

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia

# **A PSICANÁLISE E SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS EM FREUD E LACAN**

Ednei Soares de Oliveira Junior

Belo Horizonte

2011

Ednei Soares de Oliveira Junior

# **A PSICANÁLISE E SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS EM FREUD E LACAN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Cristina Moreira Marcos

Belo Horizonte

2011

FICHA CATALOGRÁFICA  
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O48p | <p>Oliveira Júnior, Ednei Soares de<br/>A psicanálise e seus efeitos terapêuticos em Freud e Lacan / Ednei Soares de Oliveira Júnior. Belo Horizonte, 2011.<br/>115f.</p> <p>Orientadora: Cristina Moreira Marcos<br/>Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.<br/>Programa de Pós-Graduação em Psicologia</p> <p>1. Psicanálise. 2. Freud, Sigmund, 1856-1939. 3. Lacan, Jacques, 1901-1981.<br/>I. Marcos, Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.<br/>Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDU: 159.964.2</p> |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ednei Soares de Oliveira Junior  
*A psicanálise e seus efeitos terapêuticos em Freud e Lacan*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

---

Cristina Moreira Marcos (Orientadora) – PUC Minas

---

Antônio Márcio Ribeiro Teixeira - UFMG

---

Christian Ingo Lenz Dunker – USP

Para Luzia, minha mãe.  
Sua incurável alegria de viver.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família pelo estímulo, suporte e incentivo nesse percurso, sem os quais esse trabalho jamais seria possível.

Ao apoio e força de Mariana Furtado Vidigal, sem a qual eu literalmente não chegaria nem mesmo ao processo seletivo. Muito obrigado.

A Cristina Moreira Marcos, minha orientadora nessa dissertação, por sua colaboração, sua escuta atenciosa, pelas importantes discussões, por seu acolhimento e a boa medida de suas intervenções.

Agradeço imensamente às contribuições preciosas de Antônio Márcio Teixeira e de Christian Ingo Lenz Dunker e por suas leituras atenciosas no exame de qualificação.

A proveitosa interlocução com Gilson Iannini e aos amigos e colegas que acompanharam de alguma forma meu percurso.

*“É, pois, indispensável que o analista seja, ao menos, dois. Aquele que produz efeitos; e aquele que estes efeitos teoriza.”*

Jacques Lacan

## RESUMO

O trabalho a seguir examina as relações entre a psicanálise e os efeitos terapêuticos por ela produzidos a partir das considerações encontradas nas obras de Sigmund Freud e de Jacques Lacan. Para tal investigação, o presente estudo começa por examinar o recurso que Lacan faz à obra freudiana procurando extrair dela uma formulação que orientasse a posição do analista no tratamento. O então denominado por Lacan, desejo do analista, procura indicar que este desejo estrutura a experiência analítica e que não é a cura que o define. A seguir, o trabalho revisita as relações entre a terapêutica e a constituição da clínica médica moderna, a fim de localizar as incidências do ideal de eficácia terapêutica na formação médica de Freud. O trabalho pesquisa a influência que a terapêutica exerceu na prática e nas investigações do psicanalista, como também pesquisa as considerações que o componente terapêutico ganhou a partir do desenvolvimento da psicanálise. Deste modo, o trabalho busca demonstrar como Freud, no final de sua obra, avalia os limites da eficácia terapêutica na psicanálise a partir de seus resíduos sintomáticos indissolúveis e incuráveis. Estes restos permitem observar como as elaborações de Lacan sobre o sintoma em psicanálise circunscrevem a experiência analítica como um tratamento que produz efeitos terapêuticos embora não se limite a eles.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Efeitos terapêuticos. Incurável. Sintoma. Tratamento psicanalítico. Freud. Lacan.

## ABSTRACT

The present study investigates the relationship between psychoanalysis and its therapeutic effects according to Sigmund Freud's and Jacques Lacan's works. For such research, this study begins by examining Lacan's resource to Freud's work and its purpose to extract from it a formulation that could guide the analyst during the psychoanalytic treatment. The so-called by Lacan, the analyst's desire, seeks to show that this desire structures the analytic experience and it is not defined by the healing desire. The paper follows by revisiting the relationship between therapy and the establishment of modern medical clinic in order to find the implications of the therapeutic effectiveness ideal in Freud's medical education. The work explores the influence exerted by the therapeutic matter on Freud's practice and investigations, as well as its considerations during the development of psychoanalysis. Thus, the work seeks to demonstrate how Freud, in his later work, evaluates the limits of therapeutic effectiveness in psychoanalysis from its indissoluble and incurable symptomatic residue. These remains leads this work to investigate how Lacan's elaborations on the symptom in psychoanalysis circumscribe the analytical experience as a treatment that has therapeutic effects but are not limited to them.

**Keywords:** Psychoanalysis. Therapeutic effects. Incurable. Symptom. Psychoanalytic treatment. Freud. Lacan.

## SUMÁRIO

|                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                        | <b>9</b>   |
| <b>2 EFEITOS DE UM DESEJO .....</b>                                              | <b>13</b>  |
| 2.1 Os efeitos e a causa .....                                                   | 17         |
| 2.2 A experiência psicanalítica como estrutura .....                             | 22         |
| 2.3 O que quer um psicanalista? .....                                            | 24         |
| 2.4 <i>Acheronta movebo</i> .....                                                | 31         |
| 2.5 O desejo do analista e suas relações com a cura: um não desejo de curar..... | 39         |
| <b>3 FREUD: DA TERAPÊUTICA À PSICANÁLISE .....</b>                               | <b>48</b>  |
| 3.1 O desejo de saber do jovem Freud e sua formação médica .....                 | 48         |
| 3.2 O <i>mais um ideal</i> de Freud e a clínica médica moderna .....             | 56         |
| 3.3 A Pré-Psicanálise e a cura: Freud e seu entusiasmo terapêutico .....         | 64         |
| 3.4 A psicanálise: especificidades, recomendações .....                          | 78         |
| 3.5 Resíduos e restos da terapêutica.....                                        | 84         |
| <b>4 DO SINTOMA COMO TRATAMENTO .....</b>                                        | <b>87</b>  |
| 4.1 Trata-se do sintoma .....                                                    | 89         |
| 4.2 Sintoma e gozo: entre sofrimento e satisfação .....                          | 92         |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>                                                          | <b>101</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                         | <b>105</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O legado deixado pela obra de Freud e pelo ensino de Lacan, ao contribuírem para fundamentar o tratamento empreendido pela psicanálise, fornecem respostas aos impasses subjetivos de seus analisantes e aos impasses coletivos sofridos pelo mal-estar na civilização.

Mais do que nunca, praticada em contextos cada vez mais variados, a psicanálise tem sido convocada a dar respostas a esses mais diversos impasses. Tais respostas se efetivam, sobretudo a partir dos efeitos produzidos pela psicanálise.

Éric Laurent, por exemplo, afirma que em circunstâncias anteriores o analista “era concebido como um marginal, um inútil, que não servia pra nada, a não ser para denunciar todos que serviam para alguma coisa.” (LAURENT, 2007, p.143). Entretanto, em nossos dias, vemos que o analista saiu dessa posição “para a de analista cidadão. (...) Há que se passar do analista reservado, crítico, a um analista que participa, a um analista sensível às formas de segregação.” (LAURENT, 2007, p.143).

A então chamada aplicação da psicanálise é constatada hoje talvez de maneira ainda mais clara do que quando Freud, em sua última década de vida, se envaideceu com os sucessos de seus efeitos na *Conferência XXXIV* (1932/1976).

Naquele momento, em 1932, os motivos que davam orgulho a Freud na aplicação da psicanálise se dirigiam principalmente à educação e ao tratamento realizado com crianças. Contudo, havia ali um aspecto que Freud (1932/1976) quis avaliar com maior cuidado, a saber, sobre a psicanálise e suas relações com a terapêutica. Fato curioso, pois Freud, segundo ele mesmo afirmou (FREUD, 1932/1976), não teve grandes dificuldades em tornar reconhecido o sucesso terapêutico da psicanálise. Aliás, como veremos, a eficácia dos efeitos terapêuticos da psicanálise pôde ser verificada após Freud, em suas variadas dissidências (LEICHSENTRING & RABUNG, 2008), como também com aqueles que seguiram uma orientação lacaniana (FREDA, LESERRE, 2007).

A fim de discutir sobre a incidência dos efeitos terapêuticos da psicanálise e tendo em vista a expansão dessa prática, tal tema converge na definição da psicanálise como uma prática de tratamento, conforme definida por Freud (1932/1976), que é constituída, como veremos, pelo componente terapêutico.

Segundo a avaliação de Freud, foi sempre como prática de tratamento que a psicanálise pôde se desenvolver (FREUD, 1932/1976), e na medida em que não abandona seu chão de origem, ou seja, o contato com seus pacientes, ela se manterá viva. Quanto aos

diferentes contextos e enquadres em que a psicanálise pode ser aplicada, Lacan, que questionou o *standard*<sup>1</sup> em psicanálise, concebeu o tratamento analítico sempre de maneira distinta e rigorosa, assegurando que uma psicanálise, seja ela padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista (LACAN, 1958a/1998, p331).

Se em Freud e Lacan constatamos a eficácia dos efeitos terapêuticos da psicanálise, vemos que a obra destes autores revela também o desejo fervoroso e consagrado de manter viva e autêntica a psicanálise no mundo, o que inclui também uma crítica em torno da eficácia destes efeitos. Isto é, mesmo que possamos verificar a existência e a eficácia dos efeitos terapêuticos em psicanálise, o trabalho de Freud e de Lacan o problematizam.

Dito isso, nos ocuparemos então, dentro dos limites de um trabalho de dissertação, da trama que esta problematização tece na obra de Freud e Lacan. Foi, portanto, devido ao alcance dos efeitos terapêuticos produzidos pela prática psicanalítica em seus usos possíveis, que fomos conduzidos a retomar seus princípios em Freud e Lacan, a fim de discuti-los nessa dissertação.

Aliado às vicissitudes de sua formação, em que Freud se inclina mais para seu desejo de saber do que para o ideal médico de eficácia terapêutica, o percurso de sua elaboração teórica e clínica lhe permitirão colocar em evidência os limites da eficácia terapêutica em psicanálise.

Em Freud, paradoxalmente, a certeza da eficácia do tratamento conviverá com incidências que colocam dúvidas a tal certeza. Tais dúvidas são advindas, ora de suas descobertas clínicas (FREUD, 1914/1976) e teóricas (FREUD, 1920/1976), ora das recomendações (FREUD, 1912/1976) e avaliações em torno do terapêutico (FREUD, 1937/1976).

Em Lacan, a problematização sobre tema do terapêutico lhe servirá, dentre outras razões, para empreender seu retorno a Freud (LACAN, 1958a/199), denunciando os desvios que a obra de freudiana sofrera (LACAN, 1966c/1998), para retomar a fundamentação de seus conceitos fundamentais, e para designar a posição do analista no tratamento através da noção de desejo do analista (LACAN, 1964c/1998).

---

<sup>1</sup> O termo *Standard* diz respeito a definição, através de critérios e de condições para formação do analista, sobretudo na vertente inglesa da Psicanálise. Lacan fará críticas á formação padronizada dos analistas na Associação Internacional de Psicanálise - IPA, a qual exigia que, para que ser considerado analista, se deveria cumprir com uma série de normas e avaliações dessa Associação. Ao ser expulso da IPA, Lacan fundará sua Escola convocando aqueles que se autorizam como analistas pelo desejo a responder à questão sobre o que é a psicanálise como prática, e mais adiante, sobre o que é um psicanalista. Neste sentido, Lacan faz uma oposição ao *Standard* que já supunha o que era um psicanalista através do cumprimento de normas impostas (ROUDINESCO, 1989).

Embora admitisse o efeito terapêutico “como um benefício adicional do tratamento psicanalítico” (LACAN, 1958a/1998, p.327), com Lacan, o desenrolar de um tratamento psicanalítico, constitui algo distinto de um mero procedimento terapêutico. Trata-se, segundo o autor, do desenvolvimento da experiência analítica (LACAN, 1959-60/1997).

Mantendo o cuidado em não distorcer a psicanálise, Lacan demonstrou de vários modos um empenho “essencial para isolá-la da terapêutica” (LACAN, 1967/2003, p.251). Além de se manter crítico enquanto a isso em seus seminários (LACAN, 1964a/1973), Lacan, até mesmo na fundação de sua Escola, criou nela uma seção caracterizada pelo domínio da discussão sobre a terapêutica (LACAN, 1964b/2003), mas destinando-a a interrogar a obediência da terapêutica à demanda de produção da saúde como objeto de controle social.

Enfim, ainda que as respostas dadas pela psicanálise à civilização mantenham seu laço vivo com o mundo, tais respostas não são compatíveis com uma perspectiva de que o discurso analítico seja tomado pela verdade de modo a promover uma dominação. Ao contrário, segundo Lacan, o discurso com o qual a psicanálise opera em sua especificidade, “exclui a dominação” (LACAN, 1978a/2010, p.31). Direção para a qual Freud já orientava: “Se nos voltarmos para os competidores deste mundo, devemos comparar o tratamento psicanalítico com outros tipos de psicoterapia” (FREUD, 1932/1976, p.185).

Assim como Freud (1932/1976) situou ser mais correto examinar as próprias experiências de cada um frente aos efeitos obtidos numa análise, Lacan afirmou: “não temos outro designo senão o de advertir os analistas sobre o deslizamento sofrido por sua técnica, quando se desconhece o verdadeiro lugar em que se produzem seus efeitos” (LACAN, 1958/1998, p.618).

O psicanalista francês esteve atento desde os efeitos da incidência do significante sobre o sujeito (LACAN, 1966a/1998), até aos modos singulares de como o sujeito lida frente ao incurável que uma análise permite circunscrever (LACAN, 1975-76/2005). Ou seja, cauteloso quanto à imprudência daqueles que não recolhem da experiência singular do paciente em análise, o material analítico, como Freud já advertira, Lacan recordou: “Que se possa ver, (...) o fruto da única imprudência que nunca nos enganou: a de não fiarmos a nada à experiência do sujeito que é a matéria única do trabalho analítico” (LACAN, 1966, p.71).

É nesta orientação em torno da singularidade do paciente em análise, que aparece a dimensão da experiência analítica distinta de uma psicoterapia. Isto se dá segundo Lacan, “por sabermos que a experiência analítica extrai sua força do particular” (LACAN, 1958b, p.614).

Enquanto experiência que afirma o singular, a presença do componente terapêutico não será banida da experiência analítica, pois, Lacan dará seguimento às elaborações

freudianas sobre o sintoma, de modo a reconhecer nele a maneira peculiar com que o sujeito lida com o incurável.

É um sintoma que leva o sujeito ao tratamento e demanda a cura do mesmo, daí a produção da dimensão do terapêutico (LACAN, 1936/1998) para produzir efeitos que aliviem isso que falha, que rateia, que não funciona (MILLER, 2007).

Embora situasse o efeito terapêutico como adicional à experiência analítica, Lacan localizou a produção de eficácia terapêutica nos meandros do discurso normalizador. Assim, a ação da psicanálise opera pelo sintoma um efeito revolucionário, ou seja, permitindo fazer isso “falhar da boa maneira” (MILLER, 2007, p.29), onde o sujeito, em seu modo de lidar com o incurável, possa assumir essa singularidade alheia à dominação. Segundo Lacan, trata-se de “produzir o incurável em que o ato encontra sua finalidade própria, e aquilo que, do sintoma, assume um efeito revolucionário”. (LACAN, 1967-68/2003, p.378).

## 2 EFEITOS DE UM DESEJO

Sabe-se que a psicanálise é empregada, hoje, na prática de âmbitos como o da saúde mental (HARARI; SILVA, 2003), em hospitais (BELAGA, 2003), em programas sociais, entre outras instituições, manifestando, na atualidade, uma difusão cada vez mais visível. (LAIA, 2003). Para discutir o estabelecimento do objetivo determinante do tratamento empreendido por um analista, ou esclarecer qual seria o propósito e o efeito esperado da psicanálise, é necessário entender os fundamentos dessa experiência, como foi originalmente pensada, e a que ela se propõe no contexto de hoje.

Para isso, a recordação de Freud é esclarecedora:

Como sabem, a psicanálise originou-se como método de tratamento; ela o desenvolveu muito, mas não abandonou seu chão de origem e ainda está vinculada ao seu contato com os pacientes para aumentar sua profundidade e se desenvolver mais. As informações acumuladas, de que derivamos nossas teorias, não poderiam ser obtidas de outra maneira. (FREUD, 1932/1976, p.185).

Encontramos em Freud os antecedentes do cenário atual, quando se observa que a prática dos mais variados serviços encontra sua fundamentação na orientação analítica. Freud (1918/1976) sustentou, com o rigor da teoria e da prática psicanalíticas, a afirmação da eficácia da psicanálise em instituições públicas. Trata-se, explicitamente, em Freud, de sua eficácia terapêutica, pois, de algum modo, segundo ele mesmo afirma, “A psicanálise é realmente um método terapêutico como os demais”. (FREUD, 1932/1976, p.185-186).

Aliás, ao tomarmos um dos pioneiros artigos de Freud sobre tratamento, *Psychische Behandlung* (*Seelebehandlung*), publicado, em 1890, no manual de medicina em *Die Gesundheit*, vê-se nele a defesa e a formalização sobre o “tratamento psíquico”, aquele que busca tratar “seja de perturbações anímicas ou físicas - por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico<sup>2</sup> no ser humano”. (FREUD, 1890/1976, p.297). Para isso, prossegue Freud, “as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico”. (FREUD, 1890/1976, p.297). Mais do que se firmar como um método terapêutico como os demais, segundo Christian Dunker, *Psychische Behandlung*, de Freud, “é certamente um dos textos fundadores da psicoterapia tal como a conhecemos hoje”. (DUNKER, 2008, p.223).

---

<sup>2</sup> Apoiado no “Dicionário Comentado do Alemão de Freud”, de Luis Hanns (1996), Christian Dunker (2008) afirma que “A ideia de tratamento da alma não possui em alemão a conotação mágico-religiosa que o termo evoca para nós”. (DUNKER, 2008, p.225).

Mais de quarenta anos depois, Freud afirmaria as relações entre o nascimento da psicanálise com a psicoterapia e, quanto ao seu pioneirismo, não pouparia modéstia:

Como método de tratamento, é um método entre muitos, embora seja, para dizer a verdade, *primus inter pares*. Se não tivesse valor terapêutico, não teria sido descoberto, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado desenvolvendo-se por mais de trinta anos. (FREUD, 1932/1976, p.191).

Pouco tempo antes do término da Primeira Guerra Mundial, quando boa parte do continente europeu estava diante de uma grande devastação, Freud fez uma comunicação durante o *V Congresso Internacional de Psicanálise*, em Budapeste, no ano de 1918. Nesta Conferência, intitulada, em português, *Linhas de progresso na Terapia Analítica*, Freud se concentrara em apontar, naquele momento, para as novas e possíveis direções da “terapia analítica”. Ele avaliaria, naquele Congresso Internacional, as chances de seu singular método de tratamento alcançar um status de amplitude continental como utilidade pública e social, podendo realizar um formidável benefício para a “enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo”. (FREUD, 1918/1976, p.209).

Naquela ocasião, Freud declarou: “Presentemente, nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave”. (FREUD, 1918, p.210). Mas, apesar daquela dura realidade, ele explicitou seu desejo de um futuro próspero para a psicanálise e para a população, que consistia em: “aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população”. (FREUD, 1918/1976, p.210). Freud almeja a existência de “instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados”. (FREUD, 1918/1976, p.210).

Atualmente, vê-se que este anseio de Freud descrito acima se cumpriu. Pode-se pensar que o que entraria em jogo no universo de expansão da psicanálise seria um problema relacionado à finalidade da prática psicanalítica, sobretudo em relação aos desafios que a psicanálise é levada a responder em nossos dias, num momento em que se alarga o campo de sua aplicação, sobretudo de sua aplicação à terapêutica.

Muito embora Freud viesse, cada vez mais, a fundamentar e sustentar a singularidade da psicanálise como prática, distinguindo-a de outros métodos psicoterápicos, ele se viu também na tarefa de evidenciar os efeitos terapêuticos obtidos a partir dela:

Durante o período em que eu era o único analista, as pessoas ostensivamente amáveis para com minhas ideias costumavam dizer-me: ‘Tudo isto é muito bonito e inteligente, mas me mostre um caso que o senhor tenha curado pela análise. (FREUD,1932/1976, p.185).

