que é favorável ao trabalho clínico que o profissional de saúde mental adote uma posição diferente daquela de querer ou de demandar algo do sujeito, bem como de saber e compreender *apriori* o que se passa com ele. É interessante se situar como alguém que pode partilhar de um

questionamento do sujeito, o que implica assumir um lugar menos intrusivo e portanto, menos persecutório. O acompanhamento de Roberto levantou uma questão e por não ter havido uma resposta antecipada colocou a equipe e o sujeito em trabalho para produzir uma saída ao impasse apresentado.

3.3 A transferência como eixo da clínica

O meu egoísmo é tão egoísta

Que o auge do meu egoísmo é querer ajudar

Raul Seixas, Carpinteiro do Universo.

Aposta-se que existem efeitos clínicos adquiridos, quando o manejo da transferência é incluído no tratamento dos usuários acompanhados no CAPS, bem como no processo de desinstitucionalização.

A partir da inserção na saúde mental, enquanto residente e posteriormente como acompanhante terapêutico, foi possível constatar que a transferência se constitui como questão preliminar para o tratamento oferecido no CAPS e para a desinstitucionalização. As práticas assistenciais, presentes no cotidiano do CAPS têm seu devido valor, mas será que cabem enquanto estratégias de tratamento ou como norteadoras de um processo de desinstitucionalização? Elia (2015) aponta que existe uma diferença no conceito de transferência quando aplicado ao campo da atenção psicossocial:

A transferência, por exemplo, não significa aqui o que significa na clínica das neuroses praticada no dispositivo freudiano, a saber, a “atualização do inconsciente através da repetição de relações parentais inconscientes”. Ela significa a inclusão do técnico no campo e na trama do sofrimento do paciente, sua adoção como destinatário necessário, e a *pessoa atual* do técnico passa a dever suportar esse endereçamento, acolhê-lo, responsabilizar-se pelo lugar inteiramente preciso e precioso que lhe é conferido pelo paciente (p.4).

Há uma questão que se supõe fundamental para o profissional de saúde mental: como não cair na tentação de ocupar o lugar de salvador e redentor do usuário na transferência, enquanto realiza o trabalho de desinstitucionalização ou para aqueles que buscam ajuda para o seu sofrimento? Lugares condenados por Freud em *o Ego e o id* (1923/1996), visto que a psicanálise não opera a partir de uma ideologia taumatúrgica. A função do acompanhante terapêutico se torna mais

potente e de maior alcance quando não se reduz à ação de obter o maior número possível de desinternações dos manicômios, equivalendo o ato a uma salvação. Assim como durante o tratamento, se considera mais favorável que o técnico de referência não assuma como objetivo primeiro eliminar o sintoma.

Segundo Quinet (2009), cabe ao profissional: “não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva”. Isto “significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito”. Esta visão deve gerar uma atitude “seja no ataque histérico, na depressão melancólica, no delírio paranoico ou no despedaçamento do esquizofrênico” (p.13).

Para a psicanálise, o sintoma não é visto como um transtorno a ser medicado, uma vez que está advertida sobre o ganho secundário que dele é retirado. Segundo Freud (1910/1996), a neurose pode ter uma função biológica, como uma proteção, e socialmente, pode produzir vantagens, uma vez que pode ser obtido um lucro, como por exemplo, adquirir o direito a um benefício-salário. Dessa forma, o sintoma permite ao sujeito sentir-se livre de lutar por sua sobrevivência por outros meios. Freud chega a apontar que às vezes a neurose, por mais grave que seja, pode ser o resultado menos danoso dentro de certas circunstâncias:

As neuroses possuem, de fato, sua função biológica, como um dispositivo protetor, e têm sua justificativa social: a “vantagem da doença”, que proporcionam, não é sempre uma vantagem puramente subjetiva. Existe alguém entre os senhores que, alguma vez, não examinou a causalidade da neurose, e não teve de admitir que esse era o mais suave resultado possível da situação? (1910/1996,p.155).

Por outro lado, porém, a experiência demonstra, sem qualquer dúvida, que quando um homem pobre produz uma neurose, só com dificuldade permite ser livrado dela. Ela lhe presta ótimo serviço na luta pela existência; o lucro secundário da doença, que ela lhe traz, é demasiadamente importante. Ele agora reivindica, por direito de sua neurose, a piedade que o mundo lhe recusou à aplicação material, e pode então eximir-se da obrigação de combater sua pobreza por meio do trabalho (1913/1996, p.148).

Segundo Viganò (2002), o manicômio pode ter, na psicose, uma função particular, assim como o sintoma tem na neurose. O autor retoma a perspectiva freudiana que aponta para a transferência que o psicótico pode ter com a estrutura do hospital, justamente pela função de proteção que o muro pode exercer para ele, “[...] devemos aprender como substituir o muro do manicômio, aprender para que servia o muro do manicômio ao doente” (p.2).

O primeiro passo para o trabalho de desinstitucionalização é incluir a transferência do psicótico com o manicômio, podendo problematizá-la. Para Viganò

(2002), esta se deve ao fato de servir ao sujeito como meio de abrigo: “Servia para manter longe o temor e o perigo da morte” (p.2). Por esta razão, o processo de desinstitucionalização deve caminhar junto com o tratamento realizado no CAPS, uma vez que é somente a partir do momento em que o laço social se torna menos ameaçador que a proposta de estar fora na cidade pode se dar.

O laço social como perigoso na psicose é palpável diante da recusa do sujeito para sair do manicômio. O psicótico é aquele a quem falta um recurso simbólico, tendo como consequência sua redução a uma posição objetual, como ressalta Viganò (2002): “Se o psicótico não encontra a maneira de representar-se pela palavra, ele fica como objeto [...]” (p.4). Isto leva a uma mortificação do sujeito: “O psicótico se encontra do lado de fora da possibilidade de discurso, de troca simbólica e de representação. Para ele o simbólico é real, esta é a origem do sofrimento psicótico” (p.4). Diante deste sofrimento, o psicótico cria uma ação de autodefesa.

Como o simbólico na psicose equivale ao real, cada sinal do Outro pode se tornar índice de gozo, que o destrói como sujeito, levando-o a tentativa de anular as marcas do Outro, como diz Viganò (2002): “Por isso se isola, se fecha em seu quarto, tapa os ouvidos, inverte o dia com a noite, porque à noite o Outro emite menos sinais, o Outro dorme. Por isto o psicótico pode viver” (p.5).

É fundamental incluir esta questão ao ofertar uma vida na cidade ao sujeito, uma vez que pode tomá-la como algo que o ameaça. Caso o trabalho não venha a incluir esta particularidade pode inclusive desencadear uma crise. Portanto, como ofertar uma vida fora da instituição onde o Outro está vivo? Como tornar isso possível ao sujeito psicótico?

Um morador acompanhado no Serviço Residencial Terapêutico, a cada vez que se oferecia a possibilidade de sair para passear, dizia: “Na rua sinto a presença da morte”. E mais ainda: “Tenho medo de pisar em falso. A rua é perigosa. Alguém pode me fazer mal”.

Portanto, o manicômio pode ser um movimento de autodefesa do psicótico, ou seja, uma tentativa de isolamento para se proteger do Outro. A Residência Terapêutica não se constitui como garantia de uma transformação de posição, sendo necessário um trabalho clínico para que algo se modifique.

Freud (1910/1996), ao mostrar que o sintoma na neurose não deve ser visto apenas como um fardo para o sujeito, mas que este traz alguma vantagem, observa que o restabelecimento vem por acréscimo e que esta decisão cabe não ao analista,

mas ao próprio sujeito. O manicômio também não deve ser visto exclusivamente como um mal, mas algo que traz algum ganho para o sujeito, e que pode justificar a recusa, como no caso de Roberto, para sair da instituição. Não é à toa que existem sujeitos que pedem a internação em algum momento de seu tratamento.

A saída para um Serviço Residencial Terapêutico deve ser uma decisão que cabe ao sujeito, entendendo que é vantajoso que o acompanhante terapêutico não tome esta saída como meta maior, mas uma possibilidade que pode se dar ao longo do processo de desinstitucionalização, enquanto um de seus efeitos. Mas como alcançar este efeito que vem por acréscimo? O trabalho de desinstitucionalização pode produzir um novo muro, “um muro vivo” como diz Viganò (2002, p.2), não sendo mais necessário um muro de concreto.

Assim sendo o acompanhante terapêutico pode substituir a função que o muro exercia para o sujeito. Apenas o estabelecimento da transferência é o que torna isto possível. A demanda do psicótico feita ao profissional é a seguinte:

[...] de fazer barreira ao gozo do Outro – barreira ao Outro que o persegue, que fala em sua cabeça, que o manipula ou que o olha na rua. Trata-se de um pedido de asilo para exilar-se do Outro. Este pedido também é feito ao asilo, ao hospício, onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta (QUINET, 2014, p.133).

O ganho secundário, tanto do sintoma na neurose como do manicômio na psicose, constitui uma advertência útil na clínica contra o *furor sanandi*, desejo de sarar que pode estar presente do lado do profissional de saúde mental durante o acompanhamento, podendo justamente ignorar o movimento próprio do sujeito e o seu tempo. Lacan (1959-60/2008) aponta que o desejo de curar - acrescente-se o desejo de curar o sujeito do manicômio - comporta um limite, pois o usuário precisa ser incluído no processo. Ele dá um aviso valioso em relação a inclinação que se possa ter na clínica de querer fazer o bem:

A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o 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. Esta 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).