Passado o tempo, quando os analistas tornaram-se mais numerosos, Freud pôde observar que eles tinham, “(...) em seus escaninhos, uma pilha de cartas de pacientes agradecidos que foram curados”. (FREUD,1932/1976, p.185). Ou seja, a prática psicanalítica viria a produzir ações e resultados sobre os sintomas, inibições e angústias. Ela produziria efeitos sobre o sofrimento.

Se, “em certa época”, segundo o próprio Freud, “fazia-se contra a análise a queixa de que não podia ser tomada a sério, na qualidade de tratamento, de vez que não se atrevia a publicar estatísticas de seus êxitos” (FREUD,1932/1976, p.186), ele mesmo respondeu a isso, citando o documento em que publicou os triunfais resultados terapêuticos do Instituto Psicanalítico de Berlim<sup>3</sup>, durante os seus primeiros dez anos de funcionamento. (FREUD,1932/1976, p.186).

Na primeira década do século XXI, as *estatísticas dos êxitos* promovidos pela terapêutica psicanalítica continuaram a ser evidenciadas. Autores como os alemães Leichsenring e Rabung (2008) desenvolveram o estudo *Effectiveness of long-term Psychodynamic Psychotherapy* sobre a eficácia, a longo prazo, de tratamentos psicoterápicos. Realizado através de uma “meta-análise”<sup>4</sup>, que envolveu mais de mil estudos clínicos em tratamentos com duração de mais de um ano (ou 50 sessões), o estudo afirmou que, comparando a outras psicoterapias<sup>5</sup>, os então chamados *psychoanalytic treatments* foram considerados, genericamente, quatro vezes mais eficazes, sobretudo quanto aos *complex mental disorders*, constituídos por quadros complexos como transtornos mentais crônicos, de personalidade, transtornos mentais múltiplos e comorbidades. (LEICHSENRING & RABUNG, 2008, p.1554-1563).

---

<sup>3</sup>Criado e financiado por Max Eitingon, a fim de garantir a formação dos analistas, o *Berliner Psychoanalytische Institute*, também chamado Policlínica de Berlim, teve o papel de, ao mesmo tempo, promover tratamento psicanalítico acessível para a população carente e de supervisionar a formação dos analistas na capital alemã.

<sup>4</sup> Trata-se de um artifício estatístico desenvolvido especialmente no campo da saúde para integrar resultados de mais de um estudo sobre uma mesma questão de pesquisa (neste caso, a eficácia dos tratamentos), de modo a reduzir, ao mínimo, as chances de erro e reduzir possibilidades de incerteza sobre os efeitos benéficos ou indesejáveis das intervenções em saúde.

<sup>5</sup> Entre eles, tratamentos como “*cognitive-analytic therapy*”, “*dialectical behavioral therapy*”, “*family therapy*”, “*supportive therapy*”, “*short-term psychodynamic therapy*” e o usual “*psychiatric treatment*”. (LEICHSENRING & RABUNG, 2008, p. 1559).

Vê-se, portanto, que, mais de setenta anos depois, a afirmação freudiana é, além de categórica, atual: “Comparada com outros procedimentos psicoterapêuticos, a psicanálise é, fora de dúvida, o mais eficiente”. (FREUD, 1932/1976, p.187).

Não se tem especificado por qual dissidência teórica os tratamentos anteriormente citados se orientam, entretanto, quanto a uma orientação mais lacaniana, por assim dizer, também se vê constatação semelhante.

Tal foi a empreitada desenvolvida por Jacques-Alain Miller, na Conversação de Barcelona, demonstrando os *Efeitos Terapêuticos Rápidos em Psicanálise* (MILLER, 2005a), ou a de Hugo Freda (2007), que procurou dar “a prova do efeito terapêutico”. (FREDA, 2007, p.73). Desse mesmo modo, pautado “por uma política de inscrever a psicanálise aplicada no âmbito da saúde mental” (LESERRE, et al, 2007, p.71), Leserre (2007) teve o objetivo de demonstrar que esses tratamentos são eficazes e de constatar que a psicanálise de orientação lacaniana produz efeitos terapêuticos rápidos. O autor também apresentou resultados eficazes ao investigar 100 casos em tratamento de curta duração. (LESERRE, et al, 2007).

Ainda que o inventor da psicanálise afirme o alto grau de sua eficiência terapêutica, tem-se, na mesma medida, um Freud comedido em torno dos êxitos desta aplicação: “seus sucessos terapêuticos não constituem motivo nem de orgulho, nem de vergonha”. (FREUD, 1932/1976, p.185). Dada a heterogeneidade deste tipo de resultado, orientou Freud: “É mais correto examinar as próprias experiências do indivíduo”. (FREUD, 1932/1976, p.185). Tornar a originalidade da prática analítica legítima não se faz verificável através do sucesso terapêutico, mas na prova única do sujeito mesmo na experiência analítica.

Muito embora a psicanálise produza efeitos terapêuticos, vemos, em Freud e em Lacan, um esforço de reivindicação sobre a particularidade da psicanálise como experiência, prática e teoria em relação às psicoterapias. Nesse sentido, portanto, os sucessos terapêuticos da psicanálise não constituem a diferença singular do seu tratamento. Do mesmo modo, não encontramos uma diferença radical entre psicanálise estrito senso e seus atributos terapêuticos.

Não havendo uma relação de oposição entre o terapêutico e o analítico, trata-se aqui de um limite impreciso e pouco nítido na caracterização da prática analítica.

## 2.1 Os efeitos e a causa

Foi justamente ao exigir um trabalho de formalização sobre a singularidade da práxis psicanalítica, reconsiderando-a para além de seus efeitos terapêuticos, que Lacan se concentrou, não nos efeitos, mas na causa.

Buscando algo que, de fato, caracterizasse a psicanálise face à eficiência de seus efeitos terapêuticos, Lacan localiza “o termo mediano que nos servirá neste ponto (...). É a causa: não a causa como categoria da lógica, mas como causando todo o efeito”. (LACAN, 1966a/1998, p.879).

A causa ganhou papel de destaque ao longo do ensino lacaniano. No seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* e em *A ciência e a verdade* (1966a/1998), Lacan (1964a/1973) revisita a ideia de causa a partir de textos filosóficos. Circunscrevendo a particularidade do discurso psicanalítico e de sua prática em relação à ciência, assinala a dificuldade na apreensão conceitual da noção de causa ao questionar seus fundamentos filosóficos, estabelecidos para a instauração da ciência moderna.

Inicialmente, Lacan (1964a/1973) retoma a noção de causa em Aristóteles, proposta em sua *Física* a fim de explicar como cada ser existente é determinado. Aristóteles dividia em quatro os aspectos da causa: formal, final, eficiente e material. (MORENTE, 1967, p.108):

Não vou nem salientar que desde sempre o problema da causa é o embaraço dos filósofos, e que não é tão como se crê ver o equilíbrio em Aristóteles, as quatro causas. (LACAN, 1964a/1973, p.24).

Já no texto de Kant, a que Lacan se refere no mesmo seminário, a noção de causalidade se desliga da classificação aristotélica clássica. Em Kant (1980), ela se manifestará, portanto, na relação lógica, ou seja, a causa se estabelece como condição da experiência, e não derivada desta. Segundo Lacan, Kant inscreve a noção de causa na racionalidade das categorias da razão pura, mas, para o psicanalista, se trata de que “(...) a causa não é mais, desde então, racionalizada”. (LACAN, 1964a/1973, p.25). “Ao contrário”, dirá Lacan, “a cada vez que falamos de causa, há algo de anticonceitual, de indefinido.” (LACAN, 1964a/1973, p.25).

Contudo, em *A ciência e a verdade* (1966a/1998), Lacan voltará a se inspirar em Aristóteles a fim de delimitar o espaço epistemológico pertinente ao discurso e à prática

psicanalítica sobre o prisma da noção de causa. Vemos Lacan afirmar: “Ora, essa causa (...) me pressiona a assumir minha própria causalidade”. (LACAN, 1966a/1998, p.879).

Para tal, Lacan faz, neste texto, um recenseamento dos aspectos da causa e os “quatro modos de sua refração” (LACAN, 1966a/1998, p.890), articulados ao “mesmo número e uma analogia de indicação nominal que se encontram na física de Aristóteles”. (LACAN, 1966a/1998, p.890)

Neste texto, o exame lacaniano dos efeitos de refração da verdade como causa propõe o seguinte: “a transporemos para outros campos, além do psicanalítico”. (LACAN, 1966a/1998, p. 885). Esses outros campos são, respectivamente, os da magia, da religião e da ciência. (LACAN, 1966a/1998, p. 885).

Dando centralidade ao aspecto da causalidade em psicanálise, Lacan provoca os analistas, convidando-os a esta interrogação: “a vocês, analistas: isso que vocês fazem tem o sentido de afirmar que a verdade do sofrimento neurótico é ter a verdade como causa?”. (LACAN, 1966a/1998, p. 885).

Sobre o campo da magia, afirma Lacan: “a magia é a verdade como causa definida sob seu aspecto de causa eficiente”. (LACAN, 1966a/1998, p.886). Nessa definição, vale sublinhar como *A ciência e a verdade* produz uma resposta de Lacan às ponderações do antropólogo Claude Lévi-Strauss sobre o processo de cura do xamã e suas relações com a cura em psicanálise.

Em *A eficácia simbólica*, Lévi-Strauss (1949/1973) havia comparado a cura realizada pelo xamã com aquela empreendida pelo psicanalista. Neste texto, Lévi-Strauss (1949/1973) procurou apreender a eficácia da intervenção do xamã. Ao comentar um caso de cura xamanística, o antropólogo acentuou que, na magia, o fato de a mitologia da cura não corresponder à realidade “não tem importância: a doente acredita nela, e ela é membro de uma sociedade que acredita”. (LÉVI-STRAUSS, 1973, p.228). Enfim, se Lacan situou, na magia, a verdade agindo como aspecto eficiente da causa é porque “o que trata de se explicar é a sua eficiência”. (LACAN, 1966a/1998, p.891).

Mais do que mostrar a particularidade do discurso analítico em relação ao discurso da ciência, os modos de refração dos aspectos da causa servem a Lacan precisamente para intervir sobre a colocação de Lévi-Strauss, localizando, então, a causalidade do tratamento analítico em distinção à sua eficiência terapêutica: “A classificação natural que invoquei dos estudos de Claude Lévi-Strauss deixa entrever, em sua definição estrutural, a ponte de correspondência pela qual a operação eficaz é concebível”. (LACAN, 1966a/1998, p.885).

Sobre o campo da religião, afirma Lacan que, nele, “a verdade (...) aparece apenas como causa final, no sentido de ser reportada a um juízo de fim de mundo”. (LACAN, 1966a/1998, p.887).

“Quanto ao que ocorre na ciência” (LACAN, 1966a/1998, p.889), Lacan situou: “Decerto me será preciso indicar que a incidência da verdade como causa na ciência deve ser reconhecida sob o aspecto da causa formal”. (LACAN, 1966a/1998, p.890).

Ora, toda a discussão sobre o empreendimento de formalização da ciência moderna, que interessa a Lacan (1966a/1998), reside, fundamentalmente, na possibilidade de submeter a natureza às formas matematizáveis da escrita. Daí, tem-se a verdade refratada sob o aspecto formal da causa, donde deriva que a ciência “não quer-saber-nada” da verdade como causa (LACAN, 1966a/1998, p.889), levando a suturar o sujeito aí implicado. (LACAN, 1966a/1998, p.891).

Sabe-se que as proposições vazias, cujos conteúdos eram esvaziados, foram caras a Lacan durante seu ensino, pois assim ele pôde pensar o sujeito como obtenção dos efeitos formais do significante. Todavia, podemos pensar que, em relação à práxis psicanalítica, Lacan não opõe o aspecto formal face aos aspectos eficiente e final da causa, já que, “para o sujeito da ciência, ambas não passam de sombras, mas não para o sujeito sofredor com quem lidamos.” (LACAN, 1966a/1998, p.885).

Finalmente, Lacan define: “Isso, porém, será para esclarecer que a psicanálise, ao contrário, acentua seu aspecto de causa material. Assim se deve qualificar sua originalidade na ciência”. (LACAN, 1966a/1998, p.890). Isto é, “Essa causa material é, propriamente, a forma de incidência do significante como aí eu defino”. (LACAN, 1966a/1998, p.890).

Ora, em resposta à elaboração de Lévi-Strauss, Lacan já havia salientado que é sob a forma de significante que aparece aquilo que tem de ser mobilizado pelo xamã na natureza para curar (LACAN, 1966a/1998, p.886), ou seja, “Tudo ali está para ser ordenado segundo as relações antinômicas em que se estrutura a linguagem”. (LACAN, 1966a/1998, p.886).

Trata-se, aqui, da refração do aspecto material da causa, que obtém o sujeito como efeito da estrutura<sup>6</sup>, isto é, como o intervalo do efeito de significação, já que, com Lacan, “pela psicanálise, o significante se define como agindo, antes de mais nada, como separado de sua significação”, (LACAN, 1966a/1998, p.890). Segundo Jean-Claude Milner (1995), “Daí o *logion*: “o significante representa o sujeito para um outro significante”. (MILNER, 1995,

---

<sup>6</sup> Em vista de elaborar o sujeito como aquilo que é engendrado como efeito do significante, Lacan acentua: “Essa é, em termos mínimos, a função que confiro à linguagem na teoria”. (LACAN, 1972/1985, p.890). Com Jean-Claude Milner, esse “minimalismo das propriedades combinadas tem uma consequência: (...) o *logion*, o inconsciente, estruturado como uma linguagem”. (MILNER, 1995, p.105).

p.105). Ora, nunca se sabe qual efeito de significação será engendrado a partir do fato de que um significante representa um sujeito para outro significante, pois não há nada que obrigue que um significante tenha um determinado efeito de significado.

Enfim, a proposta de Lacan é que, do ponto de vista da estrutura da linguagem, pode-se produzir, na psicanálise, a causalidade material. Adotando a estratégia do paradigma estrutural sobre os fenômenos clínicos, ou seja, reduzindo os fenômenos clínicos à lógica do significante a fim de mostrar como a causa age na psicanálise, Lacan consegue evidenciar que a causa aqui não age sob o aspecto da eficiência, nem da finalidade, nem formal, mas sim sobre o aspecto material, que é a incidência do significante sobre o sujeito.

Efeitos terapêuticos propriamente não figuraram no vocabulário lacaniano, mas sim os “efeitos significantes” (1957a/1998). Compreende-se, portanto, que, se falamos de efeito terapêutico ou de outros efeitos do tratamento analítico, é justamente por operar com o significante. Freud e Lacan souberam dar ênfase àquilo que abriu a via da psicanálise: o poder curativo da palavra, que, desde o tratamento de Anna O. (realizado por Breuer), demonstrou a eficácia terapêutica que habita na fala do paciente, uma *talking cure*.

Vale ressaltar que, nos anos subsequentes à publicação de *A ciência e a verdade*, Lacan irá extrair consequências cada vez maiores da causalidade material na psicanálise. Em 1972, no “Seminário 20 (1972-1973/1985), *Encore*, esse efeito da causalidade material aparecerá na própria definição do inconsciente, conjugado com o nome de gozo: “o inconsciente, é que o ser, falando, goze”. (LACAN, 1972/1985, p.143).

Dito isso, num tratamento psicanalítico, não se toma o significante como puramente formal (como na matematização científica), como uma finalidade ou como eficiência (eficiência comunicativa, por exemplo), mas pelo efeito material sobre a subjetividade, sobre os modos como o sujeito goza.

O Lacan da então chamada segunda clínica<sup>7</sup> estará atento aos efeitos materiais da língua, quando se vê a passagem do sujeito ao *parlêtre*, o que terá que envolver o gozo como algo a mais do que o sujeito como puro efeito do significante. O *parlêtre* entrará em cena no ensino lacaniano quando a linguagem não será mais uma categoria puramente formal, mas uma alusão à dimensão de gozo.

Por fim, vê-se que a intenção de Lacan se exprime, colocando em oposição o modo de refração da causa na psicanálise aos aspectos eficiente, final e formal. Nesta oposição, Lacan

---

<sup>7</sup> Modo como é nomeado o último momento do ensino de Lacan, datado entre 1953 e 1981. Este momento começaria a partir da década de 1970.

intervém invariavelmente, impedindo que a causa freudiana se confunda com a eficiência terapêutica. Ele transmite, então, seu alerta aos analistas:

É antes para lembrar-lhes que, como sujeitos da ciência psicanalítica, é à solicitação de cada um desses modos da relação com a verdade como causa que vocês tem de resistir. (LACAN, 1966a/1998, p.891).

A resistência anunciada por Lacan dá visibilidade à discussão sobre os efeitos da psicanálise, pensados através da relação ética entre seus meios e fins. Tal discussão aparece em Lacan com o termo *práxis*.

A ideia grega de *práxis* não se limita à mera técnica ou prática, mas à relação entre saber e fazer que articula teoria e prática:

A *práxis* é dotada estruturalmente de uma teoria, entendida esta no sentido de um conhecimento intelectual específico. Por essa mesma razão, a teoria é, aqui, uma teoria prática; ela não está presente na *práxis* em razão de si mesma, mas em razão do próprio exercício do agir. (LIMA VAZ, 1993, p.103).

Aristóteles, que consagrou a *práxis* como um termo filosófico, fundou, a partir desta noção, o campo da ética. Em Aristóteles, “a *práxis* recebe seu estatuto próprio de objeto de um saber específico, designado justamente como *ethike pragmateia*, disciplina ética ou, hoje, simplesmente Ética”. (LIMA VAZ, 1993, p.71). Daí, Lacan circunscreve a “Ética da psicanálise, que é a *práxis* de sua teoria”. (LACAN, 1964b/2003, p.238).

Ao refletir sobre a causa em vista dos efeitos da psicanálise, Lacan apresenta, portanto, um programa “que conduza a *práxis* original que ele [Freud] instituiu sob o nome de psicanálise (...); que, por uma crítica assídua, denuncie os desvios e concessões que amortecem seu progresso, degradando seu emprego”. (LACAN, 1964b/2003, p.235). Este programa concerne ao emprego terapêutico da psicanálise, pois “Trata-se, sim, de um rigor de alguma forma ético, fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos, não pode ser, senão, psicoterapia”. (LACAN, 1958a/1998, p.326).

Quanto à noção de causa, é importante incluir aqui que a noção de causalidade na psicanálise ganha amplitude no decorrer do ensino de Lacan. A articulação feita por ele com a causalidade aristotélica não conduz a uma mera determinação do significante, mas trata de seu aspecto material de modo a abranger o acaso. Daí o recurso de Lacan em *Os quatro conceitos*

*fundamentais da psicanálise*, a noção aristotélica de *tiquê*, compreendida como encontro com o real<sup>8</sup>, e a de *autômaton*, articulada à dimensão do significante.

Deste encontro com o real, com aquilo que sempre se encontra atrás do *autômaton* (LACAN, 1964a/1973), deriva a ponderação de Lacan à racionalidade kantiana, ao dizer que há, na causa, algo indefinido e anticonceitual. (LACAN, 1964a/1973, p.25). Inserindo essa temática, Lacan consegue abordar também a noção de causa do desejo<sup>9</sup>, o qual, como veremos, ganha com ele uma formalização conceitual dentro da racionalidade própria da psicanálise, isto é, que escapa a uma definição sólida, pois há nele algo de anticonceitual.

## 2.2 A experiência psicanalítica como estrutura

Foi, então, abrigado pela ambição estruturalista que Lacan procurou fornecer à psicanálise uma fundamentação epistemológica capaz de deslocar o problema tradicional ou clássico da ideia de causa.

Jean-Claude Milner afirma: “Lacan é uma figura do estruturalismo” (MILNER, 1995, p.91), e uma das teses sobre a qual repousa o programa estruturalista é tanto a de “um minimalismo da teoria”, ou seja, “para um poder descritivo máximo, o uso de um número mínimo de axiomas e de conceitos” (MILNER, 1995, p.97), assim como a tese de um “minimalismo das propriedades”, o que significa que “um elemento [diferencial] de um sistema tem por únicas propriedades aquelas que são determinadas pelo sistema”. (MILNER, 1995, p.97). Milner conclui: “Um nome do sistema reduzido a sua relação mínima é *estrutura*; o nome *estruturalismo* designa sua teoria”. (MILNER, 1995, p.98).