A inclusão da transferência pode abrir possibilidades para produzir efeitos no tratamento de usuários acompanhados pelo CAPS, para além de efeitos

terapêuticos que são passíveis de serem constatados com regularidade. A aposta na direção teórico-clínica é instigada por Freud (1917 [1916-17]/2010), quando denuncia que o tratamento por sugestão tem efeitos terapêuticos, porém são comparáveis a um resultado cosmético, pois não alcançam a origem do sintoma. A mesma ressalva vale para a saúde mental. O usuário pode apresentar melhoras sob a sugestão do profissional, obter ganhos ao adquirir direitos de cidadania, mostrar maior autonomia, bem como ostentar menos internações, mas é preciso ir além.

No processo de desinstitucionalização é o estabelecimento da transferência do usuário com algum profissional da equipe que pode facilitar/ou determinar a sua aceitação em sair do hospital psiquiátrico. Observa-se pela prática que a saída dificilmente se dá por sugestão do profissional, mas é favorecida pela instauração de um laço transferencial positivo e através de uma escuta do sujeito, sendo por vezes indicado aguardar os efeitos da transferência antes de ofertar a casa.

A psicanálise tem resultados mais duradouros pelo uso diferenciado que faz da influência sugestiva também presente na transferência, não com o objetivo de suprimir o sintoma, mas como uma força capaz de mover o sujeito a superar suas resistências que fazem parte do tratamento. Nas palavras de Freud (1920/1996): “era aqui que a sugestão, funcionando como 'transferência', desempenhava seu papel -, a abandonar suas resistências” (p.29). Durante a desinstitucionalização, o profissional não deve tentar suprimir a recusa em sair da instituição, mas torná-la uma questão para o próprio sujeito, auxiliando-o a superar as dificuldades que fazem parte do processo.

Para concretizar a saída do sujeito do manicômio, primeiro se faz necessário tratar o Outro do psicótico, o que só pode se dar a partir da transferência. O Outro do psicótico é “um Outro pleno, sólido, material, real, aquilo que eu chamava persecutório” (VIGANÒ, 2002, p.9). A oferta de um lugar fora do isolamento feita pelo acompanhante terapêutico é algo que vai na contramão da autodefesa do sujeito para se proteger do Outro e pode ser tomado como persecutório. Para que seja realizável é necessária uma transferência em que se faça presente um Outro não consistente, em que a falta seja sua marca: “[...] devemos introduzir no Outro do psicótico, uma falta, um defeito” (p.9).

O psicótico, na transferência, tem como inclinação situar o analista ou o profissional de saúde mental como seu Outro. É a partir desta atualização que se tem a possibilidade de uma mudança, pois o analista se colocará de forma a

esvaziar o gozo do Outro que o psicótico lhe atribui: “O Outro do analista na psicose não é, portanto, o Outro do gozo, mas o testemunho; aquele que não sabe, não compreende e, conseqüentemente, não goza” (KAUFMANNER, 1999, p.100). Na visão quinetiana:

A “vantagem” é a própria transferência. Trata-se para o analista de orientar a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado. Isto significa promover o esvaziamento do Outro, provocar a falta no Outro criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido àquele que fala (QUINET, 2014, p.138).

Para que o acompanhante terapêutico consiga exercer uma função substitutiva ao muro do hospital psiquiátrico é preciso que ele se mantenha na posição de um Outro regulado que sabe não saber. Viganò (2002) aponta que o profissional de saúde mental: “é alguém que paga com a própria pessoa para demonstrar que o Outro pode estar ali [...]” (p.12). O parceiro do psicótico não é alguém que se coloca na posição de saber, mas no lugar de aluno. Portanto, o saber deve estar do lado do psicótico com quem ele pode aprender. Como diz Zenoni (2000), “é a psicose que nos ensina sobre a estrutura e que nos ensina sobre as soluções que ela mesma encontra para fazer face a uma falta central do próprio simbólico. É na escola da psicose que nos colocamos para aprender como praticar” (p.19).

3.4 Algumas observações sobre a transferência nas instituições

[...] acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática

Freud, 1915 [1914]/ 1996, p.118.

Após a situação clínica apresentada no primeiro capítulo, abre-se para pensar algumas questões sobre o manejo da transferência nos CAPS: será que a transferência permanece *anônima*, ou seja, sem divergir daquilo que se apresenta na vida, ao invés de se dar uma transferência analítica, na qual ela é revelada, analisada e remontada à sua origem?

Para justificar a citação de abertura deste subitem acerca do pensamento relativo ao emprego de medicamentos, parte-se de uma constatação psicanalítica. Segundo Freud (1905 [1904]/1996), certas doenças são muito mais acessíveis às influências psíquicas do que a qualquer outro tipo de medicação que possa ser prescrita. Existe até mesmo um velho ditado da medicina: *aquilo que cura o doente não é o remédio e sim o médico*. Isto quer dizer que a transferência é fundamental para o tratamento, sem a sua presença se torna mais difícil atenuar o sofrimento.

Freud (1905 [1904]/1996), em seu artigo *Sobre a psicoterapia* esclarece haver uma disposição psíquica do paciente, que pode contribuir de forma favorável ou não para o resultado de qualquer tentativa terapêutica, chamada por ele de sugestão. Afirmo que seria de enorme desvantagem deixar este fator psíquico da influência somente nas mãos do paciente, uma vez que isso o torna indomável. Assim, ele sugere a necessidade de dominar o fator psíquico da influência, transformando-o em passível de ser norteado, dosado e até intensificado:

Constitui uma desvantagem deixar tão completamente entregue aos enfermos o fator psíquico da influência que os senhores exercem sobre eles. Dessa maneira, ele se torna incontrolável, impossível de dosar ou de intensificar. Assim, não será um esforço legítimo o de o médico dominar esse fator, servir-se dele intencionalmente, norteá-lo e reforçá-lo? É isso, e nada mais, o que a psicoterapia científica lhe propõe (p.245).

Apesar de Freud estar se referindo à sugestão, a sua afirmativa pode ser aplicada à questão da transferência. Até mesmo porque esta inclui o fator da sugestão, não com a intenção de suprimir os sintomas da doença, como ocorria na hipnose, mas para superar as resistências que fazem parte do tratamento. Portanto, a partir dessa afirmação freudiana, pode-se perguntar: quais as consequências para a prática clínica, quando a transferência não é reconhecida?

Lacan (1953-54/2009), em seu primeiro seminário, já indica: “Por não ser reconhecida, a transferência operou como obstáculo. Reconhecida, torna-se o melhor apoio do tratamento” (p.364). A partir dessa constatação, toma-se como premissa fundamental que “os tratamentos que excluem *a priori* a transferência terão uma vantagem prejudicial” (VIGANÒ, 2010, p.3), bem como na ausência de uma teoria adequada sobre a transferência na clínica ela funcionará de modo “selvagem”.

Na tentativa de responder às questões levantadas, retomam-se algumas indicações freudianas. Em seu artigo “*A dinâmica da transferência*”, de 1912, Freud fornece importantes observações a respeito da transferência nas instituições. Ele

esclarece que esta não surge com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise do que fora dela, indica o ponto fundamental da transferência nas instituições não analíticas. Ele afirma que: “a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais colorido erótico” (p.113).

A teoria freudiana nega o fato de que a transferência, como meio de resistência, seja exclusividade da psicanálise, enquanto que, em outras formas de tratamento, se restringiria a ser o meio mais poderoso de sucesso. Freud (1912/1996) afirma: “Não é verdadeira a ideia que somente na psicanálise a transferência se transforma em resistência, isso é passível de observação nas instituições, onde, aliás, a transferência negativa é muito comum” (p.117). Conclui ainda que só há um desfecho, quando a transferência negativa ocorre: a saída da instituição em estado inalterado ou agravado.

No caso da transferência erótica, Freud (1912/1996) avalia que não existe um efeito tão inibidor nas instituições. Quando não há uma análise da transferência, esta se restringe a algo parecido na vida, na qual permanece encoberta, ao invés de ser revelada e analisada. Esta observação não é o que se vê no caso de Vítor, apresentado no primeiro capítulo, porém, isso pode ser devido ao fato de não se tratar de um exemplo de neurose e sim de psicose.

A teoria freudiana explica que a transferência erótica se manifesta como resistência ao restabelecimento, mantendo o paciente ligado à instituição e distante da vida. Aponta que, da perspectiva do restabelecimento, é indiferente que o paciente supere determinado sintoma na instituição, o importante é que fique livre dele também na vida fora da instituição.

Nos CAPS, até que ponto podem ser consideradas as observações freudianas relativas à transferência? Caberia seguir Freud e reforçar uma incompatibilidade entre a instituição e a transferência? Zenoni (2000) faz uma crítica preciosa aos psicanalistas que intensificam as diferenças entre a instituição e a psicanálise ao afirmarem:

A instituição visa reduzir a pregnância do sintoma, enquanto que o analista tenta fazer emergir o significante inconsciente. A instituição quer o bem e a saúde, enquanto o analista não visa nenhum bem mas somente a emergência do desejo, que pode comportar o mal-estar e a angústia. A instituição responde à demanda enquanto o analista, por sua escuta radical, visa a raiz mesma da demanda. A instituição tenta construir a unidade do sujeito, enquanto o analista visa a divisão do sujeito (p.13).

Para Zenoni (2000), destacar as divergências entre a psicanálise e a instituição configura uma resistência do analista. Ele afirma que a instituição tem duas principais razões para existir: uma clínica e outra social. Primeiramente clínica porque a instituição responde a alguns quadros clínicos graves tais como “passagem ao ato suicida ou perigosa, automutilações, errância, imobilidade catatônica, perda de qualquer interesse, uso excessivo de drogas” (p.15). A razão social diz respeito ao fato da instituição ser necessária em alguns estados clínicos para cumprir uma função de abrigo e acolhimento dessas condições de maior vulnerabilidade.

Em outras palavras, a prática institucional tem motivos próprios que justificam sua existência e não se trata de verificar se ela cumpre, ou não, as metas da psicanálise. É preciso reconhecer as diferenças entre a prática institucional e a psicanalítica. Não se trata de converter a instituição em um exercício da psicanálise, segundo Elia (2015):

Pelo contrário, a diversidade das formações e “identidades” profissionais é que é exigível, e a psicanálise não entra como formatando o dispositivo nem orientando “teoricamente” as intervenções clínicas em sua formulação textual, mas como fornecendo eixos estruturais, ou princípios, de direção da ação do cuidado, sem o qual a atenção psicossocial não se cumpre (p.4).

A afirmação de Zenoni (2000), segundo a qual, a instituição é a única resposta praticável em alguns estados da clínica, retorna para problemática da transferência: será que alguns laços transferenciais exigem uma resposta institucional e um manejo realizado no coletivo? Será o caso das transferências erotomaníacas e persecutórias intensas?

A questão é saber quais as possibilidades abertas a partir de uma estrutura coletiva frente a certos fenômenos transferenciais em que uma resposta se torna viável quando feita entre vários. A problemática não é mais entre as contradições da psicanálise e a instituição, mas a relação entre a clínica do coletivo e o manejo transferencial. Trata-se de conceber uma instituição que esteja em relação com o reconhecimento e o manejo transferencial, ou seja, uma prática que comporta a transferência. Segundo Beneti (1996): “Há que suportar os efeitos da transferência produzidos na psicose considerando a possibilidade de contar com recursos hospitalares ou institucionais devido a necessidade de moderação do gozo diante das possíveis e/ou inevitáveis passagens ao ato” (p.92).

Como já dito na base da instituição existe a clínica, portanto, é possível incluir dentro do contexto institucional uma prática que utilize a transferência em seu

sentido terapêutico. Inclusive, Zenoni (2000) aponta que a função terapêutica dá limite ao objetivo social da instituição, objetivo este que atua também como uma barreira à função terapêutica. Em alguns CAPS é constatado que existe um manejo da transferência, principalmente quando dispõem de supervisão, tornando-se viável identificar a transferência, uma vez que não basta que esta esteja visível a olho nu para ser reconhecida. Poderá ser possível também construir, junto com a equipe, o seu manejo, como bem diz Freud (1917 [1916-17]/1996): “Se lhe digo: Olhem para o céu! Lá está um balão!, o descobrirão com muito mais facilidade do que se lhes digo simplesmente para olhar para cima e procurar ver algo” (p.439).

Deffieux (2007) reforça que nas instituições em que se reconhece e se maneja a transferência é desejável seu aparecimento na instituição para poder analisá-la e, assim tratá-la: “por seu próprio modo de se organizar, a instituição sustenta, e até mesmo favorece, o deslocamento da transferência interpretativa e persecutória de um lugar fora da instituição para um lugar da instituição. Assim, privilegia o deslocamento do gozo para *seu lugar* (116).

É importante dizer que, na situação clínica do Vítor, o referido CAPS estava temporariamente sem supervisão. Aposta-se que, se houvesse a possibilidade de discussão, diferentes formas de manejo teriam sido pensadas e elaborada a mais indicada para a situação.

Di Ciaccia (2005) aponta a reunião de equipe como um dos eixos fundamentais ao trabalho institucional. Para o autor, é neste espaço que se fala sobre o acompanhamento de cada paciente, responsabilizando-se por ele. É a partir da supervisão que se estabelece a possibilidade da construção do caso clínico, pensando cada um em sua singularidade e a direção clínica a ser tomada de acordo com aquilo que se pôde colher da fala do sujeito. A supervisão, como coloca Borsoi (2011), pode viabilizar a extração lógica de cada caso, explorar impasses, detalhar avanços, colocar o saber do lado do paciente, dizer o que se pôde ouvir e endereçar à equipe os pontos de não saber.

A partir da conclusão de que não existe necessariamente uma contradição entre a transferência e a instituição, parte-se para pensar o significado do coletivo como resposta possível para alguns laços transferenciais. Verztman e Gutman (2001) apontam que existe uma intenção na formação de um coletivo, o que supõe uma diferença entre a concepção de uma clínica no coletivo e a clínica do coletivo. O primeiro caso, reduz o coletivo a um mero contexto: “remonta a uma ideia segundo a

qual a verdadeira clínica se dá no contato entre um falante e um terapeuta” (p.40). A clínica do coletivo é mais do que isso, sendo “a soma das diferentes intervenções de que se lançou mão no quadro do tratamento” (KUSNIEREK, 2007, p.163). Elia (2015) retoma a noção de coletivo introduzida por Oury e faz uma diferença entre coletivo e grupo:

o coletivo, nesta acepção, [...] é uma coleção de agentes (técnicos, profissionais, responsáveis pelo ato de cuidado clínico, no caso) que se articulam como fragmentos, sem amalgamarem-se em conjunto de idênticos, sem formarem um todo, unido, norteador por um líder ou ideal comum – característica eminente do grupo [...] (p.2).

Ou seja, é necessário mais do que um número de profissionais para formar um coletivo de trabalho dentro de uma instituição, e esta responde a uma necessidade: estados clínicos graves, necessidade social de acolhimento e acrescenta-se alguns laços transferenciais. No último caso, Verztman e Gutman (2001) indicam a revelância do coletivo:

A oferta de um setting transferencial direto, ou seja, a condensação de todo o cuidado na figura singular de um terapeuta produz frequentemente uma resposta insuportável para o esquizofrênico, caracterizada pela impossibilidade da relação transferencial absorver a intensidade e a qualidade do investimento (p.43).

Existem certas características da clínica do coletivo que são primordiais para o manejo transferencial, ou seja, o coletivo precisa apresentar algumas condições para se constituir como operador clínico frente às psicoses. O que gera a seguinte questão: por quais vicissitudes deverá passar um coletivo multiprofissional para que este tenha maiores perspectivas de manejar e intervir nos laços transferenciais? Segundo Verztman e Gutman (2001), é necessário evitar: “intervir de uma distância percebida como invasiva, com investimento explicitamente intenso que mobilize defesas de erotização maciça e acrescentaremos, com uma *démarche* interpretativa captada pelo sujeito como totalizante” (p.46). Zenoni (2000) aponta que a clínica do coletivo realizada na instituição pode ser favorável ao tratamento das psicoses, sendo essencial saber o lugar a ser ocupado pela equipe e por cada um na transferência:

Uma certa maneira de responder e de endereçar-se ao sujeito, uma certa maneira de intervir ou não, um cálculo da posição que é preciso ocupar, são exigidos em todos os momentos da permanência do paciente na instituição, sob pena de tornar-se isso difícil para os outros ou insuportável para o sujeito (p.17).

Dentro do cálculo da posição que é preciso se desviar está a de saber. Segundo Zenoni (2000), é positivo que os membros da equipe estejam numa posição de aprendizagem, “numa posição de pesquisa, de estudo, de questionamento” (p.19-20). Este lugar de aluno, contrário ao lugar de mestre, tem um efeito desejável sobre o próprio coletivo, resultando numa desierarquização do saber prévio. Mas qual é a vantagem disso? A consequência é a subtração dos efeitos imaginários presentes em certa hierarquia do saber, potencializando os diferentes saberes e práticas. Zenoni (2000) diz: “o fato de estar trabalhando com muitos já dispersa o sujeito suposto saber e essa dispersão é redobrada pelo fato de que estamos numa posição de aprendizagem” (p.20). A posição de saber não saber pode facilitar a abordagem de um sujeito que sabe o que se passa com ele: “porque na psicose o saber não é suposto, mas realizado pelo próprio sujeito, que é a referência, o gozo desse saber” (p.20). Portanto, evitar ocupar um lugar de saber diminui a probabilidade de se tornar uma presença intrusiva e persecutória para o sujeito.

Aqui cabe um parêntese. A reforma psiquiátrica produziu uma crítica fundamental à hegemonia do saber psiquiátrico, o que gerou uma desierarquização entre os vários trabalhadores que formam uma equipe de saúde mental, fortalecendo a diversidade de saberes e práticas. Esta mudança produziu uma abertura para as diferentes vertentes transferenciais no contexto institucional. Antes, o psiquiatra ocupava o lugar de mestre e tomava para si a responsabilidade dos casos acompanhados pelo serviço, enquanto os outros técnicos assumiam uma função auxiliar e colateral. No momento atual, pode-se dizer que na clínica constituída por vários, a transferência pode se manifestar sob variadas formas: localizada na instituição, com um profissional da equipe, ou com vários ao mesmo tempo.

Segundo Elia (2015), é válido esclarecer a questão da relação da equipe com o saber. Ele explica que “o trabalho não é *sem* o saber, um saber teórico-conceitual e metodológico, que certamente orienta o trabalho clínico-territorial em uma perspectiva sempre ético-política, ao mesmo tempo”(p.5, grifo do autor). Porém, existe uma diferença fundamental entre o saber de especialista/acadêmico que se tenta sobrepor a uma determinada experiência, caracterizando-se por uma anterioridade e acabamento, e o saber de que se trata no campo da atenção psicossocial que é marcado por uma construção e uma posterioridade: “se constrói *no curso de seu ato*, o que obriga que sua elaboração só possa ter lugar *a posteriori*

ao ato clínico [...] e faz com que o saber não possa nunca ser um saber de especialidade” (p.5, grifos do autor).