Deste modo, se propriedades distintas mantêm entre si uma relação necessária determinada pela estrutura a que pertencem, Lacan, por conseguinte, obtém, através da noção de estrutura, uma maneira de pensar num conjunto de efeitos cuja causa está ausente. Nas palavras de Milner (1995):

---

<sup>8</sup> O Real, noção extraída do ensino de Lacan (datado entre 1954 e 1981), sofre mutações em sua formação, em alguns momentos de seu pensamento. No ensino lacaniano, o conceito de Real tem, portanto, um trajeto histórico, clínico e conceitual que o problematiza e, conseqüentemente, a experiência psicanalítica. Segundo Bruce Fink, “O real talvez seja melhor compreendido como aquilo que ainda não foi simbolizado, resta a ser simbolizado, ou resiste à simbolização”. (FINK, 1998, p. 44). Dentre algumas outras “faces do real” em Lacan, explicitadas por Fink (1998), tem-se o impossível do sexual, o trauma e o indizível.

<sup>9</sup> Através do conceito de objeto *a* em Lacan.

Sustentar que só existem propriedades induzidas pelo sistema é sustentar que, quando o sistema está definido como estrutura, toda propriedade é apenas efeito da estrutura. Corresponde, portanto, a sustentar que a estrutura é causa. (MILNER, 1995, p.103).

Movido por uma orientação estrutural, durante o seminário *O ato psicanalítico*, proferido nos anos de 1967 e 1968, Lacan conceberá a experiência psicanalítica como uma estrutura, concentrando-se naquilo que “constitui, a princípio, a estrutura da experiência, eis o que deve nos alertar quanto ao que esta experiência significa”. (LACAN, 1967, lição de 15 de novembro). Para isso, “é necessário conhecer da estrutura lógica (...) para conceber verdadeiramente o que se passa nesse campo limitado que é o da psicanálise”. (LACAN, 1968, lição de 24 de janeiro).

Ao reduzir a experiência analítica às suas operações lógicas fundamentais (transferência, o lugar do analista; a interpretação; a resistência; o final da análise), Lacan (1967-68) localiza as propriedades relativas “aos próprios pressupostos estruturais da instauração da experiência”. (LACAN, 1967, lição de 15 de novembro). Para isso, esclareceu seu propósito:

(...) algo que deve ficar, no mínimo, estabelecido em nossa delimitação é, a saber, o que a psicanálise institui em uma estrutura lógica por algo de totalmente privilegiado, na medida em que ela constitui a conjugação de um ato e um fazer. Essa estrutura lógica, se nós não a constituímos, com suas partes que estão na operação analítica. (LACAN, 1968, lição de 24 de janeiro).

Assim como “o que é o ser da pessoa do psicanalista é, justamente, algo que só se pode apreender realmente em sua demarcação na estrutura” (LACAN, 1968, lição de 10 de janeiro), Lacan pôde, “por razões de estrutura” (LACAN, 1968, lição de 10 de janeiro), esboçar as operações lógicas da emergência do sujeito e sua relação estrutural na atualização de suas formas de alienação no Outro, na mutação da transferência, chegando à separação do objeto *a*. Fiel ao programa estrutural, segundo o próprio Lacan (1968), “Aparece aí essa estrutura fechada, que é aquela a partir da qual pude tentar isolar para vocês, definir entre todas as outras”. (LACAN, 1968, lição de 20 de março).

A *reductio ad minimum*, empreendida por Lacan no seio do paradigma estrutural, “revela que ele encontrou aí uma âncora”. (MILNER, 2008, p. 212). Milner (2008) chega a nomear a devoção lacaniana a tal paradigma, nesse período, de “hiperestruturalismo”. (MILNER, 2008, p. 211). Contudo, Milner (1995) não desconhece que o majestoso edifício teórico construído por Lacan encontrará suas instabilidades. (MILNER, 1995, p.117).

Tampouco se ignora, em relação à experiência analítica, a existência de modelos que competem dentro da obra de Lacan e que respondem a aspirações diferentes daquelas do então chamado programa estruturalista. (DOSSE, 1993). Por exemplo, a pretensão lacaniana em *Para além do princípio de realidade*, de 1936, na realização de uma *Descrição fenomenológica da experiência psicanalítica*. (LACAN, 1936/1998, p.85). Tomaremos, aqui, no entanto, a experiência psicanalítica como estrutura, ou seja, como causa dos efeitos por ela produzidos.

Ao consistir na “redução de conceitos ao mínimo necessário” (MILNER, 2008, p. 211), a conjectura hiperestrutural exigiu de Lacan “articulações conceituais ainda inéditas”. (MILNER, 2008, p. 211). Assim, a posição do analista, grafada por Lacan como “o desejo do analista”, figura como um dos pressupostos minimais e condicionantes na estrutura lógica da experiência. O próprio Lacan (1964c/1998) afirma que esta propriedade é, de fato, uma condição para a análise, pois é o que atua na experiência psicanalítica em última instância. (LACAN, 1964c/1998, p.868). Veremos, então, que essa posição do analista não se define pela finalidade de curar. Segundo Miller,

se o analista toma como finalidade da experiência analítica “curar”, não vai consegui-lo. Também dizia Freud que o *furor sanandi*, o furor de curar, era um perigo na análise e que não definia a posição do analista, o desejo do analista. (MILLER, 2009, p.276).

Não sendo a visada terapêutica aquilo que define o desejo do analista, isso não torna a experiência psicanalítica isenta de efeitos terapêuticos, conforme vimos. Para Miller, “Então, não é que a psicanálise não cura, é que o desejo do analista não pode ser definido pelo desejo de curar. É claramente outra coisa”. (MILLER, 2009, p.277).

### 2.3 O que quer um psicanalista?

Frente ao desígnio de esclarecer a caracterização do terapêutico e suas relações com a psicanálise nas abordagens clínica e conceitual de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, neste capítulo, faz-se um exame da noção de desejo do analista em Lacan, uma vez que essa noção ganha um estatuto de função primordial em seu ensino, que, por sua vez, debruça-se sobre a

obra de Freud para se constituir. Nesse sentido, a escolha em ir de Lacan a Freud se justifica na medida em que Lacan permite reler Freud, reconhecendo seus avanços e seus impasses.

É importante assinalar de antemão que, em relação ao terapêutico em psicanálise, embora o projeto lacaniano da releitura de Freud seja bastante cauteloso em não se contrapor ou se chocar com as expectativas freudianas, não se trata de programas terapêuticos ou de aspirações clínicas idênticas entre Freud e Lacan.

A noção de desejo do analista elaborada por Lacan, ao recorrer à obra de Freud para concebê-la, apresenta orientações sobre a posição do próprio analista diante dos efeitos terapêuticos produzidos em análise. O desejo apresenta-se, por excelência, demarcando o que haveria de singular na experiência analítica. Daí sua importância para a investigação proposta.

“O que quer o psicanalista, de fato?” (FREUD, 1909/1977, p. 44-45), coube a Freud interrogar cerca de dez anos após anunciar a descoberta do inconsciente. O achado freudiano sobre o inconsciente se revelou, nas circunstâncias do tratamento de seus pacientes, as mesmas que levaram a formular esta questão. Em resultado, a conceitualização do inconsciente provocou uma subversão na concepção que o homem tinha de si, sobretudo quanto àquilo que toca seus sofrimentos. Freud reconheceu, nessa subversão, sua própria causa.

Neste texto, a resposta dada por Freud (1909/1976) a sua própria pergunta, longe de acenar para o alívio terapêutico, manifesta o desejo do psicanalista em tornar reconhecido que os penosos sacrifícios dos doentes trazem consigo um fator resistente a qualquer contestação intelectual ou científica que – como fazem os próprios doentes – recusa o fato de que o sofrimento humano se dá sob a pena do próprio inconsciente. Freud (1909/1976) estava certo das dificuldades causadas pela contradição que o inconsciente provocava ao conhecimento científico.

Admitir a hipótese do inconsciente em sua prática clínica, no crepúsculo do século XIX, custou a Freud atravessar, até o fim de sua vida, limites, fracassos e embates sobre sua criação, a psicanálise. Ao perguntar sobre o que quer o psicanalista, faz-se, portanto, essencial reconhecer o desejo do próprio Freud em relação à invenção. Trata-se, como o faz Jacques Lacan, de “(...) pôr em questão a origem, a saber, por qual privilégio o desejo de Freud pôde encontrar, no campo da experiência que ele designa como o inconsciente, a porta de entrada”. (LACAN, 1964a/1973, p.16).

As noções de desejo e inconsciente são primordiais para a orientação de Freud e Lacan. Por meio delas, ambos problematizaram os efeitos terapêuticos do tratamento

analítico, uma vez que desejo e inconsciente são formalizados na teoria psicanalítica como elementos resistentes a um possível desaparecimento por meio da cura.

Ora, se boa parte do que a psicanálise destaca na experiência humana é a experiência do desejo, notadamente a do desejo inconsciente, Lacan insiste em introduzir uma investigação em torno do desejo de Freud, justamente porque “(...) sua obra é a única adequada ao inconsciente”. (LACAN *apud* MILLER, 1995, p. 32). A alusão que Lacan (1964b/1973) faz a esse desejo coloca-o em um nível elevado, como um desejo original que deve prevalecer na psicanálise: “Remontar a essa origem é absolutamente essencial se nós queremos colocar a análise de pé”. (LACAN, 1964b/1973, p. 16). Aliás, esta busca por revisitar este desejo freudiano é signo do desejo do próprio Lacan.

Com esse intuito, Jacques-Alain Miller acrescenta que “o retorno a Freud, realizado por Lacan, não se limita apenas à formalização dos conceitos freudianos, mas também a uma interrogação do desejo de Freud, orientado para focalizar o desejo do analista”. (MILLER, 1995, p. 25).

Em Freud, o lugar do analista ganha expressão de seu próprio desejo, sendo “(...) sempre um sujeito desejante, um 'sujeito suposto desejo'” (COTTET, 1990, p. 56) e, neste rastro, Lacan reivindica a particularidade da técnica analítica “por trás da égide terapêutica” (LACAN, 1957a/1998, p. 517), colocando a questão: “Qual pode ser o desejo do analista? Qual pode ser o tratamento a que ele se dedica?”. (LACAN, 1964c/1998, p. 867).

Embora o desejo do analista não tenha sido precisamente considerado um tema por Freud, mas sim por Lacan, este extrai daí fecundas consequências para a psicanálise. No desenrolar do desenvolvimento desta noção teórica, é possível evidenciar que o analista, ao operar com ela em sua prática, está munido de orientações que a caracterizam de modo distinto de outras práticas psicoterápicas.

Contextualizar o percurso sobre como se desenvolveu conceitualmente a noção de desejo do psicanalista na obra de Lacan apresenta aqui sua coerência, pois a necessidade de Lacan em formalizá-lo partiu justamente do fato de que a psicanálise estava desvirtuada em vista de uma concentração sobre suas finalidades terapêuticas, e realizava-se uma ortopedia sobre a dimensão do inconsciente que a obra de Freud evocou. (LACAN, 1964b/1973).

Em termos da prática lacaniana, em 1958, em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, a noção de desejo do analista se apresenta como uma novidade a ser formulada. Trata-se de um problema colocado por Lacan que cabe ao lado do analista e que contribui com suas interrogações naquele momento.

Neste texto, Lacan (1958b/1998) questionou a direção que o psicanalista dava ao tratamento, sua orientação e a que se destinava sua prática. Isso o fez centrar sua crítica na própria técnica psicanalítica. Naquela situação, quando, em vista da terapêutica, o tratamento psicanalítico se limitava ao domínio do sujeito sobre o seu inconsciente, Lacan criticou, entre outros aspectos, a técnica da sugestão, a manipulação da transferência e o abuso do poder, orientando para uma recusa a responder à demanda de cura do sujeito, mas objetivando, sim, “(...) fazer emergir o desejo do sujeito esmagado por toda a demanda”. (COTTET, 2005, p. 13). No texto, o desejo já se mostra fundamento central na orientação de Lacan: “A resistência do desejo, quando se opõe à sugestão, é apenas desejo de manter seu desejo (...) já que o desejo é que mantém a direção da análise, fora dos efeitos da demanda”. (LACAN, 1958b/1998, p. 642)

O desejo do analista, como categoria adicional de Lacan para revitalizar o desejo no tratamento, tem por finalidade permitir as manifestações dos efeitos do inconsciente. (COTTET, 2005, p. 16). Por isso, ao problematizar o lado do analista, o desejo dele surge neste momento em que Lacan indaga sobre como o profissional age com seu ser no tratamento.

Com o fim de sustentar a formulação singular alcançada por Freud acerca do inconsciente, a orientação de Lacan quanto ao desejo do analista implica a necessidade de uma formulação sobre a relação entre trabalho analítico e a dimensão ética que ele comporta: “Cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em seu vértice a questão do desejo do analista”. (LACAN, 1958b/1998, p. 621).

Encontrado em diferentes momentos do ensino de Lacan, o conceito de desejo do analista, ainda que isento de um tratamento final e definitivo, permite operar sobre questões como a transferência no tratamento ou sobre o saber suposto ao analista, mas, especialmente, pode-se extrair da função que o desejo do analista exerce no tratamento uma orientação sobre o lugar do terapêutico na psicanálise e sobre os efeitos da análise.

Como orientação neste sentido, Lacan estabeleceu um princípio: “É o desejo do analista que, em última instância, opera na psicanálise”. (LACAN, 1964c/1998, p. 868).

Esse princípio, consequência do “pecado original” de Freud (MILLER, 1995, p. 14), admite sua leitura na obra freudiana, “guiada pela incidência da leitura lacaniana”. (COTTET, 1990, p. 11). Ao assumir a retomada da noção de desejo na obra de Freud e colocá-la em questão, Lacan, em certo sentido, o faz “por culpa de Freud”. (MILLER, 1995, p. 13).

Na afirmação de Serge Cottet (1990), essa problemática nos é ditada por seu inventor, ou seja, “esta pergunta crucial” – Qual é o desejo do analista? – “a fazemos à obra do próprio Freud”. (COTTET, 1990, p. 11).

Com Lacan, veremos como esse pecado original de Freud o levou a fazer ponderações sobre a terapêutica, o que o impediu de pensar a psicanálise no quadro de uma disciplina normativa. Decidido a trabalhar justamente pela sobrevivência daquilo que, na psicanálise, não cede a sua padronização, mas preserva sua originalidade, as consequências do discurso que Freud retirou da hipótese do inconsciente não o afastaram do fato de ele mesmo pronunciá-lo a partir desse saber desconhecido.

Segundo Miller, Lacan “(...) introduziu, na psicanálise, uma consideração crítica ao desejo de Freud” (MILLER, 1995, p. 12), mas reconhecendo, ao mesmo tempo, a responsabilidade deste desejo na história da psicanálise. As considerações que Lacan opera acerca do desejo do analista procuram dar-lhe legitimidade suficiente para revivificar a descoberta freudiana a partir do que deste desejo reflete no “fato de que algo, em Freud, nunca foi analisado”.(LACAN, 1964b/1973, p. 16).

Diante do impossível de saber do inconsciente, Freud sustentou seu desejo num trabalho que aprimorou sua prática e teoria, reformulando-as e nelas introduzindo novos conceitos. Em respeito a isso, chegou a confessar: “Parece-me que a prática analítica nem sempre evitou erros e avaliações em demasia sobre esse ponto, em parte devido a um respeito exagerado pelo ‘inconsciente misterioso’”. (FREUD, 1923b/1976, p. 142). Guiado por isso, que lhe era intimamente indispensável em seu desejo frente à sua descoberta e invenção, Freud esteve só em sua tarefa:

a psicanálise é criação minha; durante dez anos fui a única pessoa que se interessou por ela, e todo o desgosto que o novo fenômeno despertou em meus contemporâneos desabafou sobre a minha cabeça em forma de críticas. (FREUD, 1914/1976, p. 16).

A medicina à qual os contemporâneos de Freud pertenciam, e na qual ele se formou, pautou pela definição de saúde alienada à sua função mantenedora da ordem pública, definindo a saúde pelo silêncio dos órgãos. (MILLER, 1999). No entanto, Freud, dando voz e ouvidos ao discurso que se pronunciava nos sintomas e nos sonhos, reordenou a relação que compõe o saber causador do sofrimento ao sujeito. Ao se destacar na experiência clínica de Freud, o inconsciente pôde se demonstrar com clareza, cabendo a Lacan (1958c) extrair dessa evidência um axioma: “isso fala”. Daí, viu-se o desarranjo da premissa médica, pois “o

inconsciente que nunca se cala, e assim não ajuda em nada a harmonia” (MILLER, 1999, p. 26), é radicalmente alheio a qualquer elaboração da terapêutica médica padronizadora.

O desejo de Freud em sua prática não lhe orientou a curar seus pacientes do inconsciente, como se fosse este um dano que deveria desaparecer, pois ele havia distinguido o inconsciente como portador de um segredo sobre o qual o sujeito adoecido se recusa saber. A existência deste enigma permite a Miller (1999) afirmar que “em termos de utilidade social, o segredo da psicanálise é que não se trata de saúde mental. O psicanalista não pode prometer, não pode dar saúde mental”. (MILLER, 1999, p. 22).

A partir do sentido que tomavam suas investigações e sua prática, certamente não era a saúde mental que se revelava a Freud na clínica, mas sim a elaboração sobre o fato de que toda a dor manifestada por seus pacientes ocultava um desejo. A contribuição de Lacan esclarece que, “(...) quando utilizamos a palavra ‘desejo’, é para designar algo que não é dito, a não ser cifrado, e isso indica a necessidade de situá-lo no campo da linguagem”. (MILLER, 1995, p. 15).

Tem-se, aqui, a necessidade de localizar as relações de Lacan com o campo da linguagem, uma vez que se trata da via pela qual o autor revigorou as elaborações da psicanálise na prática e teoricamente.

Nos primórdios da conceitualização do inconsciente e do desejo em psicanálise, quando se deu a parceria entre Josef Breuer e Freud nos *Estudos sobre Histeria*, de 1895, já se destacava o traço da verbalização na prática analítica, ou seja, seu atributo de *talking cure* (FREUD, 1895/1976), a cura pela fala. Lacan, por sua vez, munido dos consideráveis desenvolvimentos que a linguística adquiriu na França, durante as décadas de 1950 e 1960, com o movimento estruturalista, situou o desejo no campo da linguagem, pois estava “empenhado sempre em alcançar o mais alto grau de cientificidade a fim de defender a prática analítica”. (DOSSE, 1993, p. 117).

O “retorno a Freud” empreendido por Lacan, na década de 1950, denunciou deturpações na finalidade da prática analítica em relação “à eficácia terapêutica” (LACAN, 1953a/1998, p. 242), quando a figura do psicanalista se aproximava “(...) do tipo de herói moderno ilustrado por façanhas derrisórias” (LACAN, 1953a/1998, p. 245) e que, segundo Lacan (1953a/1998), “só poderiam ser corrigidos por um retorno ao estudo, no qual o psicanalista deveria tornar-se mestre/senhor das funções da fala”. (LACAN, 1953a/1998, p. 245). A “(...) aversão do interesse pelas funções da fala e pelo campo da linguagem” (LACAN, 1953a/1998, p. 242) que Lacan (1953a/1998) acusa na prática analítica daquela

ocasião é combatida via recuperação da *palavra*<sup>10</sup> como acesso necessário à autonomia da função simbólica, função que denota este Outro localizado no registro simbólico como campo da linguagem, do significante.

Tal campo da fala permitiu a Lacan (1953a/1998) sustentar uma série de afirmações como: "O inconsciente é estruturado como uma linguagem" (LACAN, 1953a/1998, p. 270); "O inconsciente é o discurso do Outro" (LACAN, 1953a/1998, p. 266); ou "O desejo é o desejo do Outro" (LACAN, 1953a/1998, p. 269). Em seguida, afirmou Lacan (1956/1998): "Isso fala no Outro, dizemos, designando por Outro o próprio lugar evocado pelo recurso à palavra". (LACAN, 1958c/1998, p. 696).