Segundo Zenoni (2000), existe uma segunda condição para o acolhimento de sujeitos psicóticos na instituição, que diz respeito ao esvaziamento do querer ou do poder. Aqui existe um desafio, uma vez que a instituição tem metas a cumprir, e estas podem ser encarnadas como a vontade de um técnico, ou de uma equipe. Para o autor, “A manobra consiste em não presentificar a vontade do Outro, mas em presentificar um Outro que é ele mesmo submetido a uma lei” (p.22). No caso, por exemplo, de uma meta institucional de desinstitucionalização seria propício incluir a equipe enquanto submetida às leis da reforma psiquiátrica para evitar ocupar o lugar do Outro da vontade. Sendo assim, a desinstitucionalização não se constitui como um poder do Outro que elegeu um sujeito à sua revelia. Aqueles inseridos dentro do manicômio deverão sair, pois se trata das leis da saúde mental que tem como mandato o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Para o autor:

O importante nesses casos é considerar que nós não estamos lá para fazer respeitar a lei, mas que presentificamos um Outro que respeita a lei e está, ele mesmo, submetido à lei; que contribui para criar um esvaziamento do querer do Outro. Não personificamos um Outro que quer, mas um Outro do querer que é submetido à lei [...] (p.24).

Para Elia (2015): “Há um poder a ser assumido pelo CAPS” (p.7), mas este deve ser entendido na perspectiva Foucaultiana: “o poder não estatal, não gestor e não central, o poder das pactuações coletivas, o poder horizontal que se exerce em todas as direções, e não de cima para baixo ou do centro para a periferia, o poder da micropolítica” (p.7). O autor também destaca os poderes que devem ser positivados durante o tratamento realizado na atenção psicossocial, sendo os poderes: da direção da análise, da transferência, do desejo, e da desmontagem da onipotência do Outro.

O trabalho do coletivo inclui pensar a posição da equipe frente à psicose para melhor se situar na transferência e evitar o surgimento de um Outro-gozador, seja perseguidor, traidor, ou que toma o sujeito como objeto de um investimento amoroso, expondo o sujeito ao risco de passagens ao ato: “É uma teoria da equipe, de como vão se colocar a trabalho, mas considera que há uma incidência sobre o tratamento, enquanto ela presentifica o Outro cujo saber e o poder estão esvaziados” (ZENONI, 2000, p.24-25). A supervisão como já dito pode auxiliar a equipe a identificar e manejar a transferência, e também pode contribuir para mantê-la no lugar de um

Outro regulado, portanto, assume uma função importante em relação à própria equipe. Segundo Elia (2015), a supervisão “é uma função estrutural do CAPS” (p.6), sendo da ordem do compulsório, pois “não há equipe se não houver supervisão” (p.6). Assim ele explica: “A primeira função do supervisor é, assim, emprestar-se para que haja equipe. Ele, por sua função, a descompleta, obsta a que ela seja Um (...), ele a faz lembrar que não é auto-suficiente, não é auto-gestora nem auto-gerida, não é autônoma, não é plena, não se basta” (p.6).

As respostas da clínica do coletivo frente à transferência dependem da posição que o psicótico ocupa com relação ao Outro: enquanto objeto de gozo do Outro, ou enquanto encarnação de um saber pleno. A orientação de operar a partir de um esvaziamento do querer consiste em uma resposta a posição do sujeito de se oferecer como objeto de gozo do Outro. A equipe ao não querer presentifica um Outro não-gozador, excluindo o sujeito da posição de objeto de gozo. A segunda indicação de operar a partir de um esvaziamento do saber cria uma resposta ao lugar ocupado pelo sujeito como saber pleno, permitindo que a iniciativa quanto ao saber esteja do lado dele. Em resumo, a posição de saber e de querer coloca a equipe/profissional como suposto-gozadora e o sujeito como suposto-objeto-gozado, sendo por esta razão necessário evitá-las.

Segundo Muñoz (2010), “o laço transferencial deve preservar na psicose a manutenção de uma certa distância em sua estruturação de modo a não invadir o sujeito e minimizar uma possível mortificação” (p.90). É importante desviar-se da posição do Outro absoluto, mantendo-se também à distância do lugar do igual, dado o risco de cair na posição de um rival.

O psicótico tende a viver a relação transferencial no âmbito do imaginário, (o analista no lugar de a' e o sujeito em a) onde estão localizadas as tendências eróticas e agressivas. O trabalho clínico do coletivo pode favorecer a criação de um lugar terceiro, seja a partir da posição do técnico que atende o sujeito, da instituição, ou através da inclusão de outro profissional ao longo do tratamento. Segundo Beneti (1996), é necessário inaugurar um intervalo no eixo imaginário permitindo uma manobra da transferência erotômana ou persecutória: “aí o imaginário tem o estatuto de real. Se essa distância se torna zero ou próxima de, o psicótico delira (desencadeamento nas psicoses sem delírio) ou passa ao ato, como soluções espontâneas de combate ao gozo insuportável oriundo de um manejo equivocado da transferência (p.95).” Ele dá o nome de *vínculo frouxo* ao manejo transferencial que

busca evitar a erotomania mortífera: “se dá, por exemplo e, principalmente, através do número de sessões, da frequência, do tempo curto, dos intervalos entre uma sessão e outra etc., mantendo-se sempre um intervalo no eixo imaginário” (p.94).

3.5 As abordagens da transferência pós-freudiana e algumas semelhanças com as encontradas na saúde mental

É então surpreendente notar a multiplicidade, a pluralidade, mesmo a plurivalência, das concepções que, na análise, foram formuladas sobre a transferência. Não pretenderei lhes fazer uma revista exaustiva delas. Tentarei guiá-los pelos caminhos de uma exploração escolhida

Lacan, 1964/2008, p.128-29

Segundo Lacan (1964/2008), a transferência é um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, além dos outros três que são: o inconsciente, a repetição e a pulsão. Ao se debruçar sobre a transferência, ele coloca como um problema fundamental a maneira pela qual os analistas a estavam concebendo, e afirma que existe uma “linha de divisão da boa e da má maneira de conceber a transferência” (p.130). Lacan indica que algumas abordagens mais complicam do que efetivamente esclarecem o que está no cerne da transferência. As diferentes maneiras de concebê-la apontam para um certo modo de compreender o tratamento analítico, uma vez que o conceito de transferência “dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito” (p.124).

A partir da leitura de Lacan (1964/2008) sobre as diversas concepções da transferência pós-freudiana, é praticável uma articulação com as diferentes maneiras de abordar a transferência encontradas na saúde mental e pretende-se destacar as semelhanças. Quando Lacan faz referência a boa e a má forma de conceber a transferência, pode-se supor que tem relação com as consequências e efeitos na prática clínica. O caso da má forma de compreender a transferência pode levar a vários impasses na condução de um tratamento.

Lacan (1953-54/2009) enfatiza o fato de que os analistas “ficarão sempre com fome a propósito da transferência” (p.356), uma vez que há uma diferença essencial entre a concepção comum e a que ele propõe. Lacan (1964/2008) destaca que

existe “uma crise conceitual permanente [...] na análise, concernente à maneira como convém conceber a transferência” (p.130) e diz que é necessária “uma compreensão mais autêntica da transferência” (1953-54/2009, p.358) para avançar.

Estas observações que dizem respeito ao campo específico da psicanálise podem ser estendidas para a saúde mental, na qual se verifica às vezes uma confusão, ou ainda uma vacilação em relação à compreensão da transferência. É frequente observar uma redução da palavra transferência como sinônimo de vínculo. Pode haver, inclusive, um desconhecimento da palavra transferência em seu sentido psicanalítico.

Primeiramente, Lacan (1964/2008) ressalta que há propensão entre os psicanalistas de colocarem o fenômeno da transferência na categoria das manifestações afetivas em oposição às de ordem intelectual: “A transferência na opinião comum é representada como um afeto. Qualificam-na, vagamente, de positiva, ou de negativa” (p.123). A transferência positiva é aceita como sendo o amor, porém este termo é utilizado apenas de forma aproximativa, uma vez que não é visto como um amor autêntico: “a tendência geral é sustentar que ali se trata de uma espécie de falso amor, de sombra de amor” (p.123). Neste ponto já surge uma contradição. Freud, apesar de ter colocado a questão de sua autenticidade, concluiu que o amor transferencial pode ser considerado genuíno, portanto, verdadeiro.

Em relação à transferência negativa, há uma cautela maior na maneira de classificá-la, a tendência geralmente é identificá-la à ambivalência e não ao ódio. No entanto, Lacan (1964/2008) avalia que o termo ambivalência oculta a situação de que se trata e propõe: “a transferência positiva é quando aquele de quem se trata, o analista no caso, pois bem, a gente o tem em boa consideração – negativo, está-se de olho nele” (p.124).

Lacan conclui que é preciso renunciar radicalmente à tentativa de fazer uma oposição entre o que é da ordem do afeto e o que é do intelectual, porque além de conduzir a vários impasses, também é totalmente contrária à experiência analítica. Ele chega a sugerir que se descarte totalmente os dois termos, uma vez que não se pode fazer muita coisa com eles.