A este Outro lugar em que o inconsciente está articulado, lugar da Coisa freudiana que fala de si mesma, sem, no entanto, dizer o que é, Lacan (1956/1998) atribui um caráter de verdade. Este caráter é sublinhado por Lacan como sendo verdadeira a presença daquilo que não se cala. Advém daí sua prosopopeia: "Eu a verdade falo". (LACAN, 1956/1998, p. 410).

Se a eficácia terapêutica fora definida pelo silêncio dos órgãos, sua virtude é incerta aqui, pois o silêncio é, neste registro, segundo Jean-Claude Milner (1995), impossível. Sendo verdade a presença do inconsciente que não se cala, o autor conclui ainda que "(...) é preciso, portanto, abrir mão, isto é, desvelar, isto é, falar e dizer a verdade". (MILNER, 1995, p. 169).

Conforme Marie-Hélène Brousse (2002), o discurso médico se interessa pelo sofrimento como um obstáculo ameaçador de seu avanço e reduz "o sujeito do inconsciente ao silêncio dos órgãos sobre os quais opera". (BROUSSE, 2002, p. 123).

Ainda que a psicanálise carregue, como foi visto, sua vertente de cura pela fala, segundo Brousse (2002), o sofrimento revela um ponto insuportável em que vacila o suporte da fala, vacila a procura de uma palavra ou de uma nomeação precisa ao ordenamento do sofrimento pelo sentido: "O sofrimento é perda de sentido, perda da pacificação operada pelo nome". (BROUSSE, 2002, p. 122).

Ainda assim, não havendo outra solução senão a palavra (LACAN, 1953b/1994, p. 287), Milner (1995) confere a isso um paradoxo, uma vez que se trata de algo, em um só tempo, "impossível de falar, impossível de não falar". (MILNER, 1995, p. 169).

Portanto, a ação da psicanálise situa-se justamente na fala, quando, numa análise, a verdade do inconsciente e suas formações se revelam via sonhos, chistes, atos falhos, esquecimentos e sintomas.

---

<sup>10</sup> Tradução possível para *parole*, termo da língua francesa que significa tanto "palavra" quanto "fala".

Foi, justamente, o discurso das histéricas sobre seus próprios sintomas que causou em Freud um expressivo interesse. A irrupção brusca das manifestações do sintoma histérico lhe apontou para algo de tal intensidade que suas pacientes não conseguiam se pronunciar. A pioneira experiência de Freud com aquelas doentes guardava algo que escapava às ambições médicas de curá-las:

O papel do doente, a histérica não o desempenha bem, na medida mesma em que seus sintomas são passíveis de regredirem subitamente sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, de se mostrarem inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos “mais modernos” da medicina. (CLAVREUL, 1983, p. 17).

## 2.4 *Acheronta movebo*

A criação da psicanálise, como insígnia do desejo de Freud, colocou-o disposto a ouvir o apelo à decifração do sintoma histérico, e não à sua eliminação ou silenciamento pela terapêutica. Seu desejo permitiu-lhe consentir em se surpreender com o inconsciente.

Em Lacan, o desejo do analista abrange as surpresas do inconsciente a partir da cumplicidade do profissional com seus efeitos. No Seminário *Problemas cruciais para a Psicanálise*, Lacan (1964-65) problematizou: “O que deve ser, o que pode ser este desejo do analista, para se sustentar junto a este ponto de suprema cumplicidade, cumplicidade aberta, aberta a quê? À surpresa”. (LACAN, 1964-65).<sup>11</sup> Segundo Lacan (1964-65), é em torno desse campo do inesperado que se deve descrever o estatuto do que é do desejo do analista. (LACAN, 1964-65).<sup>12</sup>

Freud, com seu desejo, havia admitido as surpresas do inconsciente. “A regra fundamental e seu corolário, a escuta (...), implicam que um analista admite deixar-se surpreender. Ora, surpresas desagradáveis não tardarão a surgir”. (COTTET, 1990, p. 19). Dentre elas, Freud se surpreenderá em encontrar, na causa determinante do sofrimento de suas pacientes, o conteúdo sexual intrínseco a ele.

A escuta das histéricas como signo do constante desejo de Freud em “(...) descobrir um segredo, obter uma confissão” (COTTET, 1990, p. 27), atualiza-o, pois revela um saber que a histérica detinha, o sexual. Mesmo que a descoberta da etiologia sexual da histeria

<sup>11</sup> Lição do dia de 19 de maio de 1965.

<sup>12</sup> Lição do dia de 19 de maio de 1965.

trouxesse a Freud implicações severas,<sup>13</sup> em vista de seu desejo, ele não recuou, mas fez desse acontecimento desagradável seu ponto de partida.

A partir desse sexual, diz Lacan (1964b), “Também a histérica nos põe, eu diria, na pista de um certo pecado original da análise. É preciso que haja um. O verdadeiro, talvez, não é mais do que uma única coisa, o desejo do próprio Freud”. (LACAN, 1964b/1973, p. 16).

O fato de que a psicanálise tenha surgido no contexto não de uma relação médico-doente, mas no de uma relação de uma mulher com Freud – a queixa histérica, especificamente (...) leva ao fato de que “Freud desnudava a realidade do inconsciente: o sexual”. (COTTET, 1990, p. 18).

Se, ao longo do século XIX, a histeria se revelou uma doença enigmática e imprevisível, no transcorrer da história, os fenômenos que acometiam as histéricas – seus ataques e conversões – guardavam os mais incompreensíveis mistérios. O enigma em questão deu à histeria um aspecto assustador. Antes de aderir ao domínio da medicina, este mal trazia algo designado como derivado de possessões diabólicas. Encarregados de exorcizar do corpo histérico a “possessão” daquela aflição infernal, eram os médicos os solicitados para a “caça às bruxas”. (TRILLAT, 1991).

A propósito, na ocasião em que sua célebre paciente histérica, Dora, não prescinde do mal que a satisfaz em seu sintoma, aniquilando as esperanças de Freud pelo final feliz do tratamento via transferência, o psicanalista se dá conta de que a psicanálise evoca, precisamente no inconsciente, algo, de fato, demoníaco:

sua tendência a prejudicar a si mesma beneficiou-se desse procedimento. Quem, como eu, invoca os mais maléficos e maldomados demônios que habitam o peito humano, com eles travando combate, deve estar preparado para não sair ileso dessa luta.” (...) A despeito de todo o interesse teórico e de todo o empenho médico de curar, tenho muito presente que a influência psíquica necessariamente tem limites, e respeito como tais também a vontade e a compreensão do paciente. (FREUD, 1905a/1976, p.106).

Em seu dizer, além de ponderar sobre seu empenho terapêutico, Freud reconhece as consequências e os limites de seu método, estando advertido de que há algo do desejo (seu e do paciente) que se impõe no tratamento. Tem-se aqui uma problemática que se presta à

---

<sup>13</sup> Tal fato situa-se na falta de credibilidade e de pudor pela qual Freud fora acusado no meio médico frente à hipótese da etiologia sexual da histeria. Ver: GAY, 1989, p. 98-99. A figura de Breuer, apesar do período de parceria com Freud, é índice dessa ruína. Breuer revelará mais adiante, após o abandono dessa parceria: “Confesso que o mergulho na sexualidade, na teoria e na prática, não é para o meu gosto”. (BREUER *apud* GAY, 1989, p. 77). Segundo Cottet (1990), “É então no rastro de um certo fracasso que Freud avança na cena analítica, bem onde Breuer, em suma, venceu, pois abandonou a psicanálise no momento em que as coisas começavam a se deteriorar”. (COTTET, 1990, p. 19).

noção de desejo do analista. Vê-se que Freud dá precisão também ao que, no sintoma histérico, não diz de uma exterioridade causadora do sofrimento, pois, ao portar teor sexual inerente ao doente, este implica o sujeito com seus “mais maléficos e maldomados demônios”.

Sucessivamente proposto a desvelar esta força severa que resiste à extinção do sintoma, até mesmo no desenvolvimento posterior de Freud, a chamada “pulsão de morte” ganharia, de acordo com sua verificação clínica, “(...) a aparência de alguma força ‘demoníaca’ em ação”. (FREUD, 1920/1976, p. 52).

Se o princípio ético norteador em Freud de que a satisfação sexual, por excêntrica ou imoral que seja, designa a responsabilidade do próprio sujeito em admiti-la no seu sofrimento, toda a crítica freudiana sobre as possessões neuróticas e fenômenos afins ganha em Freud a mesma direção, a saber, a de que “Encaramo-las como tendo surgido na vida interna do paciente, onde têm sua morada”. (FREUD, 1923b/1976, p. 92). Os resultados dessa constatação são de tal modo essenciais à clínica freudiana que se revertem em fundamento ético do tratamento. Freud não desresponsabiliza o sujeito habitado pelo inconsciente. A exemplo dos sonhos, 25 anos após a publicação de *A interpretação dos Sonhos*, Freud acrescentou notas adicionais sobre sua teoria, entre elas, uma denominada “A responsabilidade moral pelo conteúdo dos sonhos”. (FREUD, 1925a/1976).

Sempre atento e cauteloso a isso que resiste no tratamento e, ininterruptamente despindo seus achados clínicos, ao investigar o sonho como formação do inconsciente, Freud o articulou como um artifício que responde ao real sexual. Essa ilustre obra com que Freud propôs inaugurar uma inovação no século XX, *A interpretação dos Sonhos*, apresenta o inconsciente formulado a partir de seu novo método de tratamento, a psicanálise. Distinto da estratégia médico-psicoterápica, que ordena o sofrimento pelo sentido, nos sonhos, Freud explorou o que desse sexual escapa ao sentido, ao domínio do sujeito.

Se, de acordo com Brousse, “no que concerne ao sofrimento, o verdadeiro lugar a lhe dar é-nos indicado, como ocorre frequentemente, mais pela arte do que pela intenção psicoterapêutica” (BROUSSE, 2002, p. 124), Freud divulgou a forma como a psicanálise lida com o sofrimento, dando-lhe tom literário ao início de *A interpretação dos Sonhos*. A obra de Virgílio de que Freud se apropria, anunciando as descobertas psicanalíticas, poderia expressar as mais otimistas premissas psicoterápicas de sua *talking cure* no notório verso da *Eneida*: *Et uia uix tandem uoci laxata dolorest* (VIRGILIO, 1948, p. 160), “E a dor abre uma brecha para

as palavras”.<sup>14</sup> Se Freud se interessa em escutar as palavras enunciadas na brecha aberta pela dor, certamente não é porque quer apaziguá-la.

Cottet (1990) afirma que “Deve-se levar em consideração que Freud inventou a psicanálise com a ideia de que o inconsciente não era a última maravilha do mundo”. (COTTET, 1990, p. 65). Assim, a epígrafe eleita por Freud, que, de fato, abre sua *Interpretação dos Sonhos*, adverte: *Flectere si nequeo superos, Acheronta movebo*. Extraídos de *Eneida*, poema épico de Virgílio (VIRGILIO, 1948), os versos do poeta romano podem ser assim traduzidos: *Se não posso dobrar os poderes superiores, moverei o inferno (o rio Aqueronte)*.

Atrelada a seu desejo, a novidade de Freud não se propôs agradável ao estado de coisas vigente. Ora, a resposta da psicanálise sobre os sonhos não veio suavizar a estranheza destes para com aquele que sonha, nem a experiência tortuosa dos sintomas consolou aquele que dele sofre de ser intimamente compromissado com seu mal.

A voz que Freud deu ao sofrimento neurótico para que esse falasse acordou o Aqueronte e, por isso, ele recomendou na técnica que não se deixasse o sujeito adormecer sobre seu sintoma.

Lacan (1964b/1973) reivindica que não seja esquecido que, tão logo começou a agitar esse mundo de inquietantes apreensões, Freud fez surgir uma ameaça que foi rapidamente evitada. Porém, atento a tal caráter, Lacan (1958-59) recordou sobre o que, no desejo de Freud, orientou a experiência analítica: “Já nos é dito que o primeiro encontro vinha de baixo. Essa relação oral, infernal, com este Aqueronte que Freud escolheu colocar em efervescência por falta de poder fletir as potências superiores”. (LACAN, 1958-59).<sup>15</sup>

Quanto à ocasião furiosa em que se enunciam as palavras do poema, estas não estão menos referenciadas à descoberta freudiana no ímpeto das histéricas ao apontarem para o sexual: os versos expõem algo da subversão feminina, pronunciadas por Juno, a esposa de Júpiter, que, sem êxito em mobilizar os poderes superiores deste deus, invoca Aleteo, a fúria do inferno, para revelar, justamente, as ardentes e agressivas emoções do sexo. (VIRGILIO, 1948). Laurence Bataille (1988) concluiu: “O sonho é o despertar das sombras do Aqueronte”. (BATAILLE, 1988, p. 124).

Conforme nos lembra Cottet (1990), “Não é, portanto, a uma verdade amável ou desejável que a psicanálise nos introduz”, mais do que isso, a direção que move a descoberta freudiana culmina no encontro de algo paradigmático ao desejo de Freud, ou seja, “(...)

<sup>14</sup> Existem edições que traduzem, neste verso, “palavra” por “voz”.

<sup>15</sup> Lição de 08 de Abril de 1959.

introduz a um conceito da verdade como ponto de horror”. (COTTET, 1990, p. 65). Se Freud (1905) nos abre os olhos àquilo que, no “sonho, permanece sendo um desejo, ainda que tornado irreconhecível” (FREUD, 1905b/1976, p. 205), esse “despertar desnuda um real que nada tem de apaziguante, e que o sujeito deverá levar em conta”. (COTTET, 1990, p. 64).

O campo de pesquisa freudiana sobre os sonhos tem como motivo fundamental o desejo, que produz um trabalho de linguagem estabelecido por condensações e deslocamentos de restos insatisfeitos durante a vigília e de resíduos de lembranças infantis, que abordam pontos essenciais da vida do sujeito.

Se é distintivo da psicanálise como método de tratamento provocar um real que oferece tantos riscos, há aí um enraizamento daquilo que levará Freud a demarcar seus limites de eficácia, recomendando o cuidado com a expectativa de cura por parte do analista. Entre essas barreiras impostas a um tratamento que inclui o inconsciente, Freud se perguntou sobre seu estudo dos sonhos “(...) se é possível fornecer uma tradução completa e segura para a linguagem (...) de todos os produtos da vida onírica” (FREUD, 1925a/1976, p. 159), intitulado, assim, a primeira daquelas notas de 1925, como *Os limites à possibilidade da interpretação*.

No entanto, mesmo antes, desde que apresentou o inconsciente via interpretação dos sonhos, Freud (1900/1976) já estava advertido de que, no coração de sua experiência com eles, no “umbigo do sonho”, havia limites que concerniam à opacidade e à resistência do que advém daí, o desejo:

Mesmo no sonho mais minuciosamente interpretado, é frequente haver um trecho que tem de ser deixado na obscuridade; é que, durante o trabalho de interpretação, apercebemo-nos de que há nesse ponto um emaranhado de pensamentos oníricos que não se deixa desenredar e que, além disso, nada acrescenta a nosso conhecimento do conteúdo do sonho. Esse é o umbigo do sonho, o ponto onde ele mergulha no desconhecido. Os pensamentos oníricos a que somos levados pela interpretação não podem, pela natureza das coisas, ter um fim definido; estão fadados a ramificar-se em todas as direções dentro da intrincada rede de nosso mundo do pensamento. É de algum ponto em que essa trama é particularmente fechada que brota o desejo do sonho. (FREUD, 1900/1976, p.482).

A clareza desse fragmento demonstra o esforço prestado por Freud à formalização do inconsciente, e que é do “umbigo do sonho”, deste ponto deixado na obscuridade do simbólico e destituído de conteúdo, que o desejo germina. Vestígio mnêmico da satisfação primordial recalcada, segundo Freud, esse núcleo irredutível, que tem o privilégio de manifestação no sonho, alcança o ponto onde ele mergulha no desconhecido, no real impossível de simbolizar e que em nada acrescenta ao conhecimento interpretativo. Já cedo,

em suas primeiras formulações, Lacan (1953b/1994) deu ao trabalho de elaboração do sonho características que contemplam o desejo em sua ausência de conteúdo: “(...) é aí que se revela aquilo que buscamos na interpretação no sonho, este x que, no final das contas, é desejo de nada”.(LACAN, 1953b/1994, p. 265).

O desejo ganha em Freud um lugar nesse emaranhado, um lugar de esquiva da lógica de geradora de sentido, de interpretação. O “umbigo do sonho” apresenta o desejo munido de um núcleo de tal modo opaco, que confere ao inconsciente um caráter impossível de dizê-lo. O obscuro do sonho agita o desejo através desse real impossível de simbolização. Lacan (1958-59) articula a alusão de Freud ao umbigo do sonho como o correspondente que evoca essa falta, essa hiância central como hiância simbólica, falta simbólica em suportar a experiência do desejo. (LACAN, 1958-59).<sup>16</sup> Trata-se, segundo Lacan, de uma “umbilicação do sujeito ao nível de seu querer”<sup>17</sup>,

(...) conforme ao que Freud designa quando ele fala do sonho, ponto de convergência de todos os significantes, onde o sonho finalmente se implicava tanto que ele o chama de o próprio desconhecido, não tendo reconhecido que este *unbekannt* (desconhecido), termo tão estranho sob a pena de Freud, não é senão justamente este ponto por onde eu tentei lhes mostrar o que fazia a diferença radical do inconsciente freudiano (...). (...) Trata-se de que o próprio dos impasses é justamente que eles são fecundos e este impasse não tem outro interesse senão o de nos demonstrar o que ele desenvolve como ramificações que são justamente aquelas nas quais irá se engajar efetivamente o desejo. (LACAN, 1958-59, Lição do dia 17 de dezembro de 1958).

Durante os anos 1958 e 1959, Lacan dedicou seu seminário à tematização do “Desejo e sua interpretação”. Assim como Freud, alertou que o desejo guarda um núcleo de tal modo desconhecido que “(...) devemos nos guardar de compreender”, pois:

trata-se aí de uma noção da qual vocês poderão encontrar o traço quando Freud fala do umbigo do sonho, o ponto em que todas as associações convergem para desaparecerem, para não mais serem conectadas a nada [além] do que ele chama *Unerkannt*<sup>18</sup>. É disso o de que se trata. Em relação a isso, o sujeito vê na sua frente se abrir o quê? Nada além de uma outra hiância, que, no limite, engendraria um reenvio ao infinito do desejo na direção de um outro desejo. (LACAN, 1958-59, lição do dia 10 de Junho de 1959).

A experiência de Freud com o inconsciente problematiza sua conceitualização, o que o afasta das chances de acomodar o inconsciente num conceito estável. Lacan (1964b/1973), sempre sensível a esse impasse freudiano, afirma que, em Freud, o estatuto dado ao

<sup>16</sup> Lição do dia 29 de Abril de 1959.

<sup>17</sup> Tradução para “*ombilication du sujet au niveau de son vouloir*”.

<sup>18</sup> Termo da língua alemã que designa incógnito; desconhecido; não reconhecido.

inconsciente (*Unbewusste*) apresenta o limite, limite da eficácia significante e de suas elaborações de saber, sendo assinalado pela falta no campo do conceito (*Begriff*): “Aqui brota uma forma desconhecida do *um*, do *Un* de *Unbewusste*. Digamos que o limite do *Unbewusste* é o *Unbegriff* – não o não conceito, mas conceito de falta”. (LACAN, 1964b/1973, p. 28). O jogo de palavras de Lacan consiste em evocar o *un* (um, em francês, que denotaria a ideia de unidade, totalidade) e o *Un*, em alemão, que é um prefixo negativo, aludindo à ruptura que há na dimensão negativa da experiência inconsciente, só podendo ser formalizada para além dos procedimentos de conceitualização. (SAFATLE, 2006, p. 38). Quanto ao conceito do inconsciente, segundo Lacan (1964b/1973), “(...) sua verdadeira função é justamente estar em relação profunda, inicial, inaugural, com o conceito de *Unbegriff* ou de *Begriff* do *Un* original, isto é, o corte”. (LACAN, 1964b/1973, p. 44).