Como não ver aí uma primeira forma presente na saúde mental de compreender a transferência enquanto um afeto? Os profissionais de saúde mental tomam o afeto como sinal de que podem atender, ou não, determinado usuário. Assim, pode ocorrer na saúde mental: se um usuário tem uma boa afinidade com o

profissional, ou seja, demonstra sentimentos afetuosos, amizade e confiança, ele se prontifica a atendê-lo. Caso contrário, se existe uma relação negativa, o profissional costuma indicar outra pessoa. Porém, esta maneira de conceber a transferência conduz a um impasse, uma vez que o afeto positivo é visto como possibilidade de tratamento e o negativo como obstáculo. O caso de Roberto ensina que o afeto negativo estabelecido com o acompanhante terapêutico só não se tornou impedimento porque foi tomado como transferência. Ou seja, os afetos positivo e negativo apontam para o estabelecimento de uma relação transferencial com o profissional.

A supervisão do CAPS deve se constituir como um espaço de “debate clínico aberto” (VIGANÒ, 2010, p.1) feito a partir de uma “construção democrática” (p.2) em que todos os profissionais podem falar sobre o trabalho realizado com os usuários, tendo também a possibilidade de falar sobre os afetos suscitados na transferência. Em um caso discutido em supervisão, foi possível para uma cuidadora de um Serviço Residencial Terapêutico expressar o medo que sentia diante da hostilidade de um morador acompanhado. Somente a partir da verbalização do seu receio e da articulação de estratégias em equipe para manejar a transferência odienta foi viável o trabalho não se interromper.

Uma segunda forma de compreender a transferência encontra-se em relação ao real, ou seja, enquanto um fenômeno atual, o que segundo Lacan (1953-54/2009) conduz a uma maneira de conceber a análise como tendo que se reportar ao aqui e agora (*hic et nunc*). Para ele, é um problema considerá-la assim: “Se tomamos a transferência no plano do real, eis o que isso dá – é um real que não é real, mas ilusório” (p.365). Isto conduz a pensar que a transferência é semelhante ao erro, à ilusão e à fantasia. Lacan contrapõe-se a esta visão de que a transferência é a atualização de uma ilusão, afirma que se trata, na verdade, da atualização da realidade do inconsciente, sendo justamente isto o que mais se tenta desviar na análise da transferência.

Neste caso, o manejo da transferência equivaleria a apontar para a confusão que o analisante faz entre uma figura primordial de sua vida e o analista, e assim parte-se de um processo afetivo para alcançar algo voltado para um registro intelectual, mostrando que “ele não está na moda” (LACAN, 1953-54/2009, p.366). Aqui existe a tentativa de ensinar o sujeito a se comportar de acordo com a

realidade, ou seja, fazê-lo se adaptar a ela. Portanto, reduz-se a uma educação e uma doutrinação.

Pode-se destacar essa forma de conceber a transferência como presente na saúde mental. Diante da “loucura como metáfora do não sentido” (FIGUEIREDO e FRARE, 2008, p.83), pode existir uma tentativa dos profissionais de apelarem para o bom senso do usuário, ou tentar mostrar o caráter ilusório de suas condutas. A própria experiência clínica trazida no início do primeiro capítulo (caso Vitor) demonstra o manejo transferencial no plano do real. Quando os profissionais manejam a transferência erotomaníaca apelam para os dados de realidade - é dito ao paciente que, por ser um paciente, não pode namorar uma profissional do serviço. Porém, a tentativa de adaptar o comportamento às normas sociais está em oposição à noção de sujeito. Lacan (1964/2008) expressa sua visão a respeito de tal manejo:

Há uma concepção que, lá onde ela se formula, só pode contaminar a prática - a que quer que a análise da transferência proceda sobre o fundamento de uma aliança com a parte sã do eu do sujeito, e que ela consista em apelar para o bom senso, para fazê-lo notar o caráter ilusório de tais de suas condutas no interior da relação com o analista (p.130).

Ele segue dizendo que o analista que apela para a parte sã do eu do sujeito e aposta que esta poderia julgar o que se passa na realidade desconhece que justamente esta parte tem um intenso interesse na transferência:

que é ela que fecha a porta, ou a janela, ou o postigo, como quiserem – e que a bela com quem queremos falar está detrás, que só pede para reabri-los, os postigos. É por isso mesmo que é neste momento que a interpretação se torna decisiva, pois é à bela que temos que nos dirigir (p.130).

Em outros termos, o analista, assim como o profissional de saúde mental, não deve estar voltado para o eu do sujeito, e sim para o inconsciente/a bela. Mais uma vez é a supervisão que pode auxiliar a equipe a lidar com o delírio durante o manejo transferencial, para não cair no engodo de tratá-lo como um erro, tentando confrontá-lo com argumentos pautados na realidade. A supervisão, como diz Viganò (2010), constitui-se como um “potente instrumento de formação, também um modo de avaliar e, portanto, de melhorar a qualidade clínica do trabalho” (p.1).

Freud (1917 [1916-17]1996) já apontava que o delírio não pode ser abalado por argumentos lógicos ou experiências reais devido a sua relação com o

inconsciente. Este é um exemplo que mostra clinicamente o efeito de tentar adaptar o psicótico à realidade:

Aquilo que para nós é fantasia, por exemplo, a fantasia de uma moça ou de um rapaz que nos agrada, para um psicótico torna-se uma alucinação. Não é uma fantasia, é uma coisa que vê ou que sente, uma voz. Ainda que nós digamos que esta voz é uma fantasia, ele não aceita isto, ele a sente de verdade, “não é doido”. Se disser a ele que é uma fantasia é como dizer a ele que é um doido (VIGANÒ, 2002, p.4).

Uma terceira leitura lacaniana sobre a maneira de conceber a transferência é a partir do imaginário, ele faz uma crítica a tal abordagem: “A função do imaginário não é de modo algum desconhecida na teoria analítica, mas introduzi-la apenas para tratar da transferência é colocar um tampão em cada orelha, porque ela está presente em todo lugar [...]” (LACAN, 1953-54/2009, p.366).

Segundo Lacan (1953-54/2009), a transferência não é composta por uma relação dual, visto que comporta sempre um terceiro termo que é a palavra. Assim ele diz: “Se a palavra é tomada como ela deve ser, como ponto central de perspectiva, é numa relação a três, e não numa relação a dois que se deve formular, na sua completude, a experiência analítica” (LACAN, 1953-54/2009, p.21). A partir de uma perspectiva imaginária, a análise, segundo Lacan, é então vista a partir de uma “modelagem de um ego por um ego” (1953-54/2009, p.371) e o fim do tratamento condiz com uma identificação do analisante ao suposto ego superior do analista:

Quantas vezes vocês lerão fórmulas que vêm associar, por exemplo, a transferência com a identificação, enquanto que a identificação é apenas um tempo de parada, uma falsa terminação da análise, que é muito frequentemente confundida com sua terminação normal. Sua relação com a transferência é estreita, mais precisamente nisso pelo que a transferência não foi analisada (LACAN, 1964/2008, p.144).

Lacan (1955-56/2010) ressalta que o entendimento da relação analítica sendo de ordem dual está embasada num desconhecimento do registro simbólico. Esta maneira de proceder conduz à falta de clareza no que diz respeito ao plano imaginário e ao plano real, havendo predominância do reconhecimento do registro imaginário. Ele adverte para as sérias consequências de tal manejo realizado pelo analista, entre elas, ressalta o risco do desencadeamento da psicose:

[...] é uma certa maneira de manejar a relação analítica que consiste em autenticar o imaginário, em substituir o reconhecimento no plano simbólico pelo reconhecimento no plano imaginário, que é preciso atribuir os casos

bem conhecidos de desencadeamento bastante rápido de delírio mais ou menos persistente, e às vezes definitivo (LACAN,1955-56/2010, p.24-25).

Lacan destaca que, se o surto psicótico não ocorre mais vezes neste tipo de imprudência do analista, é somente porque não se torna louco quem quer:

Autenticar assim tudo o que no sujeito é da ordem do imaginário é, propriamente falando, fazer da análise a antecâmara da loucura, e nós só temos é de ficar admirados que isso não leve a uma alienação mais profunda – sem dúvida esse fato indica bastante que para ser louco é necessário alguma predisposição, se não alguma condição (LACAN,1955-56/2010, p.24).

Pode-se encontrar essa abordagem da transferência no campo da saúde mental em que existe uma inclinação a fazer uma equivalência entre os termos *vínculo* e *transferência*, o que conduz a uma relação intersubjetiva entre o profissional e o usuário. O vínculo aponta para uma relação dual, tendo a reciprocidade e a simetria como algumas de suas características.

A relação intersubjetiva estabelecida entre profissional e usuário pode ser rompida a partir da entrada de terceiros, uma vez que o trabalho na saúde mental é realizado entre vários, como diz Baio (1999): “os outros estão aí sempre para alguma coisa” (p.59). Por exemplo, o acompanhante terapêutico pode ocupar um lugar terceiro entre o cuidador e o morador de um SRT. A supervisão também pode se constituir como um terceiro, onde o profissional é chamado para falar sobre o acompanhamento realizado aos usuários, instaurando a dimensão da palavra, tendo como efeito uma redução dos processos imaginários.

A tentativa de manejar a transferência na perspectiva de uma “modelagem de um ego por um ego” na psicose pode acarretar impasses significativos, uma vez que se está diante da diferença de estrutura. O desejo do psicanalista, como diz Lacan (1964/2008), não é um desejo puro, mas um desejo de obter a diferença absoluta. Isto pode ser uma advertência útil também para o profissional de saúde mental.