Ao situar o desejo de Freud nesse sentido, Cottet (1990) revela que, ainda que prevaleça a interpretação no significante ou no sentido sexual, Freud procura um além desse nó de significantes, um corte que afirma a impossibilidade do simbólico, enfim, há um fracasso em fazer intervir um real, posto que este é impossível. (COTTET, 1990, p. 39). Da mesma maneira, Miller (1995), ao situar o desejo de Lacan, afirma: “Lacan, apesar de seu suposto culto à palavra, formulou que o desejo é incompatível com a palavra, que o desejo não pode ser dito”. (MILLER, 1995, p. 18).

Visto que o inconsciente nos mostra esta hiância, Lacan (1964b) aponta que nela a neurose se liga a um real que não pode ser determinado e nem tem grandes chances de eficácia terapêutica, pois o inconsciente, por si só, marca algo de incurável: “Nessa hiância, alguma coisa acontece. Uma vez fechada, a neurose é curada? Afinal, a questão está sempre aberta. A neurose somente muda. Às vezes, simples enfermidade, cicatriz, como diz Freud – não cicatriz da neurose, mas do inconsciente”. (LACAN, 1964b/1973, p. 25).

Em seu ensino, Lacan deseja evocar o inconsciente por essa hiância, dando espaço ao vazio sacrificado pelos teóricos pós-freudianos em consideração a uma virtude terapêutica que tendeu a corrigir o sujeito do impossível no inconsciente, evitando seus impasses:

Para dizer a verdade, essa dimensão do inconsciente que eu evoco estava esquecida, como Freud havia previsto perfeitamente bem. O inconsciente foi encerrado em sua mensagem graças aos cuidados de seus ativos ortopedistas que se tornaram analistas da segunda e da terceira geração que se empregaram em psicologizar a teoria analítica, a suturar essa hiância. (LACAN, 1964b/1973, p. 26).

Ao se manifestar criticamente contra os analistas-ortopedistas, Lacan conferiu à intenção de reduzir a psicanálise à prática terapêutica um fracasso, “(...) isto é, de uma certa

concepção no que diz respeito à redução que é para se obter pela terapêutica”. (LACAN, 1958-59).<sup>19</sup> Se Lacan orientou a prática psicanalítica em vista da noção de desejo, isto implica que as ações do analista “(...) não guardam o valor terapêutico nem prático – mas guardam sempre seu valor orientativo para a exploração do campo do inconsciente (...)”. (LACAN, 1958-59).<sup>20</sup> Dito de outro modo, não somente a terapêutica sutura a possibilidade dessa exploração, como fracassa aí, dada a impermeabilidade do real no desejo, em qualquer tentativa de corrigi-lo.

Ao contrário, além de desnudar a estrutura do desejo, Lacan desenvolve a noção de desejo do analista para que o psicanalista se engaje em relação à experiência do desejo, ou seja, o desejo do analista incide sobre desejo do sujeito neurótico.

Na condição de operador necessário para a possibilidade de uma análise, o desejo do analista, na medida em que é concebido sobre a mesma estrutura do desejo, lida com o que há de mais nuclear nas relações do sujeito com seu sintoma e seu desejo: o real, pois, para Lacan: “Nenhuma práxis, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real”. (LACAN, 1964b/1973, p. 53).

Freud (1990) finaliza a “Interpretação dos sonhos”, caracterizando, em seu último parágrafo, o desejo como indestrutível, e Lacan (1964b), alegando seu caráter não adestrável e infinito, assegura que “(...) o que a experiência analítica nos permite enunciar é bem mais a função limitada do desejo. O desejo, mais do que qualquer outro ponto do quinhão humano, encontra em alguma parte seu limite”. (LACAN, 1964b/1973, p. 32).

Dito isso, ainda que a força motivadora primária do tratamento analítico seja o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina (FREUD, 1913/1976, p.186), tem-se a evidência de que a psicanálise opera sobre algo que não é exatamente a cura. Tal como o desejo, o sintoma do sujeito neurótico tem a mesma estrutura, caracterizado por um emaranhado de palavras que o marcam desde sua constituição. A experiência analítica, ao invés de produzir respostas apaziguadoras, conduz a uma abertura da experiência com o sintoma para que esse mal possa ser interrogado pelo sujeito. Tal como sugere Lacan, “Não há outra palavra, outra solução (...) senão a palavra”. (LACAN, 1953b/1994, p. 287).

Cabe aí a pergunta levantada por Lacan: “O que deve ser o desejo do analista para que ele opere de maneira correta?”. (LACAN, 1964b/1973, p. 14). O desejo do analista se inscreve como função essencial, sustentando o funcionamento do dispositivo analítico ao situar o sujeito nesse limite localizado por Lacan. Nesse limite, o desejo do analista colhe,

<sup>19</sup> Lição do dia 7 de janeiro de 1959.

<sup>20</sup> Lição do dia 26 de novembro de 1958.

nesta experiência, o desejo do sujeito. Daí a afirmação de que o analista opera como objeto-causa de desejo.<sup>21</sup>

## 2.5 O desejo do analista e suas relações com a cura: um não desejo de curar

O desejo do analista em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* – quando o aparato conceitual de Lacan adquiriu uma constituição que deu privilégio à ordem simbólica – não foi totalmente absorvido neste registro e nem reduzido aos registros que envolvem a pessoa do analista. Naquele momento, cabendo a Lacan (1958b/1998) formular uma ética que integrasse as conquistas freudianas, este reconheceu o desejo do fundador da psicanálise, enaltecendo-o na pessoa de Freud como “homem de desejo, um desejo que ele acompanhou a contragosto (...), mas o qual ele soube desvendar”. (LACAN, 1958b/1998, p. 648).

Às voltas com o desejo de Freud e sua obra, Lacan reconheceu o desejo do fundador da psicanálise para fazê-la progredir, mas houve aqueles que tiveram a intenção de desvendar o desejo de Freud de maneira, por assim dizer, mais empírica, ou seja, de modo a verificar o desejo do próprio Freud, partindo da experiência com a pessoa do mesmo.

Podemos verificar isso, por exemplo, nos relatos do médico norte-americano Smiley Blanton, analisando de Freud de 1929 a 1938, que escreveu um diário de sua análise com Freud e pretendia extrair deste fundamentos para uma monografia sobre o método genuinamente freudiano. (BLANTON, 1975, p. 11).<sup>22</sup>

Quando Blanton, ao começar a narrar seus próprios sonhos, racionalizou o encadeamento de suas associações, Freud o advertiu:

Não dê as razões, elas virão com o tempo. Quando uma pessoa me diz alguma coisa, não tento pensar nas razões. Sei que com o tempo as razões aparecerão. Existe uma frase de Oliver Cromwell: “Você vai mais longe quando não sabe para onde vai”. A mesma coisa acontece na análise. (FREUD *apud* BLANTON, 1975, p. 11).

---

<sup>21</sup>Trata-se da orientação de Lacan a respeito da posição do analista como semblante de *objeto a*. Lacan considerou o “*objeto a*” sua contribuição à psicanálise, e este segue, no ensino lacaniano, datado entre 1954 e 1981, um trajeto histórico, clínico e conceitual que o problematiza.

<sup>22</sup> Segundo esclareceu Margareth Gray Blanton (1975) no prefácio do livro: “Freud sabia dessas anotações e não fez objeção a qualquer uso futuro que meu marido pudesse fazer delas. Em tais assuntos, Freud aceitava a ideia de que todo indivíduo tinha completa liberdade para escrever o que desejasse a respeito de suas experiências pessoais, entre elas as da análise”. (BLANTON, 1975, p. XI).

Seguro dos limites da linguagem, ou dos limites de uma cura pelo sentido, Freud o orientou: “o analista nunca deve se preocupar em descobrir o sentido exato do paciente”. (FREUD *apud* BLANTON, 1975, p. 12).

Nestes relatos, lê-se o testemunho de que o desejo de Freud em manter viva sua obra tem fundada sua legitimidade em sua própria prática como analista, principalmente em sua ética, que envolve a prudência sobre a cura. Dito de outro modo, pode-se pensar que o desejo de Freud, amarrado à sua convicção de recusa ao compromisso com a eficácia terapêutica, propicia, ao invés de uma resposta codificada ao tratamento, um outro tipo de resposta ao que é a aventura psicanalítica.

Aliás, segundo Cottet (1990), “Freud devia interrogar-se necessariamente acerca da legitimidade de seu ato e considerando o *Unheimlich*, que é o inconsciente (...)”. (COTTET, 1990, p. 19).

Em sua condição de paciente, Blanton (1975) também relatou suas aquisições: “Eu me impressiono com o fato de Freud dar tão pouca ajuda. Muitas vezes fica quieto durante 10 ou 15 minutos. É uma questão de crescimentos e devo avançar e vencer as dificuldades da melhor maneira”. (BLANTON, 1975, p. 12).

Médico de formação que era, Blanton confessou suas dificuldades em admitir a cautela de Freud frente à cura, a quem os efeitos terapêuticos são efeitos adicionais da experiência analítica, seguindo ali fielmente suas recomendações, 35 anos após precaver os médicos interessados no exercício analítico de que a eficácia do método não está vinculada ao *furor sanandi* do analista. Ao que parecia, Blanton sofria desse furor. Alertou-o Freud: “o senhor não deve ser tão ambicioso”. (FREUD *apud* BLANTON, 1975, p. 36).

Ao contrário, Freud o convida para sustentar, através do seu desejo, o método, a psicanálise. Freud salienta a Blanton a importância da orientação ética: “se o paciente não for adiante, o senhor não tem o que fazer. O senhor não pode empurrar as coisas. O senhor me dá a impressão de um excessivo esforço. Talvez fosse melhor dirigir seus interesses para o método. Faça um trabalho tão completo quanto possível e não se importe com os resultados”. (FREUD *apud* BLANTON, 1975, p. 36).

A ética de Freud suporta seu ato. Não se induzindo pela cura, Freud deixou um legado: a psicanálise como causa, e não como terapêutica.

Nessa época, Blanton constatou que Freud, atento ao uso impróprio que seus discípulos faziam da psicanálise, “só aceitava, como pacientes, os que pretendiam tornar-se analistas”. (BLANTON, 1975, p. 11). Por isso, Freud orientou ao médico: “Talvez o senhor

fique muito angustiado com seus pacientes. O senhor precisa deixar que fiquem livres. Deixe que encontrem sua salvação”. (FREUD *apud* BLANTON, 1975, p. 44).

A recomendação freudiana em ponderar o efeito terapêutico como um acréscimo da experiência analítica localiza o analista em sua ação ética, pois supõe o sujeito no tratamento, implicando-o na cura.

No exemplo de outro médico, Abram Kardiner, ao publicar o testemunho de sua análise com Freud, “também comentou que o estilo de análise de Freud não incluía uma terapia que oferecesse soluções ao paciente”. (KARDINER *apud* BREGER, 2002, p. 367). Entretanto, Freud teria lhe confessado algo curioso: “Tenho um certo número de desvantagens que me impedem de ser um grande analista. Entre outras, sou demasiadamente pai”. (KARDINER *apud* COTTET, 1990, p. 137).

No relato da escritora norte-americana Hilda Doolittle, que se correspondeu e fora analisada por Freud durante a década de 1930, tem-se evidência da forma como a dinâmica transferencial levou a escritora a tomar Freud como um “petit-papa”. (DOOLITTLE, 1977, p. 39). No início de sua análise, logo no primeiro registro de seu diário, assustada com o que era possível extrair de seu encontro com Freud, Doolittle (1977) o descreveu como “um parteiro de almas”. (DOOLITTLE, 1977, p. 31). Neste início, a norte-americana nutria esperanças de ser curada na análise por um medicamento que “subtraísse o falcão sem nome de sua caverna”. (DOOLITTLE, 1977, p. 31). O investimento na figura do “Professor Freud” como um pai amoroso levou a escritora a afirmar que “se o Professor não fosse capaz de resolver seu problema, ninguém poderia”. (DOOLITTLE, 1977, p. 77).

Apesar de carecer, segundo ele mesmo, “dessa paixão de ajudar” (JONES *apud* COTTET, 1990, p. 146), Freud, como pai de sua criação, teve de tomar um cuidado, por assim dizer, paterno com sua criação, em vista dos descaminhos que a prática analítica tomou em virtude de suas possibilidades terapêuticas.

Segundo Cottet, “(...) o pai exaltado que Freud construíra nos anos 1925-1930” justificava “a intuição de um mal-estar na psicanálise”. (COTTET, 1990, p. 119). Desse mal-estar Lacan colheu consequências catastróficas, e revelou-se contra as deturpações aí produzidas. Mais do que isso, Lacan se daria conta de que a doutrina de Freud ganhara contornos de um culto ao pai ideal, e essa idealização se converteu num entrave interno à própria prática da psicanálise.

Se no “retorno a Freud” Lacan interrogou o desejo freudiano para dar centralidade ao desejo do analista, foi porque, segundo Miller (1995), “quando Lacan falava do desejo de Freud, era exatamente para mostrar nele um déficit, uma falta”. (MILLER, 1995, p. 24).

Assim, temos esclarecida a consideração de Miller (1997) de que “mais do que o desejo de Freud, Lacan encontrou certos limites no que diz respeito à psicanálise. Não somente tocou no pai, mas também inclinou-se ante sua figura, que é a da religião”. (MILLER, 1997, p. 436).

Para Cottet (1990), “É certamente em seus escritos sobre o pai (...) que o desejo de Freud encontra a iluminação que lhe convém” (COTTET, 1990, p. 114), e justamente na falta que marca esse mito do pai no desejo freudiano que Lacan o atravessa e se “permite traçar a clivagem de um caminho que vá mais além, infinitamente mais longe, estruturalmente mais longe que o limite que ele estabeleceu sob a forma de mito”. (LACAN, 1963).<sup>23</sup>

Justifica-se, assim, a afirmação de Miller (1995) de que, forjando a expressão “desejo de Freud”, Lacan introduziu, na psicanálise, uma consideração crítica ao desejo de Freud e, como solução, colocou em oposição ao desejo de Freud o desejo do analista. (MILLER, 1995, p. 14-15). Dito de outro modo, “o desejo do analista é a objeção feita por Lacan ao desejo de Freud”. (MILLER, 1995, p. 15).

O desafio de Lacan em formular algo que pudesse avançar o desejo de Freud – por ele abrangido como paralelo ao desejo do analista –, mas que fizesse, ao mesmo tempo, avançar a própria psicanálise, levou-o a uma colisão com o desejo de Freud. Não mais como noção a ser formulada, mas como função essencial introduzida no ensino de Lacan, a psicanálise se formulou com maior rigor nos anos seguintes de seu ensino. Essa ultrapassagem parece ter provocado no pensamento de Lacan um embate com o desejo de Freud, por ele compreendido até então como paralelo ao desejo do analista.

Num primeiro momento, Lacan exaltou o desejo freudiano na pessoa de Freud, mas o ousado movimento de Lacan, ao formular o desejo do analista, exigiu dele um além de Freud. No entanto, no seminário sobre *Os Nomes do Pai*, Lacan transpôs o nome Freud para desenvolver, na psicanálise, uma prática que merecesse a qualidade desse nome, freudiana:

Fica claro que, se Freud coloca o mito do pai no centro de sua doutrina, é em razão da inevitabilidade dessa questão. Fica mais claro ainda que, se toda a teoria e a práxis da Psicanálise se nos aparecem hoje como em pane, é por não haverem ousado, sobre esta questão, ir além de Freud. (LACAN, 1963, 20 de novembro de 1963).

O arrojo lacaniano em prosseguir a aventura de Freud se orienta pelo legado dessa obra, mas no corte que sua verdade produz, contrariamente àqueles que procuraram desvendar o desejo de Freud, baseando-se na experiência pessoal com o homem Freud, pai fundador da psicanálise.

---

<sup>23</sup> Lição do dia 20 de novembro de 1963.

Não seria por se precipitar em resolver o sofrimento que a premissa da solução terapêutica realiza bem o sujeito, suturando seu desejo com o sentido, “(...) mas, por ser um bem que leva ao pior” (LACAN, 1973/2003, p. 513), ela não faz mais do que enviá-lo ao “buraco sexual” sem sentido. (LACAN, 1973/2003 p. 512).

Visando à fronteira demarcada pelo desejo, no seminário *A ética da psicanálise*, Lacan (1959-60) afirma que, na experiência analítica, tudo o que sugere a noção e a finalidade do bem é problemático, situando, justo nessa barreira do desejo, a função do Bem. (LACAN, 1959-60, p. 266).

Assim, a advertência de Lacan se faz clara: “A cada instante temos de saber qual deve ser a nossa relação efetiva com o desejo de fazer bem, o desejo de curar”. (LACAN, 1959-60/1997, p. 267). Se a função do Bem se situa em alguma parte dessa barreira do impossível, a função do desejo do analista, por sua vez, comporta em Lacan (1959-60/1997) a mesma radicalidade:

Diria mais – poder-se-ia, de maneira paradoxal, ou até mesmo decisiva, designar nosso desejo como um não desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como ela se oferece a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcátrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito. (LACAN, 1959-60/1997, p. 267).

Indestrutível como Freud o caracterizou, o desejo é falta. Ora, como então curar isso impossível de ser sanado se, conforme Lacan, “o reviramento que comporta nossa experiência situa no centro uma medida incomensurável, uma medida infinita que se chama desejo?”. (LACAN, 1959-60/1997, p. 378). A própria cura, então, localiza-se no campo desse impossível: “O que pode ser um tal desejo, propriamente falando, o desejo do analista? Desde agora, podemos, no entanto, dizer o que ele não pode ser. Ele não pode desejar o impossível”. (LACAN, 1959-60/1997, p. 360).

Recolhendo o desejo do sujeito e abrindo-o para a experiência analítica, o desejo do analista aproxima o sujeito do impossível, pois não há trégua entre o sujeito e seu desejo. Prevenido do bem, o desejo do analista é, portanto, advertido de não tomar o impossível, a saber, a cura, como sua finalidade: “O que o analista tem a dar, contrariamente ao parceiro do amor (...), nada mais é do que o seu desejo, como o analisado, com a diferença de ser, no caso do primeiro, um desejo prevenido”. (LACAN, 1959-60/1997, p. 360).

A exemplo da cautela de Lacan, este soube apontar o deslize freudiano no descuido transferencial com Dora, pois “Foi por se haver colocado um pouco demais no lugar do Sr.

K.<sup>24</sup> que Freud, dessa vez, não conseguiu comover o Aqueronte”. (LACAN, 1952/1998, p. 223).

Como afirma Lacan, na direção do tratamento, o analista “faria melhor situando-se em sua falta a ser do que em seu ser”. (LACAN, 1958b/1998, p. 596). Assim, no seminário *A transferência*, realizado durante os anos de 1960 e 1961, Lacan afirma que o analista não opera com sua pessoa concreta “na medida em que ele é possuído por um desejo mais forte do que os desejos a partir dos quais ele poderia agir, a saber, de chegar às vias de fato com seu paciente, de tomá-lo nos braços ou atirá-lo pela janela”. (LACAN, 1960-61/1992, p. 187).

É na medida em que a ação do analista não é uma resposta motivada por suas paixões (seu amor ou seu ódio), que se pode falar em desejo do analista como operador de causa que faz incitar o movimento da operação analítica.

A contratransferência, noção empregada pelos teóricos pós-freudianos no tratamento analítico, denota a resposta emocional da pessoa do analista como consequência de sua relação com o paciente. Esta noção é considerada por Lacan como mais um desvio em relação àquilo a que se destinava a psicanálise, e recupera, então, a noção de transferência como aquela que dá acesso ao desejo inconsciente articulada ao desejo do analista:

a complexidade da questão da transferência não é absolutamente limitável àquilo que se passa no sujeito dito paciente, no analisado. E, em consequência disso, coloca-se a questão de articular, de maneira um pouco mais avançada do que foi feito até agora, o que deve ser o desejo do analista. (LACAN, 1960-61/1992, p. 108).

No que concerne ao analista, a função do desejo do mesmo se relaciona com a transferência, estabelecendo aí um contraponto entre Lacan e os psicanalistas pós-freudianos, que aplicavam à psicanálise uma relação dual, sugerida na noção de contratransferência. Tampouco, dirá Lacan, “não me parece que aquilo a que se chama a relação médico-paciente (...) nos permite avançar bastante neste sentido”. (LACAN, 1960-61/1992, p. 109).