Uma cuidadora em um Serviço Residencial Terapêutico tinha por hábito enfatizar o quanto os moradores não eram “loucos” e sim pessoas “normais”, o que gerava dificuldades, uma vez que apontava uma tentativa de adequação do sujeito ao que ela supunha ser normal. Somente a partir de reuniões em equipe que ela pôde perceber que “o que chamamos de reabilitação não pode se reduzir a um trabalho que desconsidere a dimensão do sintoma” (FIGUEIREDO e FRARE, 2008, p.89).

Há uma diferença fundamental entre dirigir o tratamento, função esperada do analista, e também do profissional de saúde mental, e a tentativa de dirigir o usuário. A primeira possibilita o acesso à posição de sujeito; a segunda implica a preservação de uma alienação, sendo o usuário reduzido à posição de objeto enquanto o analista/profissional de saúde mental, ao se identificar com a imagem ideal, mantém um lugar de domínio.

Como aponta Lacan (1955-56/2010), na abordagem da transferência a partir da vertente imaginária existe um desconhecimento do registro simbólico, o que faz necessário um trabalho na saúde mental para resgatar o valor da palavra. Como ensina Freud (1926/1996): “não desprezamos a palavra. Afinal de contas, ela é um instrumento poderoso [...] (p.183). Ele aponta para a função do analista a partir de um trabalho que inclui a dimensão simbólica: “O analista [...] faz com que ele fale, ouve o que ele diz, por sua vez conversa com ele e faz com que ele ouça” (p.183).

Lacan (1955/1998) reafirma a posição freudiana ao apontar que a exclusão da fala do sujeito leva o analista a operar a partir de um saber preconcebido ou pela intuição, ambos articulados ao seu próprio Eu: “[...] ao excluir sua relação com o sujeito de qualquer fundamentação na fala, o analista nada pode comunicar-lhe que não extraia de um saber preconcebido ou de uma intuição imediata, isto é, que não esteja submetido à organização de seu próprio Eu” (p.341). Por outro lado, ao estar diante da psicose é preciso certo cuidado para que “o exercício de fala não se torne excessivo ou desestabilizador, pois falar não necessariamente apazigua, podendo, pelo contrário, deixar o sujeito à mercê de sua indeterminação” (Muñoz, 2010, p.90).

Por último, Lacan (1964/2008) faz uma crítica à abordagem da transferência, a partir do que se convencionou chamar de contratransferência:

A transferência é um fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista. Dividi-la nos termos de transferência e contratransferência, qualquer que seja a sagacidade, a desenvoltura das proposições que a gente se permita sobre este tema, nunca é mais que um modo de eludir o de que se trata (p.225).

O conceito é definido como “tudo aquilo que, no analista, representa seu inconsciente enquanto digamos, não analisado” (LACAN, 1960-61/2010, p.228). O inconsciente não analisado do analista é visto inicialmente como nocivo para sua função, pois levaria a fatos mais ou menos graves, desde respostas não controladas, pontos cegos, intervenção equivocada e até mesmo ao erro, o que justificaria a necessidade de o analista levar sua análise pessoal às suas últimas consequências.

No entanto, Lacan (1960-61/2010) faz uma ressalva a essa concepção do inconsciente do analista como um tipo de obstáculo para o avanço da análise através de um retorno ao próprio Freud. Na perspectiva freudiana (1912), segundo Lacan, o inconsciente do analista é central para a condução de uma análise, visto que é justamente na comunicação dos inconscientes, entre o analista e o analisante, que “sairia aquilo que, na análise existente, concreta, iria mais longe, ao mais profundo, até o maior efeito. [...] É de maneira direta, em suma, que o analista seria informado do que se passa no inconsciente de seu paciente” (LACAN, 1960-61/2010, p.229).

Segundo Lacan (1960-61/2010), mesmo no analista que tenha levado sua própria experiência analítica a um fim, existe, ainda assim, um inconsciente reserva, dessa forma, não se encontra nenhuma elucidação por mais extensa que seja que exterminaria o inconsciente. Porém, Lacan destaca que há uma diferença entre o inconsciente do analista que passou por uma análise e aquele que nunca a experimentou. Aquele possui um inconsciente mais a experiência desse inconsciente, não se tratando mais de um inconsciente bruto, este passa a funcionar para ele como um instrumento, tal como um violino, do qual ele possui as cordas.

Lacan (1960-61/2010) faz uma crítica significativa ao ideal estoico que se fez da análise, de uma exigência de apatia em que seria exigido do analista permanecer neutro e indiferente às possíveis seduções. Ele levanta uma questão fundamental: “Se o analista se afasta desse caminho, pode-se dizer que isso seja, por si só, imputável a alguma insuficiência de preparação do analista enquanto tal?” (p.231). Lacan responde, negando esta pressuposição, explica que não é pelo fato de o analista ter o reconhecimento do inconsciente que isto o faz estar acima e fora do alcance das paixões, isso não o faz um ser superior. Ele provoca: “por que um analista, a pretexto de ser bem-analisado, seria insensível a determinada ereção de um pensamento hostil que pudesse perceber numa presença que está ali?” (p.232). Ou ainda: “por que, em si, o movimento do amor ou do ódio seria excluído? Por que isso desqualificaria o analista em sua função?” (p.232)

Na verdade, Lacan (1960-61/2010) está esclarecendo que quanto mais analisado for o analista mais condições ele terá de ser verdadeiramente amoroso, ou de expressar aversão e repulsa. Se, ainda assim, existe uma tendência para justificar a apatia analítica, é necessário expor suas razões legítimas. Se o analista cumpre em alguma medida a imagem popular de alguém apático é pelo fato de ser

possuído por um desejo mais forte que se dá a partir de uma mutação na economia de seu desejo. Trata-se de um desejo mais forte do que “chegar às vias de fato com seu paciente, de tomá-lo nos braços ou atirá-lo pela janela” (p.233). Mas qual será esse desejo? Lacan diz que deve ser o desejo de morte: “alguma relação do analista com o Hades, a morte” (p.235). A análise não é uma partida a dois, uma vez que o analista joga com um morto, como morto. Segundo Quinet (2009): “o analista se apaga como sujeito por ser apenas causa libidinal do processo analítico” (p.17).

É possível fazer uma correspondência entre esta abordagem pós-freudiana da transferência com o que pode ser encontrado na saúde mental. Se Lacan (1960-61/2010) diz que existe uma diferença entre o inconsciente analisado e o inconsciente bruto, pode-se levantar como questão: quais as consequências na clínica, quando o profissional de saúde mental não passou por uma análise? Se o reconhecimento do inconsciente não faz ninguém estar acima das paixões, pode-se dizer que quem tem um inconsciente bruto pode ficar à mercê de suas paixões? A partir da minha experiência na saúde mental, quando se trata de um profissional que não teve a experiência de análise, nota-se a inexistência de um ideal estoico; pelo contrário, existe frequentemente simpatia ou antipatia para com o usuário, da qual o profissional pode ficar refém. Desta forma, as paixões do profissional podem ser atuadas na relação com o usuário.

Segue uma situação que ilustra tal tendência. A cuidadora de um morador de um Serviço Residencial Terapêutico é capturada pela ideia de que ele é agressivo. Ela começa a sentir medo, ter pesadelos de que ele batia nela. Seu medo em pouco tempo se tornou certeza de que ele lhe faria algum mal. Um dia o usuário teve uma crise convulsiva, quando ela vê, tenta ajudá-lo. Durante a convulsão, ele pega o braço da cuidadora com força, ela entende como um sinal de sua agressividade, fica horrorizada e chama pelo segurança do condomínio para protegê-la.

Se Freud (1910/1996) coloca a análise pessoal como condição para o progresso do tratamento analítico, na saúde mental é diante da transmissão da psicanálise em supervisão que a busca por análise pode se dar para um profissional. A supervisão, ao tocar nos sintomas de cada um, pode fazer surgir uma questão sobre si mesmo que acarreta nessa busca. O trabalho na saúde mental não se dá sem o sintoma e desejo de cada profissional, sendo um passo ético incluir sua dimensão singular. No entanto, é necessário “tomar posição a partir de muitos para melhor se dar coragem de não ceder sobre o desejo” (BAIO, 1999, p.61). Importante

ressaltar que a supervisão não visa tratar a equipe, mas almeja mantê-la na posição de um Outro regulado, que sabe-não saber. Deste modo, o autor aponta para a função do supervisor:

Se ele garante a posição subjetiva dos educadores, ele o faz não para os interrogar quanto à sua programação fantasmática, mas para sustentá-los na perspectiva de sua função: que eles sejam, por um lado, dóceis a que o sujeito psicótico os faça parceiros de sua construção delirante e, por outro, que eles sejam intratáveis com o Outro louco, o Outro do saber e do gozo (BAIO, 1999, p.59).⁶

Lacan (1960-61/2010) conclui seu estudo sobre a contratransferência, mostrando o fato de analistas pós-freudianos terem mudado a visão inicialmente negativa para algo que poderia ser positivado e utilizado na própria condução da análise. É o caso de analistas que levam em conta os próprios sentimentos e fazem uso deles como um instrumento. Sendo assim, a contratransferência deixa de ser vista como imperfeição, passa a ser entendida como os “sentimentos experimentados pelo analista na análise e que são determinados a cada instante por suas relações com o analisado” (p.237).

Os sentimentos do analista passam a ser uma ferramenta para que ele compreenda o que se passa com o analisante. No entanto, Lacan (1960-61/2010) expõe que a incompreensão pode ser melhor do que uma confiança excessiva na própria compreensão: “o critério de sua posição correta não é que ele compreenda ou não compreenda (p.243).