Na transferência, o sujeito produz e constrói sua demanda, endereçando-a, por conseguinte, ao Outro, supondo no analista um Outro que detenha um saber que a resolva. Daí se esclarece a afirmativa de Lacan sobre a complexidade da questão da transferência e o fato de que ela não é limitável àquilo ao que se passa no sujeito paciente, pois uma resposta à demanda no plano do amor de transferência vem encobrir o desejo do analisante na busca da solução de sua demanda.

---

<sup>24</sup> Nome dado por Freud ao parceiro amoroso de Dora na trama de sua narrativa analítica.

A transferência, como acesso ao desejo inconsciente, evidencia a potencialidade do desejo na medida em que abre ao singular do sujeito no campo de sua diferença. Distantes dos pressupostos de uma relação terapêutica são, portanto, as próprias coordenadas do desejo que Lacan segue, dando à função de desejo do analista uma função de operador dessa causa vazia do desejo, ou seja:

Trata-se, portanto, para nós, de tentar articular e situar o que deve ser, o que é fundamentalmente o desejo do analista (...) a partir de uma baliza já esboçada, ser designadas como coordenadas do desejo, pois não podemos encontrar nossas balizas (...) referindo-nos às articulações da situação para o terapeuta. (LACAN, 1960-61/1992, p. 109).

A recusa de Lacan em circunscrever a função do desejo do analista em parâmetros da propedêutica médica ou terapêutica é clara, sobretudo porque esta função assume o desejo como excêntrico e traz à tona sua face mais esvaziada. Vê-se demonstrado aqui que o que está em jogo na finalidade da psicanálise, segundo as concepções de Freud e Lacan, não é a visada terapêutica, mesmo que ela se produza. Se as noções de inconsciente e desejo orientam a ação do analista, ainda que formalizadas, problematizando seus processos de conceitualização, elas esclarecem a diferenciação entre prática analítica e outras práticas psicoterápicas.

A afirmação de Lacan de que "O desejo é o desejo do Outro" se soma à sua definição de desejo do analista, pois coincide com sua formulação de desejo como tal. Por isso, Lacan sublinhou a importância de que o analista ofereça ao desejo do paciente esse lugar vago a fim de que tal desejo se realize como desejo do Outro, já que são assim definidas "as coordenadas que o analista deve ser capaz de atingir para, simplesmente, ocupar o lugar que é o seu e que se define como aquele que ele deve oferecer como vago ao desejo do paciente para que se realize como desejo do Outro". (LACAN, 1960-61/1992, p. 109).

Embora o sujeito articule seu desejo com os significantes do Outro, ou seja, na linguagem, a partir desse lugar do Outro, de onde ele emite sua palavra, as elaborações seguintes de Lacan sobre o desejo do analista não mais o reduzirão a um representante do Outro, mas ao significante de sua falta: "Nossa função, nossa força, nosso dever, é certo, e todas as dificuldades se resumem ao seguinte: é preciso saber ocupar seu lugar, na medida em que o sujeito deve poder localizar aí o significante faltoso". (LACAN, 1960-61/1992, p. 264).

O analista não corresponde às expectativas do desejo, pois Lacan orienta: "Representar alguma coisa para alguém, é justamente isso que deve se romper. Pois ao signo que há para dar, falta significante (...). É, entretanto, o único que pode fazer aceder o outro àquilo que é da natureza do inconsciente". (LACAN, 1960-61/1992, p. 232).

O desejo do Outro não se presta mais aqui como articulador do desejo do analista, sendo, sim, o campo de sua inconsistência por que Lacan passa a se interessar. Trata-se do ponto de impossibilidade de reconhecimento do desejo, enfim, o próprio ponto de falta no Outro que causa desejo. Trata-se de um real de tal modo resistente ao simbólico que o desejo do sujeito jamais poderá se fazer reconhecer.

Em detrimento disso, a dimensão operatória do desejo do analista não se restringe à sua circunscrição integralmente simbólica. Não todo absorvível pelo Outro, o horizonte do desejo do analista como significante do desejo do Outro não se presta mais como articulável, mas orienta-se pelo real. Contrário a uma relação dual, Lacan, ao dizer, no seminário “O avesso da psicanálise”, que “o analista se faz de causa do desejo do analisante” (LACAN, 1969-70/1992, p. 39), opera para causar, no sujeito, sua diferença. Afirmar Lacan: “O desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta”. (LACAN, 1964b/1973, p. 248).

Centrando-se no real, a função desejo do analista se configura como simulacro da causa de desejo, agindo de forma a possibilitar esta diferença absoluta justamente onde a resposta ao amor transferencial ou a visada terapêutica viriam completar esse espaço, escamoteando a diferença. Nessa perspectiva, comenta Xavier Esqué:

(...) o desejo de curar é um desejo doente, doente porque ele se sustenta da esperança neurótica de que a pulsão pode se domesticar. O desejo do analista, ao contrário, é um desejo de descompletar, é um novo estatuto do desejo que se sustenta da inexistência do Outro, um desejo de obter a diferença absoluta. (ESQUÉ, 2005, p. 30).

O desejo freudiano já apontava para o horizonte de que “na análise não é permitido desempenhar o papel decisivo na determinação dos resultados terapêuticos. Utiliza-se, ao contrário, induzir o paciente a realizar um trabalho psíquico”. (FREUD, 1925b/1976, p. 56). Trabalho esse que começou em Freud e permitiu a Lacan cunhar o desejo do analista como esvaziado de conteúdo, um desejo de alcançar diferença absoluta, operando no lugar do vazio enigmático do desejo do Outro como causa e onde o analista se situa como semblante desta causa.

Apesar de Freud (FREUD, 1914/1976) naturalmente admitir a psicanálise como sua criação ou que ela viesse a ser todo o conteúdo de sua vida (FREUD, 1925/1976), seu desejo foi de dar a ela sua diferença absoluta, não só em relação a outros métodos terapêuticos como também em relação a suas experiências pessoais.

Lacan encontrou no desejo de Freud a porta de entrada para o verdadeiro campo da experiência do inconsciente (LACAN, 1964b/1973), pois, ainda que a vida de Freud se achasse intimamente entrelaçada à psicanálise, segundo ele mesmo diz, o desejo do analista em Lacan faz deparar com o fato de que cada psicanalista é colocado em causa diretamente, no mais íntimo do seu ser, com a própria psicanálise.

Como afirmou Freud, um psicanalista: “com razão se presume que minhas experiências pessoais não são de qualquer interesse ao se traçar um paralelo de minhas relações com aquela ciência”. (FREUD, 1925b/1976, p. 89).

### **3 FREUD: DA TERAPÊUTICA À PSICANÁLISE**

#### **3.1 O desejo de saber do jovem Freud e sua formação médica**

Tentando oferecer um meio de investigar a questão do terapêutico na psicanálise em Freud e Lacan, de modo que suas diferenças possam ser iluminadas, investigaremos, neste capítulo, o posicionamento particular de Freud frente a sua formação médica. Assim, busca-se evidenciar o desejo de saber freudiano, localizando a criação da psicanálise para além da finalidade terapêutica.

O jovem doutor Freud, ao iniciar seu exercício médico, daria início ao mesmo nutrido dos ideais da eficácia terapêutica, esforçando-se, naquele primeiro momento, em colocar em prática os meios mais adequados para aliviar e curar seus doentes.

Bem antes disso, desde o término do século XVII, os procedimentos que envolviam as descrições médicas referidas ao corpo começaram a ganhar uma precisão cada vez mais qualitativa. Através do olhar direto da anatomia patológica que nascia, o corpo humano recebeu um contorno nítido e tornou-se, assim, visível. Michel Foucault (1963), ao localizar nesse mesmo momento o nascimento da medicina moderna, que tem seu surgimento concomitantemente ao nascimento desse modo de contemplar o corpo, diz que, “nesse momento, instaura-se a soberania do olhar. Olhar que sabe, decide e rege” (FOUCAULT, 1963, p. 11). Segundo Foucault (1963), o que outrora permanecera fora da possibilidade de ser visível e enunciável, tem, a partir de então, a possibilidade de ser descrito pelos médicos. Pela primeira vez na história, o discurso médico ganhava, portanto, uma estrutura científica.

A possibilidade desta afirmação, a da assunção do discurso médico dentro do discurso científico, foi dada através de um objeto: a doença. Foi por meio da doença que a medicina pôde comprovar que as causas do sofrimento do sujeito doente tinham uma definição possível. Tudo aquilo que, na doença, anteriormente, estava fora de uma circunscrição passível de entendimento podia, agora, ser conhecido pela ciência médica, uma vez que esta estabelecia, a partir de então, um sentido para o sofrimento do sujeito doente. A doença é vista pelo olhar do discurso científico e, por meio deste olhar, ela ganha um sentido. À medicina caberia a tarefa de compreender e conter este sentido.

Localizando a formação médica freudiana, vemos que a dedicação pessoal do Dr. Sigmund Freud, então jovem médico, em organizar seu fazer clínico, seus achados teóricos e

suas inovações técnicas está sempre arraigada a um profundo desejo de saber, mas também às expectativas dos resultados de sua clínica, ou seja, seus efeitos terapêuticos. Embora suas pesquisas e inovações viessem adquirir consequências cada vez maiores no sentido de distingui-las de uma terapêutica, foi partindo do intuito de tratar as perturbações da saúde e o desconforto de seus pacientes que a invenção deste singular médico de Viena, nascida aos fins do século XIX, constituiu-se.

Renato Mezan (1996), ao contextualizar “Viena e as origens da psicanálise”, aponta-nos “um extraordinário desenvolvimento cultural (...) no período compreendido entre, digamos, 1870 e 1914 – período que coincide com a juventude e com a maturidade de Freud”. (MEZAN, 1996, p. 77-78). O ambiente cultural em questão, engajado pela “revolta contra o positivismo”, envolvia uma geração – a geração de 1890 - que se consistiu, segundo Mezan (1996, p. 93), não só pelo pensamento filosófico, como também se materializou na literatura, nas artes e na música. Para ele, tal desenvolvimento cultural era animado tanto por uma atenção ao “mundo interior” humano quanto por “uma interrogação sobre o que escapa à razão e à medida, além de uma crítica ao positivismo como *Weltanschauung*”. (MEZAN, 1996, p. 83-84). Mezan (1996) acentua que “a base cultural sobre a qual Freud edificou a psicanálise não é, de modo algum, restrita à atmosfera criativa” (MEZAN, 1996, p. 90), sendo, sim, o horizonte da formação de Freud, o de um “*alemão cultivado*, em termos de cultura geral”, ou seja, de uma vertente científica constituída pelo “evolucionismo de Darwin e o positivismo de origem francesa, incorporados ao credo comum ao qual também Freud aderiu”. (MEZAN, 1996, p. 90).

Segundo Peter Gay (1989), “o positivismo havia prosperado no século XIX, com as vitórias espetaculares da física, da química, da astronomia – e da medicina. (...) Quando Freud estudou em Viena, os positivistas tinham o comando”.(GAY, 1989, p. 48). Naquele momento, os expoentes do positivismo, entre outros mais célebres, eram os professores de Freud em Viena. (MEZAN, 1996, p. 92). Segundo Mezan, “vinham da Alemanha (...) a maioria dos professores que abrilhantavam o corpo docente da universidade de Viena naquela época”. (MEZAN, 1996, p. 89).

Foi por esse espírito positivista da ciência europeia presente na Viena do jovem Freud que este estudante cultivaria tanto sua inspiração e sua formação, como também sua desconfiança. Vivendo dentro daquela atmosfera de busca de compreensão, conhecimento e sentido da natureza, logo na segunda metade do século XIX, o ainda jovem estudante do liceu em Viena, Sigmund Freud, aos 16 anos de idade, alia-se a esse espírito científico.

Se a medicina moderna havia se constituído neste saber em que o homem se fez, ele próprio, objeto (natural) do discurso científico, Sigmund, desde cedo, seria movido por essa grandiosa aspiração, mas apontando seu desejo a um “conhecer-se a si mesmo”. Foi assim que escreveu ao amigo Emil Fluss em setembro de 1872: “Agrada-me apreender a espessa tessitura de fios encadeados que o acaso e o destino teceram em torno de todos nós”. (FREUD *apud* GAY, 1989, p. 41). Ainda que os ideais do adolescente Sigmund, este futuro aspirante a uma carreira médica, evidenciem-nos as raízes de seu entusiasmo terapêutico, verificamos aqui a existência de algo a mais, algo que sempre exigirá de Freud uma inquietação que ultrapasse o ânimo de seus objetivos médicos ou curativos.

Peter Gay (1989) afirma que Freud, ainda adolescente, era alimentado por sua vontade de conhecer a “espessa tessitura” humana, antes mesmo de se formar no liceu, em junho de 1873. Freud reconhecia que a “natureza” que mais avidamente queria entender era a humana. Mais de cinquenta anos depois, em 1924, no seu *Estudo Autobiográfico*, constata-se que a ânsia de conhecimento deste adolescente estava, segundo ele mesmo, “mais dirigida para os assuntos humanos do que para os objetos naturais”. (FREUD, 1924/1976, p. 18). Mais do que conhecer “os objetos naturais” a que à medicina se colocavam como tarefa, o adolescente vienense almejava para si uma tarefa ousada: ele estava ambicioso por alcançar, a partir de um conhecimento humano, o entendimento do denso mecanismo de que se constituem os homens.

Na própria biografia já mencionada, escrita por Peter Gay (1989), este autor parece já perceber este “algo a mais”, esta ânsia do jovem brilhante que almejava tornar-se médico. Para além da ambição de curar os males humanos, Sigmund, naqueles primeiros anos de sua juventude, aspirava sempre por algo a mais. O biógrafo Peter Gay (1989), que inicia seu primeiro capítulo, intitulado “Uma ânsia de conhecimento”, traz-nos essa importante faceta durante a mocidade do inquieto e audacioso pesquisador.

Dos ideais de progresso científico que compunham a atmosfera de Viena, emergia toda uma abundância de disciplinas científicas e suas prósperas chances de conhecer os fenômenos do homem e da natureza. Freud respirava este ar promissor, embora não reconhecesse nele uma garantia segura ao que queria conhecer. É com esse caráter que Freud (1924/1976) explicitou seu desejo pela carreira médica:

meu pai insistiu que, na minha escolha de uma profissão, devia seguir somente minhas próprias inclinações. Nem naquela época, nem mesmo depois, senti qualquer predileção particular pela carreira de médico. Fui, antes, levado por uma espécie de curiosidade. (FREUD, 1924/1976, p. 18).

“Levado por uma espécie de curiosidade”, o estudante vienense do liceu queria dar ao homem uma fundamentação mais consistente do seu próprio conhecimento. Sem sequer haver ainda ingressado na universidade, Freud deseja encontrar alicerces consistentes para o “autoconhecimento humano”. Ora, essa curiosidade, signo do desejo de Freud, exercerá função fundamental para o desenvolvimento da psicanálise. Conforme afirmou Cottet (1990), “A curiosidade de Freud, sua avidez, sua insaciável demanda, que lhe asseguram sempre a manutenção de sua insatisfação”. (COTTET, 1990, p. 29).

Em 1873, mesmo tímido quanto às condições para formalizar as questões que lhe surgiam, ele já parece sugerir um impasse epistemológico sobre a insuficiência dos saberes existentes para sua ambicionada tarefa. Afirmo o jovem Sigmund: “A grandeza do mundo reside na multiplicidade das possibilidades, mas, infelizmente, não é uma base sólida para o nosso autoconhecimento”. (FREUD *apud* GAY, 1989, p. 41).

A suspeita deste jovem do século XIX pelo conhecimento que receberia na universidade anteciparia sua comprovação no século XX: “Quando, em 1873, ingressei na universidade, experimentei desapontamentos consideráveis”. (FREUD, 1924/1976, p. 19).

Foi em busca de sua compreensão do mundo que grandes nomes como Darwin, Goethe, assim como o futuro professor de Freud, Carl Brühl, importante especialista em anatomia comparada, que lecionava zootomia na Universidade de Viena, marcariam aquele adolescente de maneira fascinante, ocasionando sua escolha pela medicina. Segundo Assoun, este curso “ministrado pelo Dr. Carl Brühl, provocou em Freud, segundo seus próprios termos, uma espécie de intuição totalizadora, que exprimia sua busca de uma ‘compreensão do universo’ (*Weltverständnis*)”. (ASSOUN, 1978, p. 11). Assim, decidido a se tornar médico, aos 17 anos, Freud ingressou na Universidade de Viena no curso de Medicina, que só terminaria em 1885, aos 25 anos de idade. Sobre a escolha pela medicina, dirá Freud, em 1924, no seu *Estudo autobiográfico*:

as teorias de Darwin, que eram então de interesse atual, atraíram-me fortemente, pois ofereciam esperanças de extraordinário progresso em nossa compreensão do mundo; e foi ouvindo o belo ensaio de Goethe sobre a Natureza, lido em voz alta numa conferência popular pelo professor Carl Brühl, pouco antes de eu ter deixado a escola, que resolvi tornar-me estudante de medicina. (FREUD, 1924/1976, p. 19).

Pode-se ler, nas palavras declaradas pelo próprio Freud, que sua inspiração à carreira médica não implicava o ofício terapêutico, mas se dava pela influência de teorias científicas e pelas “esperanças” nelas contidas para um “extraordinário progresso em nossa compreensão do mundo”. O desejo de saber que se sobrepõe à decisão por essa carreira determina que

“Freud, conforme ele mesmo confessa, tenha sentido necessidade de um estimulante especulativo para abraçar a ciência médica”. (ASSOUN, 1978, p. 12).

O ambicioso projeto do agora recém-estudante de medicina ia adquirindo cada vez mais relevância. Freud já insinuava seu compromisso primordial com seu desejo de saber, na medida em que apostava em algo a mais em sua formação que tão somente a disciplina médica. Ao se programar para o percurso universitário, ele já anunciava ao amigo Eduard Silberstein: “Quanto ao primeiro ano na universidade, vou dedicá-lo inteiramente ao estudo de temas humanísticos, que não têm absolutamente nada a ver com minha futura profissão, mas que não serão inúteis para mim”. (FREUD *apud* GAY, 1989, p. 43).

Um exemplo pode ser dado quanto às reuniões de Filosofia<sup>25</sup> na Universidade de Viena. Assoun afirma que Freud “foi particularmente assíduo a essas reuniões, institucionalmente facultativas, que se acrescentavam a um ensino científico já pesado”. (ASSOUN, 1978, p. 13). Esta aposta do jovem estudante nos “temas humanísticos” se dá como se

Freud procurasse nelas, se não um substitutivo para o espírito estritamente positivo, pelo menos uma expatriação (*dépaysement*), como já se revelassem, aqui, uma necessidade e uma busca fundamentais. (ASSOUN, 1978, p. 13).

Essa atitude nos leva ao testemunho do próprio Freud: “Eu era realmente negligente em meus estudos médicos”. (FREUD, 1924/1976, p. 20).

Se, ao mesmo tempo em que o jovem Freud investiria em sua “expatriação” do espírito científico estritamente positivo, em seus estudos de Medicina na Universidade de Viena, ele também seguiria firmemente uma orientação científico-natural. Ao situar esse modelo de ciência (*Naturwissenschaft*) na formação de Freud, Assoun afirma: “Freud, na aparência, não conhece outra forma de ciência”. (ASSOUN, 1983, p. 48).

É importante sublinhar que as disciplinas não médicas a que Freud se direcionaria “continuam a desempenhar sua função necessária, como uma espécie de denominador comum dos esforços variados que o impulsionam nas diversas direções científicas”. (ASSOUN, 1978,

---

<sup>25</sup> Seguindo este exemplo, Paul-Laurent Assoun (1978) examina o contato de Freud, em seus primeiros anos de formação, com a Filosofia: “é de modo inesperado, no interior da Faculdade de Medicina, bastião da ciência natural, que Freud se põe em contato com a metafísica”. (ASSOUN, 1978, p. 12). Assoun (1978) se debruça principalmente sobre a frequência de Freud nas aulas do filósofo Franz Bretano: “Ninguém duvida de que, no espírito de Freud, através desse ensino paralelo e facultativo, surja uma necessidade. Os fatos falam por si mesmos: durante o quarto trimestre, enquanto abandona os cursos de zoologia veterinária, “continua a frequentar os seminários de Bretano”. (...) Assim, paralelamente a um ensino científico cada vez mais especializado, e na medida em que se afirma seu gosto pela física e pela biologia, os seminários de Bretano continuam a desempenhar sua função necessária, como uma espécie de denominador comum dos esforços variados que o impulsionam nas diversas direções científicas”. (ASSOUN, 1978, p. 13).

p. 13). Por isso, a formação facultativa do jovem estudante por temas humanísticos se dava “paralelamente a um ensino científico cada vez mais especializado, e na medida em que se afirma seu gosto pela física e pela biologia”. (ASSOUN, 1978, p. 13). Sobre isso, Lacan assevera:

Dizemos, ao contrário do que se inventa sobre um pretenso rompimento de Freud com o cientificismo, que foi esse mesmo cientificismo (...) que conduziu Freud, como nos demonstram seus escritos, a abrir a via que para sempre levará seu nome. (LACAN, 1966a/1998, p.871).