6 Na tradução atual, o termo educador foi substituído por operador do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um longo período de elaboração, chegou o momento de concluir esta pesquisa sobre a transferência, sua especificidade no campo da psicanálise e sua aplicação em um campo tão heterogêneo como o da saúde mental. O desejo de pesquisar este tema surgiu a partir de duas experiências clínicas particulares, que ao me colocarem diante de dificuldade e alguns impasses, transformaram-se em questões que me conduziram a um aprendizado.

A primeira situação clínica trabalhada refere-se ao Vítor, que estabeleceu uma transferência erotomaníaca intensa e imediata. Já no primeiro encontro em uma oficina no CAPS, o paciente expressou sua visão romântica do amor ao dizer: *“para todo homem existe uma mulher”*; e se dirigiu a mim como a mulher destinada a ele. Tal situação levou a verdadeiros embaraços, despertando em mim um desejo de pesquisar sobre a problemática da transferência e o seu manejo. Com sorte de principiante, na época estava inserida em uma equipe multiprofissional, que me ajudou a conduzir a delicada situação. No entanto, a conduta tomada de comunicar ao paciente que não era permitido casar ou namorar com profissionais despertou uma indagação que atravessou e inspirou a dissertação: como a equipe de saúde mental concebe e maneja a transferência?

A transferência erotomaníaca do Vítor permaneceu ao longo de todo o meu período de estágio no CAPS, revelando que a esperança é realmente o “pathos inexpugnável” (SOUZA, 1999, p.92), que faz o sujeito resistir aos argumentos lógicos e às experiências reais. No entanto, ele se esforçou em ajustar os fatos, em especial aqueles que contradiziam a sua certeza de ser amado. Vítor construiu uma explicação diante da minha recusa ao seu pedido de casamento, afirmando que eu estava submetida à equipe. Segundo ele, a minha decisão não era por não lhe amar, mas pela proibição da equipe. O postulado erotomaníaco “ela me ama” se manteve intacto, embora existisse um limite quanto à sua condição de realização. A conduta da equipe, ao expressar a impossibilidade de namorar ou casar com profissionais do serviço onde ele se tratava, restringiu a sua concretização para um tempo futuro. Foi somente a partir da comunicação da minha saída do CAPS que voltou a se tornar viável para ele a consumação deste amor.

A erotomania do Vítor não aconteceu apenas comigo, tendo ocorrido com outras profissionais da equipe, o que expõe a necessidade de se lidar na clínica com

“as forças altamente explosivas” (FREUD, 1915 [1914]/1996, p.187) do amor transferencial, apesar dos riscos e dos desafios do seu manejo. Tal constatação suscita a importância de se pesquisar o assunto. Segundo Freud, a transferência é um destino inelutável, não existindo outra saída a não ser manejá-la. Aposta-se que a psicanálise pode contribuir para o campo da saúde mental ao apontar um caminho para o amor que comparece na clínica extraíndo as consequências terapêuticas para o tratamento.

Apresento a seguir alguns pontos que foram trabalhados ao longo da dissertação e, que valem serem retomados aqui. A transferência revela o “clichê estereotípico” (FREUD, 1912, p.111) de cada sujeito, tornando manifesto o método particular de cada um se conduzir na vida erótica, sendo permeável a mudanças frente a novas experiências. Entre o amor e a transferência não existe uma diferença radical, uma vez que são semelhantes no plano psíquico. Esta observação conduz à afirmação de que a transferência comporta uma maleabilidade diante das intervenções do analista. Com o surgimento da transferência na cena analítica, irrompe um drama entre analista e analisante, pois, segundo Freud (1915 [1914]/1996), há uma mudança total de cena, tal como um grito de incêndio durante uma representação teatral. Entretanto, cabe ao analista agir com cautela para tornar-se “senhor do temível pequeno deus” (LACAN, 1960-61, p.18) Eros.

Diante do amor de Vitor, o leigo apostaria apenas em duas alternativas: aceitar-se casar com ele, ou a separação acompanhada do abandono do tratamento. Porém, a psicanálise ensina um novo caminho. Caso a analista aceitasse a proposta de casamento, isto representaria um fracasso para o tratamento e um triunfo para o paciente. Freud (1915 [1914]/1996) aponta que a necessidade e o anseio de amor devem perdurar durante todo o tratamento, servindo como forças instigadoras através das quais o paciente pode executar mudanças e continuar o trabalho analítico. O enamoramento de Vitor não deve ser visto como uma conquista da analista, pois foi induzido pela própria situação do tratamento. Inclusive, existe uma responsabilidade ética da analista, e ela deve se desviar contra qualquer tendência a uma contratransferência. O analista não retribui o amor transferencial tampouco tenta suprimi-lo, mas deve tomá-lo como uma situação a ser atravessada durante o tratamento, cabendo suportar os seus efeitos.

O amor transferencial ocorre invariavelmente, estando intimamente associado com a natureza da própria doença. Em outras palavras, a transferência exerce uma

função específica tendo relação com a resistência. Quando o analisante se apaixona pelo analista, ele rapidamente perde todo o interesse no tratamento, ficando absorvido em seu amor. É justamente no momento em que surge a resistência que a transferência entra em cena, servindo-se de meio para se desviar ou se afastar de algum conteúdo aflitivo ou doloroso.

A transferência é enigmática, uma vez que se configura ao mesmo tempo como a “resistência mais poderosa” (FREUD, 1912/1996, p.112), e também como motor do tratamento. É o manejo realizado pelo analista que pode pender a balança para um ou outro lado. A transferência comporta algo de estranho/familiar, uma vez que o analisante ao substituir uma pessoa anterior pelo analista, revive uma série de experiências anteriores não como algo passado, mas com um sentimento de atualidade, inclusive algumas dessas vivências desafiam o próprio princípio de prazer. É a partir da inauguração do laço transferencial que o analista está autorizado a interpretar e intervir, e é quando os sintomas ganham um novo significado transferencial a partir da substituição da neurose “antiga” pela neurose de transferência. O laço inaugurado, ao mesmo tempo que comporta o “velho”, proporciona a criação do novo, possibilitando ao sujeito ir além da mera repetição, abrindo o caminho para a reconstrução da história. Como afirma Muñoz (2010), “a relação transferencial pode auxiliar a desenvolver truques, formas de lidar com os sintomas e seus aspectos invalidantes, encontrando um modo próprio de estar no mundo” (p.90).

Para além das indicações gerais relativas à transferência na obra de Freud, a situação clínica de Vítor me instigou a pesquisar sobre as especificidades da transferência na psicose. Segundo Freud (1911/1996), as afeições na erotomania tem sempre início por uma percepção externa de ser amado e não por uma percepção interna de amar. O delírio, como afirma Lacan (1955-56/2010), começa a partir do momento em que a iniciativa vem do Outro, e na erotomania é o Outro que ama primeiro.

Existem duas posições que o sujeito psicótico pode assumir. Primeiro, como objeto de gozo do Outro, definição da paranoia em Lacan (1966/2003), e segundo, no lugar de saber pleno em que a dúvida e a incerteza estão excluídas. É a partir dessas duas posições que o analista pode se situar na transferência. No caso de Vítor, ele estava no lugar de se oferecer como objeto de gozo do Outro, cabendo ao analista ocupar a posição de testemunha diante do delírio, sendo importante intervir

a partir do lugar do Outro-regulador fazendo limite ao gozo, e contrapondo-se nos momentos mortíferos.

Diante do delírio faz-se necessário tomar ao pé da letra o que o sujeito diz, não cabendo contrariar a convicção erotomaníaca de Vítor, mas trabalhar a partir dela. Tampouco se trata de “encaixar as pequenas cavilhas nos buracinhos” (LACAN, 1955-56/2010, p.144), tentando criar sentido. O testemunho do psicótico é extremamente singular e original, tendo o seu devido valor, e Lacan (1960-61/2010) afirma: “o critério de sua posição correta não é que ele (analista) compreenda ou não compreenda” (p.243).

A partir da situação clínica de Vítor, buscou-se refletir acerca do manejo transferencial nos CAPS. O estudo realizado apontou que não existe uma incompatibilidade entre a instituição e a transferência. Inclusive, a própria instituição pode ser uma resposta para alguns laços transferenciais que exigem um manejo realizado no coletivo; por exemplo, nos casos das transferências erotomaníacas e persecutórias intensas. Verifica-se que o manejo transferencial é facilitado quando o CAPS dispõe de supervisão, possibilitando o reconhecimento da transferência e a construção do seu manejo em equipe. É válido lembrar que a equipe estava temporariamente sem supervisão no caso exposto do Vítor.

Observa-se que algumas condições são necessárias para que o coletivo funcione enquanto um operador clínico frente a alguns laços transferenciais. É fundamental que a equipe, bem como cada profissional, se desvie da posição de saber, sendo favorável ocupar um lugar de aprendizagem diante da psicose. Esta posição pode facilitar a abordagem de um sujeito que sabe o que se passa com ele. É também preciso operar um esvaziamento do querer ou do poder, e assim presentificar um Outro que é ele mesmo submetido à lei. A supervisão contribui para manter a equipe no lugar de um Outro regulado, evitando o surgimento de um Outro-gozador que sabe sobre o sujeito, ou que quer algo dele, colocando o mesmo na posição de objeto de gozo.

A supervisão é um momento fundamental para a equipe falar dos impasses e das questões surgidas a partir dos casos atendidos, sendo considerado um lugar de formação e de aprimoramento do trabalho clínico realizado. É neste espaço que se transmite, além da importância do manejo transferencial, a abordagem do delírio; não como um produto patológico ao qual se tenta confrontar ou interditar a partir dos

dados de realidade, mas como uma tentativa de recuperação. É o lugar onde a construção delirante pode ganhar valor de verdade.

É na supervisão que o profissional tem a possibilidade de falar sobre os limites da sua prática e cabe destacar um ponto importante: o SUS tem como princípio básico a universalidade em que todos têm o direito à saúde. No entanto, surge uma interrogação clínica: o que fazer quando o profissional estabelece uma transferência essencialmente negativa com um usuário a qual não consegue contornar? Acredita-se que é fundamental o profissional ter a liberdade de falar abertamente de suas barreiras em atender determinado usuário e poder encaminhá-lo para outro profissional da equipe quando necessário. Considera-se válido um aprofundamento sobre essa problemática, pois muitas vezes o que se observa é o usuário ficar preso a um tratamento que não caminha e o profissional imerso em uma angústia e um sentimento de culpa por não conseguir cumprir com sua função.

A segunda situação clínica trabalhada se refere a um processo de desinstitucionalização, proposta da Reforma Psiquiátrica que produz uma crítica à cultura manicomial, uma vez que esta conduz a uma prática desumanizada e segrega aqueles acometidos por um sofrimento psíquico. Como aponta Muñoz (2010) “advertidos acerca dos riscos e fragilidades do laço social na psicose, devemos incentivar formas de estar no mundo que não forcem o sujeito a uma ruptura ou a uma exclusão” (p.88). Encontra-se na saúde mental um mandato universal: todos ainda inseridos em manicômios deverão sair. Porém, o caso exposto do Roberto desafia essa lógica, uma vez que ele recusa a saída do hospital psiquiátrico para morar numa residência terapêutica. Fato este que gerou um impasse e as seguintes reflexões: diante da recusa de um usuário é melhor recuar? Por que a equipe deve insistir?

O trabalho feito com Roberto ensinou que a transferência é uma condição preliminar para o processo de desinstitucionalização. A oferta de um novo lugar de moradia convoca o psicótico a estar no laço social, o que não é fácil, uma vez que ele experimenta a vida social como perigosa e o muro do hospital o defende disso. O trabalho tomou a recusa como um enigma, sendo tratada clinicamente e não por viés ideológico. A direção clínica foi a de não recuar, pois era preciso aguardar uma construção de saber e uma enunciação do próprio Roberto para desvendar o que sua recusa queria dizer.

Segundo Viganò (2002), o manicômio pode ter, na psicose, uma função particular, assim como o sintoma na neurose. O primeiro passo para o trabalho de desinstitucionalização é incluir a transferência do psicótico com o manicômio, uma vez que este exerce uma função de proteção. O manicômio pode ser um movimento de autodefesa, ou seja, uma tentativa de isolamento para se proteger do Outro, “um Outro pleno, sólido, material, real, aquilo que eu chamava persecutório” (VIGANÓ, 2002, p.9).

O trabalho de desinstitucionalização pode produzir um novo muro, um “muro vivo” como diz Viganò (2002, p.2), não sendo mais necessário um muro de concreto. E é o estabelecimento da transferência do usuário com algum profissional da equipe que pode facilitar/ou determinar a sua aceitação em sair do hospital psiquiátrico. Para concretizar a saída do sujeito do manicômio, primeiro se faz necessário tratar o Outro do psicótico, o que só pode ser feito a partir da transferência, sendo preciso que o acompanhante terapêutico faça presente um Outro não consistente, em que a falta seja sua marca. E qualquer demanda ou compreensão antecipada devem ser suspensas, pois não é favorável assumir *a priori* que se sabe o que é melhor para o sujeito. A desinstitucionalização não deve ser realizada a partir de um universal, mas reinventada diante de cada sujeito, sendo particularizada.

REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, J. *Paranóia. Marguerite ou A “Aimée” de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.
- BAIO, V. O ato a partir de muitos. *Curinga*, Belo Horizonte – MG, n.13, p.55-62, 1999.
- BATAILLE, L. O umbigo do sonho: por uma prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988
- BENETI, A. Interpretação na psicose ou manobras da transferência? Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, 15, abr. 1996, 89-95. São Paulo.
- BORSOI, P. A política do sintoma na clínica da saúde mental: aplicações para o semblante-analista. *Opção Lacaniana*, n.5, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p: il. – (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 5 fev.17.
- CHATEL, M. M. A transferência e o desejo do analista. Palestra dirigida à Escola Lacaniana de Psicanálise no Rio de Janeiro em 17 de março de 1990.
- COTTET, S. Freud e o desejo do psicanalista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989
- CZERMAK, M. Os psicóticos resistem mal à transferência. C. Da APPOA, Porto Alegre, n.55, mar. 1998
- DEFFIEUX, J-P. O sujeito paranoico e a transferência em instituição. In: *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*, tradução de Vera Avellar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007
- DI CIACCIA, A. A prática entre vários. In: ALTOÉ, S; LIMA, M. (orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.
- ELIA, L. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In. KAMERS, Michelle (org). Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência. Belo Horizonte: Editora Escuta, 2015. p.243-266
- ESTRELLA, R; RIBEIRO, M. O CAPS e a desinstitucionalização: uma direção ética de trabalho. *Ayvu: Rev. Psicol.*, v.01, n.02, p.122-144, 2015.

FIGUEIREDO, A.C.; FRARE, A.P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos serviços residenciais terapêuticos. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online], v.1 1, n.1, p.82-96, 2008.

FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As neuropsicoses de defesa, 1894. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Estudos sobre a histeria, 1893-1895. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

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

_____. Cinco lições de psicanálise, 1910 [1909]. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica, 1910. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia, 1911. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A dinâmica da transferência, 1912. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

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

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

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução, 1914b. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

_____. Conferências introdutórias sobre psicanálise - Parte III, 1917[1916-17]. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Psicanálise e psiquiatria, 1917[1916-17]b. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

_____. O estranho, 1919. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

_____. Psicologia de grupo e análise do ego, 1921. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Ego e o Id, 1923. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Neurose e psicose, 1924 [1923]. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose, 1924. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Uma breve descrição da psicanálise, 1924 [1923]. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A questão da análise leiga, 1926. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Fetichismo, 1927. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O mal-estar na civilização 1930. In: FREUD, S. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HANNA, Maria Silvia G. F. *A transferência na psicose: uma questão*. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica). UFRJ. Rio de Janeiro, 2000.

KAUFMANNER, H. Transferência na psicose. *Curinga*, Belo Horizonte – MG, n.13, p.96-101, 1999

KUSNIEREK, M. Pertinências e limites da prática entre vários. In: *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*, tradução de Vera Avellar Ribeiro, - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007

LACAN, J. Abertura da sessão clínica (1977). Disponível em: <http://www.traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf> Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. Apresentação das Memórias de um doente dos nervos (1966). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.219-223.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In. *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 1998

_____. Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade (1932). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. *Seminário livro 1, “Os escritos técnicos de Freud”* (1953-54). Rio Janeiro: JZE 2009.

_____. *Seminário livro 3 “As psicoses”* (1955-56). Rio de Janeiro: JZE, 2010.

_____. *Seminário livro 7 A ética da psicanálise* (1959-60). Rio de Janeiro: JZE, 2008.

_____. *Seminário livro 8. “A transferência”* (1960-61). Rio de Janeiro: JZE, 2010b.

_____. *Seminário livro 11 “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”* (1964). Rio de Janeiro: JZE, 2008.

_____. *Seminário livro 17, “O avesso da psicanálise”* (1969-70). Rio de Janeiro: JZE, 1992

_____. Variantes do tratamento padrão (1955). In. _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 2010

LAGACHE, D. *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

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

MAURANO, D. *A transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MUÑOZ, N. M. Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.13, n.1, p.87-101, março 2010.

QUINET, A. Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

QUINET, A. Psicose e laço social. Rio de Janeiro: JZE, 2009.

SCIARA, L. A questão da transferência nas paranóias. 17/06/2005. Disponível em <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/a-questao-da-transferencia-nas-paranoias-2/>. Acesso em: 21 mar. 8

SEIXAS, R. Carpinteiro do Universo. Álbum: Panela do Diabo. 1989. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/raul-seixas/68662/>> Acesso em: 10 set.17

SOLER, C. O Inconsciente a céu aberto da psicose. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

SOUZA, N.S. *A psicose: um estudo lacaniano*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

STEVENS, A. A instituição: prática do ato. Jornadas da ECF em Paris, Novembro de 2002.

TENDLARZ, S. E. Psicosis: lo clásico y lo nuevo. Buenos Aires: Grama Ed., 2009.

TYSZLER, J.J. A propósito das psicoses passionais. In: A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria – as paranóias. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2005.

VERZTMAN, J.S.; GUTMAN, G. A clínica dos espaços coletivos e as psicoses. In: VENÂNCIO, Ana Teresa e CAVALCANTI, Maria Tavares (org.). Saúde mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA/UFRJ, 2001. p. 39-72.

VIGANÒ, C. A construção do caso. *Rev. Opção Lacaniana online*, ano 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2017

_____. Trabalho em equipe na rede: A enfermeira e a instituição parceira. In: Conferência proferida por Carlo Viganó em 11 de setembro de 2002, no Conselho Regional de Enfermagem COREN, MG, 2002.

ZENONI, A. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. *Abrecampos-Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Belo Horizonte, ano 1, n.0, 2000, p.12-93.