Sem correr o risco de uma excessiva contextualização frente a dados biográficos sobre Freud, o que tenderia a uma hermenêutica de textos ou a um relativismo demasiado sobre o “cientificismo de Freud” (MILNER, 1995, p.35) e seu peculiar “assentimento conferido ao ideal da ciência” (MILNER, 1995, p.35), existem, todavia, razões mais fundamentais na ambição freudiana de uma vocação científica da psicanálise. Ao comentar sobre as vias que levaram Freud à descoberta do inconsciente, Lacan diz: “Dizemos que essa via nunca se desvinculou dos ideais desse cientificismo, já que ele é assim chamado, e que a marca que traz deste não é contingente, mas lhe é essencial”. (LACAN, 1966a/1998, p.871).

A partir da análise de Milner (1995), “é verdade que se adiciona, reconstituível nos fios dos textos freudianos, uma teoria transversal da ciência” (MILNER, 1995, p.36), mais especificamente, vinculada à conquista do universo moderno da ciência. (MILNER, 1995, p.17). Lacan então assegura que “é impensável (...) que a psicanálise como prática, que o inconsciente, o de Freud, como descoberta, houvessem tido lugar antes do nascimento da ciência”, pois a psicanálise “(...) extrai dali seu próprio fio”. (LACAN, 1966a/1998, p.871).

Isso significa que Freud, como médico ou como pesquisador, ao aderir ao discurso da ciência, apoia a psicanálise num saber que não se deixa impedir pela dimensão imaginária. Daí a afirmação de Lacan (1966/a1998) sobre a psicanálise, “de que sua práxis não implica outro sujeito senão o da ciência”. (LACAN, 1966a/1998, p.878).

Neste viés, guiado pelo conjunto de proposições advindas do “*cartesianismo radical* de Lacan” (MILNER, 1995, p.39), Milner (1995) demonstra, assim como Lacan, que, na descoberta freudiana sobre o pensamento inconsciente no sonho, no chiste, nos tropeços da vida cotidiana, etc., há um pensamento, digamos, cartesiano, sem qualidades. Ou seja, esse “pensamento sem qualidades não é apropriado apenas à ciência moderna. Lacan demonstra que ele também é necessário para fundar o inconsciente freudiano”. (MILNER, 1995, p.40).

Dito isso, “o sujeito freudiano, na medida em que a psicanálise freudiana é intrinsecamente moderna, não poderia ser outra coisa senão o sujeito cartesiano.” (MILNER,

1995, p.39). Conclui Milner: “O pivô do programa de Freud reside nessa constatação”. (MILNER, 1995, p.40).

Já dentro da Faculdade de Medicina, Freud recebeu uma grande influência de seu professor de fisiologia, o famoso fisiologista Ernst Wilhelm Von Brücke, com quem Freud trabalharia em experiências laboratoriais. Foi Brücke, o representante mais eminente do positivismo em Viena, quem “colocou um microscópio diante de Freud”. (ASSOUN, 1983, p. 120-121). Ao fazer referência a Brücke, lembra o biógrafo Peter Gay (1989):

Seus partidários tinham a esperança de trazer o programa das ciências naturais, suas descobertas e métodos, para a investigação de todo o pensamento e ação humanos, públicos e privados. (GAY, 1989, p. 48).

Com a orientação de Brücke, Freud estava incumbido da “observação microscópica da estrutura histológica da célula nervosa”. É nesse momento que ele entra em contato com a anatomia, ou seja, o objeto elevado pela ciência médica daquela época:

A partir desse momento, seu trabalho passa a centrar-se num domínio privilegiado e quase exclusivo: a anatomia. É verdade que essa pesquisa possuía um desafio fisiológico global. Esperava-se do estudo da “estrutura íntima do elemento nervoso” luzes sobre o funcionamento do sistema nervoso dos animais superiores. (ASSOUN, 1983, p. 119).

Em meio ao discurso da pesquisa neurofisiológica da Faculdade de Medicina, o espaço do laboratório deu a Freud a oportunidade de satisfazer seu desejo de saber, via pesquisa de laboratório. Confessaria Freud décadas mais tarde: “no laboratório de fisiologia de Ernst Brücke, encontrei tranquilidade e satisfação plena”. (FREUD, 1924/1976, p. 20). Com o passar do tempo dentro da universidade, Freud iria aderir ao modelo de pesquisa científica vigente. Neste sentido, Assoun salienta que “a pesquisa científica é, essencialmente, para o jovem Freud, uma técnica. O que Freud coloca sob o termo ‘ciência’, através daquilo que efetivamente faz, é uma técnica heurística”. (ASSOUN, 1983, p. 120).

A atividade de pesquisa, no caso, a pesquisa neurológica com Brücke, adquiriu grande relevância para Freud em sua formação médica. Devido a seu fascínio pela pesquisa, na qual o jovem médico encontrava “tranquilidade e satisfação plena”, chegou até mesmo a “retardar” a obtenção de seu diploma de médico, que recebeu na primavera de 1881, segundo Peter Gay (1989, p. 50).

Naquele momento, a pesquisa neurológica orientava o desejo de saber do jovem Freud de modo que, até o período de sua graduação em medicina, não havia lidado com a cura das

doenças propriamente, mas sim com os temas humanísticos, num primeiro momento, por sua escolha facultativa e, em seguida, com a observação microscópica da estrutura histológica da célula nervosa.

Desde a prática médica na antiguidade, a doença como objeto de estudo recebera seu estatuto de ordem racional quando o saber médico se vinculava à concepção das doenças ligadas à dimensão da natureza. Em resposta a uma exigência metodológica dos ideais positivistas da modernidade, a medicina moderna como ciência reforça essa eleição da doença como seu objeto. Foucault (1963) afirma que o vínculo do saber com o sofrimento, “longe de se ter rompido, é assegurado” pela “presença da doença no corpo, suas tensões”, que “são contestadas em sua objetividade pelo discurso redutor do médico, quanto fundadas como objetos para seu olhar positivo”. (FOUCAULT, 1963, p. 8).

Bastante devotado a este seu mestre de juventude, que encarnava a atitude positivista (MEZAN, 1989), foi somente a conselho do próprio Brücke que Freud finalmente deixou o ambiente do laboratório para assumir o posto de subalterno no Hospital Geral de Viena. (GAY, 1989, p. 50). Segundo Foucault, na clínica médica moderna, “o hospital, antes percebido somente como propiciador da doença, vai se tornar o lugar ideal para vê-la”. (FOUCAULT, 1963, p. 25).

A pesquisa de observação microscópica sobre a célula nervosa não colocava o jovem médico em contato com as perturbações da saúde, por isso, talvez se possa dizer que, em sua prática médica, Freud ainda não havia vinculado seu desejo de saber com as doenças e com o sofrimento que afligia o homem. Relação, aliás, que o hospital, este ambiente que compõe a organização da clínica moderna e onde “a doença aí encontra seu elevado lugar” (FOUCAULT, 1963, p. 46), propiciava. Segundo Foucault (1963), é também no hospital que “o doente é *sujeito* de sua doença, o que significa que ele constitui um *caso*” (FOUCAULT, 1963, p. 66), ou seja, no hospital, a doença como objeto de estudo poderá fazer apelo ao desejo de Freud. O arcabouço da clínica freudiana, que será desenvolvido, no decorrer das próximas décadas, lado a lado com seus casos de histeria, estrutura-se com o aprendizado dentro do hospital. Uma vez inserido na atmosfera hospitalar, Freud pôde estabelecer seu primeiro contato com a experiência da clínica médica, na qual o sujeito é “exemplo” da doença, ou “o objeto transitório de que ela se apropriou”. (FOUCAULT, 1963, p. 66).

Dentro do Hospital Geral de Viena, Freud trabalhou durante três anos e experimentou as mais diversas especialidades médicas. Fora as doenças nervosas e a psiquiatria, ele também trabalhou nesse hospital desde a cirurgia até a dermatologia, passando pela oftalmologia e pelas doenças internas. Foi neste hospital de Viena que, da categoria de *Aspirant* (assistente

clínico), Freud tornou-se *Sekundararzt* na clínica de psiquiatria, em 1883 e, por volta de 1885, conseguiu o cobiçado nível de *Privatdozent*. (GAY, 1989, p. 54).

No início dos anos 1880, no Hospital Geral de Viena, a prática e carreira de Freud na clínica médica se iniciaram. Sobre esse início, comenta Assoun (1983):

Essa passagem à prática, efetuada em 1882, aparece-lhe como um desenraizamento doloroso, até mesmo como um “abandono da ciência”. É assim que tem início o aprendizado no universo novo do hospital. (ASSOUN, 1983, p. 125).

Embora Assoun se refira ao início da prática propriamente médica de Freud como um “doloroso” desprendimento da ciência, ao seguirmos a elaboração foucaultiana sobre a prática médica no hospital, veremos que o desejo de saber do jovem Freud pôde ser assegurado “no universo novo do hospital”, pois, no futuro, ele atribuirá grande valor ao desvendamento sintomático do doente que clama por uma decifração. Para Foucault (1963), o médico desempenha esta ação no hospital:

o papel do médico de hospital é descobrir a doença no doente; e esta interioridade da doença faz com que ela esteja frequentemente escondida no doente, oculta como um criptograma”. (FOUCAULT, 1963, p. 66).

Mesmo aderindo ao ambiente clínico do hospital, foi conduzido por seu desejo de saber que Freud já havia se dedicado ao laboratório e, em seguida, guiado por este desejo, que ele iria começar o trabalho no hospital geral:

É verdade que houve, antes, “sede de saber”, mas logo a observação se impõe como meio da satisfação da *libido sciendi*. Esta foi primária; e a terapêutica propriamente dita de forma alguma foi originária para Freud. (ASSOUN, 1983, p. 124).

### **3.2 O mais um ideal de Freud e a clínica médica moderna**

Tendo em vista a formação médica de Freud e seu desejo de saber, fundador da psicanálise, realizaremos aqui um breve esboço sobre o nascimento da clínica médica moderna e suas relações com o ideal terapêutico e com o aparecimento da psicanálise.

Freud fora formado no envoltório do projeto moderno explicitado por Foucault (1963), projeto esse do desaparecimento das doenças e da restauração da saúde. Embora avançado nos atributos puramente médicos de sua formação, já cedo vê-se delinear para Freud a adição de

*mais um* desejo dentro de seus planos com a medicina. Em setembro de 1875, quando cursava seu segundo ano na faculdade de medicina, Freud fez outra declaração ao amigo Eduard Silberstein:

(...) agora tenho mais um ideal. Ao ideal teórico dos meus anos anteriores, agora se acrescentou um prático. No ano passado, se perguntassem qual era meu maior desejo, eu teria respondido: um laboratório e tempo livre, ou um navio no oceano com todos os instrumentos de que precisa um pesquisador. Agora, hesito se não deveria dizer com mais precisão: um grande hospital e muito dinheiro para diminuir alguns dos males que acometem nossos corpos ou para removê-los do mundo. (GAY, 1989, p. 41).

Ao longo das próximas décadas que estariam por vir, este *mais um* desejo a que Freud idealiza para sua prática o desafiará constantemente frente a suas próprias descobertas – o Inconsciente, as resistências e as pulsões – e lhe provocará grandes impasses diante de sua invenção, a psicanálise.

Segundo o biógrafo Peter Gay (1989), esse novo desejo do jovem Freud pelo trabalho de combater os males que atormentavam o ser humano e de lutar contra as doenças tinha grande valor e manifestava-se frequentemente. Quando iniciado seu trabalho dentro do Hospital Geral de Viena, trabalho já digno de um terapeuta com suas convicções de cura, Freud confessaria, em 1883, em uma carta a sua noiva, a então *Fraulein* Martha Bernays, a futura *Frau Freud*:

(...) hoje cheguei à casa do meu paciente totalmente sem saber como conseguiria reunir a simpatia e a atenção necessárias para com ele, eu estava muito cansado e apático. Mas quando ele começou a se queixar (...) percebi que eu tinha uma tarefa e uma importância. (GAY, 1989, p. 41).

A *mais uma* valorosa tarefa deste Freud em formação, a terapêutica, seria alimentada de grande importância pelo jovem médico na década que estaria por vir. O espírito da ciência médica europeia a que Freud se inseria já era ordenado, desde a chegada da era moderna, por uma reivindicação de normalidade em torno da vida e da doença. Foi neste panorama que a psiquiatria formou-se como especialidade da medicina. (FOUCAULT, 1963).

No trajeto da medicina até a psicanálise, veremos que a formação médica de Freud se insere num momento em que o discurso médico quer, cada vez mais, em suas formulações e ações, ilustrar as características do discurso moderno, ou seja, ganhar uma “orientação verdadeiramente científica”. (BERCHERIE, 1989, p. 31). Mesmo a fim de estabelecer uma coesão com o discurso científico,

diversos saberes regiam o moderno saber médico: anatomopatologia, anatomoclínica, anatomofisiologia, micribiologia, localizações cerebrais, hereditariedade-degenerescência, etc.; todas essas noções presidiram a elaboração ou a reformulação dos diferentes campos da clínica das “doenças nervosas”: neurologia, psiquiatria, psicologia. (ROUDINESCO, 1989, p. 22).

As ações terapêuticas admitidas no momento da formação médica de Freud compunham as diversas maneiras através das quais a objetividade científica, característica da ciência moderna, permeava o discurso médico nos fins do século XIX e promovia aí a exclusão do sujeito. Diz Michel Foucault (1963), em sua obra *O Nascimento da clínica*: “Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente”. (FOUCAULT, 1963, p. 7). A atmosfera progressista da modernidade leva Foucault (1963) a verificar, no fundamento da clínica médica moderna, a “implantação de um clero da terapêutica”. Foucault constata, então, no projeto moderno, um ideal: o “mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem”. (FOUCAULT, 1963, p. 35).

Harry Guntrip, em sua obra *A Cura da Mente Enferma* (1967), lançou então a pergunta em torno da eficácia deste projeto: “Até onde chegou a nossa ciência psiquiátrica e psicológica, no sentido de fornecer uma resposta aos problemas da mente enferma?”. (GUNTRIP, 1967, p. 30).

A medicina na Europa do século XIX localizaria a concretude das bases de seu conhecimento no corpo humano. Do mesmo modo, as enfermidades serão assim consideradas: “A noção de doença, fixada em sua ampla acepção pela prolongada associação com a doença física”. (GUNTRIP, 1967, p. 26).

Através da referência ao elemento físico da doença ligado à configuração do corpo doente e sua forma, Paul Bercherie afirma que “a clínica psiquiátrica – naquele momento – é essencialmente a observação ‘morfológica’, a descrição formal dos distúrbios psicopatológicos”. (BERCHERIE, 1989, p. 21). Consequentemente, o desenvolvimento da clínica médica moderna apostará nesta observação morfológica como método. Na localização de Roudinesco, “o novo espírito médico estava ligado à revolução anatomopatológica”. (ROUDINESCO, 1989, p. 19).

O conhecimento médico viveria “o grande movimento anatomopatológico inaugurado por Xavier Bichat”. (BERCHERIE, 1989, p. 44). Neste contexto, houve um amplo debate a respeito do valor relativo à anatomia patológica. A discussão colocava em questão a elucidação dos processos patológicos, elucidação que, na aderência da medicina ao discurso científico, deveria ser encontrada na correlação dos sintomas apresentados pela doença com

os dados anatômicos verificados no corpo doente, via investigação de seus aspectos funcionais. No entanto, no tocante a uma perspectiva de cura dos processos patológicos frente ao desenvolvimento da clínica na modernidade, diz Guntrip: “Os progressos da ciência psicológica e psiquiátrica produziram resultados incertos e inadequados, no tocante a qualquer coisa que mereça o nome de ‘cura radical’”. (GUNTROP, 1967, p. 29).

Muito embora as pesquisas e inovações freudianas viessem adquirir, no prolongamento das décadas futuras, consequências cada vez maiores, que se orientariam no sentido de distinguir a psicanálise de uma terapêutica, foi partindo do intuito de tratar as perturbações da saúde e o desconforto de seus pacientes que a invenção deste singular médico de Viena, nascida nos fins do século XIX, constituiu-se.

Presentemente, o termo “terapêutico”, e todo o campo semântico por ele composto, é empregado pelo domínio da saúde, designando algum tipo de tratamento e acompanhamento médico. Neste campo, compreende-se, a partir do terapêutico, o alívio de alguma dor ou de algum mal. Mais do que isso, encontra-se como objetivo do terapêutico, neste âmbito, a cura, ou seja, o restabelecimento da saúde e a eliminação da doença. Entretanto, a constituição da acepção desta palavra apresenta, em sua origem, um sentido mais amplo que tão somente curar, pois os primeiros terapeutas eram mais do que meros restabelecimentos da saúde. Desse modo, a noção de cuidado de si implicada na terapêutica não dirá respeito somente ao alívio, mas a um trabalho.

Se o terapêutico na medicina guarda o desígnio da cura, ou seja, da exclusão do mal que acomete alguém, em sua ascendência etimológica, o termo “cura”, derivado do latim, exprime o cuidado, a vigilância ou a administração de alguma questão. Advém daí a denominação de “curador” como aquele que traz a incumbência legal ou judicial de zelar pelos bens e pelos interesses dos que, por si mesmos, não possam fazê-lo. Nesta procedência do latim, o vocábulo “cura” é estendido e utilizado também no viés agrícola como um trabalho, como os cuidados com a agricultura, assim como o ato de se ocupar do cuidado, da curatela e do tratamento de enfermidades. Dito isso, o verbo curar traz, a partir da sua origem do latim, *curare*, a significação de sanar, cuidar, velar pelos interesses de alguém.

Segundo Cunha (1994), o “cura” era, frequentemente, um sacerdote ou padre que sanava as almas adoecidas. Da mesma maneira, por *curandeiro* se designa aquele que sana os males através de princípios espirituais. Entre trabalho, saúde e alma, remonta-se à Grécia antiga, quando a superação da doença e o restabelecimento da saúde eram trabalhos em vista da saúde do Ser. Entre os gregos antigos, a então denominada terapêutica se faria

imprescindível a partir do momento que a doença passou a ser entendida como a quebra do sentido de unidade do ser.

Na pesquisa etimológica do termo terapêutico, vê-se que o exercício da terapêutica é antigo, e a localização da origem desta prática está entre os egípcios, com quem tal atividade de cura era conduzida através da força e influência de suas divindades. Os antigos gregos, por sua vez, exprimiam pela terapêutica grande importância em seus trabalhos de cura com a utilização de recursos naturais. O próprio termo “terapia” vem do grego *Therapía*, que denotava, naquela época, o cuidado, cuidado religioso (o serviço a deus ou do culto religioso), como também o tratamento que comportava desde o cuidado, a cura e o tratamento de animais ou plantas, como também definições de preparação de remédios, indo até o tratamento propriamente médico da época. Dessa maneira, o *Therapeutiké* era concebido como uma *téchne*, ou seja, a arte de cuidar das moléstias.

Machado (2003) localiza suas raízes etimológicas partindo do radical *tera*, sendo que este radical, elemento grego de composição culta, traduz as ideias de guardar, conservar, observar, vigiar ou respeitar algum preceito. Em terapia, tem-se, portanto, a tradução da ideia de cura, da mesma forma que terapeuta é designado aquele que cuida de alguma coisa, que serve, que trata com seus princípios, sua terapêutica, ou seja, com a sua arte de cuidar, de tratar. Conforme informam os estudos etimológicos (BUENO, 1964; MACHADO, 1976; CUNHA, 1994; SILVA, 2002), historicamente mais adiante, com o desenvolvimento das práticas curativas na modernidade, o termo “terapêutica” denominará a parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes.

Se o “cura” e aqueles que, pela terapêutica, tratavam as enfermidades, fazendo-se de meios místicos, Silva (2002) aponta que os primeiros a que se poderia denominar médicos procederiam de modo diferente. Denominados de clínicos, estes médicos se organizavam e praticavam métodos de tratamento diferentes do simples empirismo ao procurar as causas e os agentes das doenças, ministrando, assim, remédios numa orientação científica. Nesta conjuntura que abria as portas para o nascimento da medicina moderna, o médico “podia utilizar os medicamentos com critério para ajudar o organismo em sua tarefa”. (BERCHERIE, 1989, p. 41).

Clínico é um termo derivado do latim, *clinicu*, que conserva sua origem anterior do grego *kliniké*, que, por sua vez, nomeava a técnica médica realizada junto ao leito, *kliné*. Entre uma prática e técnica, a clínica era concebida também como uma “arte, da observação ao leito dos doentes.” (FOUCAULT *apud* FOURCROY, 1963, p.78). Foucault faz referência a essa técnica, apontando que, no futuro, “o “leito” do doente se torne campo de investigação e de

discursos científicos”. (FOUCAULT, 1963, p. 14). Enfim: “se exercitar na própria prática, ao leito dos doentes: eis o que ensinará, em vez das vãs fisiologias, a verdadeira ‘arte de curar’”. (FOUCAULT, 1963, p. 79).

Na modernidade, os primeiros inimigos dos clínicos foram os curandeiros e os charlatões, que diziam curar todos os males pela imposição de mãos, invocações aos deuses e outros procedimentos. Quando Freud se interessa pelo campo da psicoterapia, a mesma era compreendida, então, como conjunto de práticas religiosas ou mágicas, de técnicas corporais, etc. Ou seja, estava ligada ao domínio considerado como práticas de charlatanismo na modernidade.

Roudinesco (1989) afirma que, na França,

durante o Segundo Império, começou-se a condenar os charlatões e os médicos que praticavam tratamentos imaginários para doenças incuráveis. Em seguida, na Terceira República, uma nova era pareceu inaugurar-se com o triunfo do positivismo; entretanto, os costumes da população e dos médicos em matéria de tratamento estavam longe de ladear com a ciência contra o obscurantismo. (ROUDINESCO, 1989, p. 35).

Dessa forma, vê-se que, de todo modo, “a clínica não progrediu num movimento igual e unificado, mas que seu movimento foi animado por controvérsias entre escolas”. (BERCHERIE, 1989, p. 23).

Uma vez que o nascimento da clínica médica moderna “se trata essencialmente de um espaço franco-alemão, pelo menos no sentido linguístico, tendo as duas grandes escolas estado em comunicação e oposição constantes (...)” (BERCHERIE, 1989, p. 23), este terreno foi importante para a introdução da psicanálise. A Viena do século XIX estava, por sua vez, plenamente adaptada ao ambiente da modernidade e, por conseguinte, a medicina que formará Freud acompanhará essa rivalidade médica frente às práticas e métodos advindos de raízes místicas. Será exatamente frente a essa atitude médica que Freud, vislumbrando o cumprimento do seu ideal de cura, fará a ela oposição. Para Bercherie, “o desenvolvimento da prática e da teoria psicanalíticas constitui, de maneira incontestável, o começo de uma nova era”. (BERCHERIE, 1989, p. 22).

A nova era pela qual a psicanálise seria responsável por começar foi impulsionada pelo ambiente médico do início da década de 1880, quando neuropsiquiatras direcionaram a atenção para as doenças consideradas menos acessíveis à abordagem anatômica.

Diante deste problema, pontos de vista alternativos se originaram com o intuito de tornar tais doenças compreensíveis. Segundo Olivier Faure (2009), na história da medicina,

sua designação como “moderna” dizia respeito inicialmente aos profissionais que se debruçavam sobre as “doenças malditas, dificilmente curáveis ou pouco prestigiosas, como a loucura”. (FAURE, 2009, p. 25-26).

Frente a esse desafio e enigma, William Cullen, médico escocês, cunhou o termo “neurose” para categorizar essas inexplicáveis síndromes, na segunda metade do século XVIII:

Cullen interpretava a própria vida como uma função potencial dos nervos, e sublinhou a importância do sistema nervoso na etiologia das doenças, inventando a palavra “neurose” para descrever um grupo de doenças nervosas. (VIGARELLO; PORTER, 2009, p. 469).

Fora da possibilidade de terem uma explicação anatômica, essas misteriosas síndromes, as então chamadas neuroses, destacaram-se. Vemos como as neuroses eram precisamente caracterizadas no ponto em que a “soberania do olhar” sobre o corpo anatômico, mencionada por Foucault, encontra-se imprecisa. Cullen as definiria como aquelas “que não dependem de uma afecção tópica dos órgãos, mas de uma afecção mais geral do sistema nervoso”. (MACHADO *apud* CULLEN, p. 7).

Ainda que o contexto no qual Cullen empregou o termo neurose levasse os pesquisadores a considerar a histeria como uma doença do sistema nervoso (CORBIN, 2009, p. 220), foi com o surgimento de uma oposição mais expressiva frente ao método anatomopatológico que o conceito de neurose ganhou uma maior consideração no quadro nosográfico da psiquiatria. Diz Elisabeth Roudinesco:

A esse enigma nenhuma clínica pôde responder, pois sabemos perfeitamente que o exame anatomopatológico não fornece de modo algum a chave da histeria. E, no entanto, era preciso prová-lo: Charcot esgotou-se nisso. (ROUDINESCO, 1989, p. 37).

Foi este psiquiatra, Jean-Martin Charcot, que foi considerado o maior responsável pelo desenvolvimento dos estudos das neuroses como entidades inexplicáveis pela pesquisa anatômica. Embora ressaltando a importância do método anatomopatológico, Charcot reconheceu que o mesmo não pode ser aplicado a um grande número de distúrbios, como por exemplo, à histeria, que, a partir de então, tornou-se seu principal foco de atenção. Segundo Roudinesco (1989), em julho de 1881, quando a neurologia se encaminhava para tornar-se uma disciplina autônoma na França, o Parlamento francês aprovou a criação de uma cadeira de clínica das doenças nervosas na qual Charcot seria o titular:

nessa ocasião, Charcot interessou-se pela histeria e pelo hipnotismo e deu um novo conteúdo ao conceito de neurose, o que acarretou uma primeira polêmica sobre a questão da etiologia das doenças “nervosas”. (ROUDINESCO, 1989, p. 29-30).

Ao final de seus estudos, ainda trabalhando no Hospital Geral de Viena, Freud já planejava sua carreira clínica, assim como já começara a se dedicar à psiquiatria, apesar de ainda manter continuidade com suas pesquisas anatômicas. Para o jovem médico que almejava o cargo de *Privatdozent* no Hospital Geral de Viena, a pesquisa anatômica não lhe significava nenhum avanço e, assim, ele estava cada vez mais debruçado no estudo de doenças nervosas. (GAY, 1989, p. 58-59). Neste momento, “os mistérios da mente humana vinham absorvendo cada vez mais a sua atenção”. (GAY, 1989, p. 58). Guiado por estes mistérios e por sua curiosidade característica, Freud se interessou pelas neuroses, essas incompreensíveis doenças que o discurso científico e a clínica médica não conseguiam decifrar.

Obviamente, Freud estava norteado por Charcot, este nome que brilhava no tratamento das neuroses. Foi deste modo que ele, em 1885, conseguiu sua bolsa de estudos para fazer um estágio no hospital parisiense Salpêtrière, com Charcot. Segundo Peter Gay (1989), ao chegar a Paris, em suas primeiras aulas com aquele célebre médico,

Freud ficou impressionado e assombrado ao ver Charcot induzindo e curando paralisias histéricas através da sugestão hipnótica direta. Ao voltar para Viena, ele aplicou a técnica em seus próprios pacientes, obtendo bons efeitos como também resultados indiferentes. (GAY, 1989, p. 61).

Se, segundo Assoun (1983), “É em Paris, no hospital Salpêtrière, que se opera uma mudança decisiva” (ASSOUN, 1983, p. 132), é porque “o banho clínico tomado no Salpêtrière torna bruscamente abstrato o modelo neuropatológico” para Freud (ASSOUN, 1983, p. 133) e faz com que ele vá “quase totalmente abandonar seus estudos microscópicos para tornar-se um puro clínico”. (ASSOUN, 1983, p. 132). A possibilidade de cura da histeria apresentada por Charcot no Salpêtrière, por meio da sugestão hipnótica direta, dá o impulso necessário ao interesse do jovem Freud pela clínica. Segue a afirmação de Assoun: “Eis a aquisição essencial de sua viagem parisiense: a descoberta da clínica”. (ASSOUN, 1983, p. 132). Verifica-se que, fortemente induzido pelo entusiasmo colhido deste estágio com Charcot, Freud se relacionará com a terapêutica e com a clínica. Naquele momento, a clínica ofereceria a Freud grandes chances de realização de seu *mais um ideal*, o da eficácia terapêutica.

### 3.3 A Pré-Psicanálise e a cura: Freud e seu entusiasmo terapêutico

A partir da leitura dos textos freudianos, pode-se realizar um percurso sobre como Freud problematizou o componente terapêutico e formalizou, durante o desenvolvimento da teoria psicanalítica, algo que resiste à cura.

Trataremos aqui de um exame sobre algumas das chamadas publicações pré-psicanalíticas de Freud<sup>26</sup>, que se situam entre a década de 1880 até meados da década de 1890. A justificativa em cernir este período se justifica pelo fato de este ser anterior à publicação dos primeiros escritos psicanalíticos. Apesar de possuírem, em menor grau, as propriedades características da teoria psicanalítica estrito senso, não recusaremos o valor destes escritos, pois põem em evidência as relações deste primeiro Freud, por assim dizer, com a ambição terapêutica, os entraves e as soluções que nosso autor enfrenta em relação a questões decisivas em torno da cura.

Dentre os textos que foram produzidos por Freud na época referida, o período posterior ao seu regresso de Paris, constam resenhas para periódicos médicos, prefácios de livros de autores que se interessavam pelo campo do tratamento das neuroses e escritos com suas primeiras elaborações e críticas. Dentre tais críticas, vemos o julgamento de Freud sobre a formação médica da época e sua forma de abordar as neuroses (histeria e neurastenia).

Façamos uma ponderação sobre a definição de psicoterapia no período aqui abrangido. Nos textos freudianos, essa definição não diz respeito ao que se reconhece como psicoterapia atualmente. No momento em questão, as diferentes psicoterapias situam-se numa denominação mais comum, que compreende um largo campo composto por várias técnicas e práticas curativas e que, nos textos de Freud, estendem-se desde “tratamentos revigorantes” (FREUD, 1888/1976), passando por diversas técnicas, dentre as quais se situam práticas de repouso, massagem, magnetismo, hidroterapia e eletroterapia. (FREUD, 1888-1892/1976). Enfim, neste momento, a psicoterapia refere-se, portanto, ao domínio das técnicas, meios ou processos práticos que visam à eficácia em relação à eliminação do sintoma.

Em 1887, cativado por aquelas enigmáticas patologias (histeria e neurastenia), Freud se debruçou sobre a investigação das mais recentes descobertas e métodos de tratamento para as mesmas.

---

<sup>26</sup> A denominação aqui mencionada é referente à edição das Obras Completas de Freud, reunidas pela Editora Imago.

Christian Dunker (2008) aponta como a diferença entre método e técnica produz uma confusão teórica constante. Segundo o autor, enquanto a técnica se distingue por reproduzir os meios e obter deles sua eficácia, o método leva em conta os fins que determinada ação propõe. Entre técnicas e método, a constituição da psicanálise se dá, então, no recolhimento do método clínico e também de técnicas psicoterápicas. (DUNKER, 2008).

Poderemos observar que Freud renunciará ao uso da hipnose e da sugestão como técnicas para o surgimento da psicanálise, no entanto, ele não perderá o horizonte da visada terapêutica promovida em uma análise.

Dedicado à busca das mais originais experiências terapêuticas com a neurastenia e a histeria é que Freud irá escrever as resenhas de *Die Behandlung Gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie*.<sup>27</sup>, do especialista em doenças nervosas da Filadélfia, Weir Mitchell, que havia proposto neste livro um método terapêutico “originalíssimo”, segundo relata Freud, e o livro de Averbek, *Die Akute Neurasthenie*.<sup>28</sup>

Nestes escritos, confrontando a orientação médico-científica preponderante, Freud definirá a neurastenia de uma outra maneira: “A neurastenia não é um quadro clínico no sentido dos manuais que se baseiam, com demasiada exclusividade, na anatomia patológica”. (FREUD, 1887/1976, p. 61). A interrogação médico-científica a respeito da neurastenia será conveniente a Freud para criticar a formação médica que tivera:

A insuficiência da chamada formação médica adquirida em nossos hospitais, diante das necessidades dos médicos clínicos, revela-se com maior nitidez, talvez, a partir do exemplo da “neurastenia”. Esse estado patológico do sistema nervoso seguramente pode ser classificado como o mais comum de todas as doenças em nossa sociedade. (FREUD, 1887/1976, p. 61).

Confiante de que o intuito de sua empreitada em defesa de um novo olhar sobre a neurastenia e sua possibilidade de cura guardavam uma importante contribuição científica, Freud reivindica à medicina e à ciência um novo perspectivismo etiológico e terapêutico, dizendo que :

Mereceria a máxima atenção da parte dos médicos que trabalham cientificamente – atenção não menor do que a já demonstrada pelos médicos que trabalham como terapeutas (...). (FREUD, 1887/1976, p. 61).

<sup>27</sup> Algo que, em português, pode ser traduzido por: “O tratamento de algumas formas de neurastenia e de histeria”.

<sup>28</sup> Pode ser traduzido como “A neurastenia aguda”.

Não somente a neurastenia, mas também a histeria, para a qual Freud viu, no Salpêtrière, possibilidade de tratamento via hipnose, ganhava seu interesse. O entusiasmo terapêutico em torno da histeria como entidade nosológica ainda confusa em Viena e as novas técnicas descobertas por Freud começaram a animá-lo.

O texto *Histeria*, de 1888, é um verbete que compõe um dos volumes da enciclopédia de Villaret. Em tal verbete, Freud descreve a histeria, adotando a doutrina de Charcot, ainda que se possa localizar neste escrito um caráter mais independente do então jovem médico. O motor da dúvida freudiana está intimamente relacionado à sua vontade de saber. Na escrita de *Histeria*, Freud já imprimia, pelo fio de sua ambição em conhecer os “assuntos humanos”, a suspeita sobre a origem dos sintomas histéricos:

É realmente duvidoso que as alterações nos genitais realmente constituam, com tanta frequência, fontes de estímulo para os sintomas histéricos. Tais casos devem ser examinados com maior senso crítico. (FREUD, 1888, p. 81).

Entre investigação científica e o sucesso terapêutico, há um saber sobre a histérica que, segundo Cottet (1990), evidencia o desejo de Freud:

(...) a histérica põe em cena, atualiza o desejo de Freud (...) o que dizem os pacientes de Freud não constitui objeto de interpretação, a cura catártica ainda não tem finalidade de revelar um sentido sexual oculto, e sim a de revelar um saber que apenas a histérica detém. (COTTET, 1990, p. 28).

É por sustentar sua descrença no modelo anatomopatológico que Freud já esboça muito mais do que sua dúvida quanto ao rigor metodológico pré-estabelecido pela medicina. Ele já tentava, sim, delinear a conduta terapêutica apropriada para a retirada das “fontes psíquicas” da enfermidade em questão e não mais se debruçar sobre as alterações anatômicas, segundo os princípios e a aspiração da clínica médica. Vemos que o germe edificador da psicanálise já se mostra presente, uma vez que Freud se arrisca, neste momento, na utilização do termo *inconsciente* em sua procura pela terapêutica da histeria via *tratamento direto* apresentado em *Histeria* (1888/1976):

O tratamento direto consiste na remoção das fontes psíquicas que estimulam os sintomas histéricos, e isto se torna compreensível se buscarmos as causas da histeria na vida ideativa inconsciente. (FREUD, 1888/1976, p. 81).

Neste momento, o efeito terapêutico adquirido no tratamento pela hipnose, segundo o próprio Freud, “consiste em dar ao paciente sob hipnose uma sugestão que contém a eliminação do distúrbio em causa”. (FREUD, 1888/1976, p. 81). Esta confluência entre a

investigação freudiana sobre a histeria e o novo método de tratamento que conhecera, e que começa a ganhar seus contornos, é nutrida pela ambição em torno do efeito terapêutico que através dele se pode produzir. Assim, em vista deste empreendimento, temos, neste texto, a menção da fundamental contribuição de Breuer, seu futuro parceiro:

(...) curamos uma paralisia histérica do braço, compelindo o paciente, sob hipnose, a mover o membro paralisado, parte por parte. O efeito até se torna maior se adotarmos um método posto em prática, pela primeira vez, por Joseph Breuer, em Viena, e fizemos o paciente, sob hipnose, remontar à pré-história psíquica da doença, compelindo-o a reconhecer a ocasião psíquica em que se originou o referido distúrbio. (FREUD, 1888/1976, p. 81).

Segundo consta na nota da *Edição Standard Brasileira*, escrita por James Strachey, nessa data (1888/1976) em que o verbete “Histeria” foi publicado, nem mesmo o próprio Breuer (e nem outra pessoa) havia publicado algo sobre seu próprio método. Freud, por sua vez, desde 1885, já tinha a confiança de Breuer, assim como possuía conhecimento de seu método antes de partir para Paris a fim de estagiar com Charcot. Em *Histeria*, Freud, causado pelo sucesso dos efeitos terapêuticos que descobriu via método catártico, demonstra seu ânimo a respeito do recente método de Breuer:

Esse método de tratamento é novo, mas produz curas bem-sucedidas, que, por outros meios, não são alcançadas. É o método mais apropriado para a histeria (...). (FREUD, 1888/1976, p. 81).

Nosso “Docente de Doenças Nervosas”<sup>29</sup> afirmará claramente a potencialidade da eficácia curativa deste tratamento da histeria, defendendo o caráter psíquico de seus efeitos terapêuticos:

Tudo o que modifica a distribuição das excitações no sistema nervoso pode curar os distúrbios histéricos: esses efeitos são, em parte, de natureza física e, em parte, de natureza diretamente psíquica. (FREUD, 1888/1976, p. 81).

Cinco anos mais tarde, afirmará Freud com mais segurança e radicalidade:

afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta. (FREUD, 1893/1976, p. 188).

<sup>29</sup> Em seu retorno a Viena, na primavera de 1886, logo após pedir demissão do Hospital Geral, Freud publica, na edição matutina do vienense *Neue Freie Presse*, um anúncio que divulga suas atividades clínicas: “Her Dr. Freud, Docente de Doenças Nervosas na Universidade, voltou de sua viagem de estudos em Paris e Berlim, e atende a consultas no I, Rathhausstrasse n° 7”. (GAY, 1989, p. 64).

Entre a coragem de uma nova abordagem da histeria, somada a sua vontade de curá-la e a demarcação desta nova razão etiológica, o inconsciente, Freud já nos dá a entender que, na mesma medida, há algo fixo no inconsciente que persevera no tratamento:

De modo geral, não há limite para a curabilidade dos distúrbios histéricos (...) Por outro lado, a evolução dos distúrbios histéricos muitas vezes exige uma espécie de incubação, ou melhor, um período de latência, durante o qual a causa desencadeante continua atuando no inconsciente. (FREUD, 1888/1976, p. 79).

Naquela época, este método, segundo o próprio Freud escreve no prefácio de sua tradução para o alemão de um livro do famoso hipnotizador francês Hippolyte Bernheim: “realmente parece ser o mais adequado para combater determinados distúrbios nervosos e o mais apropriado ao mecanismo dos mesmos”. (FREUD, 1888/1976, p. 97). Foi a fim de aperfeiçoar-se na técnica que Charcot utilizava que Freud se debruçou sobre a obra de Bernheim, esse: “médico que recorria às tradições dos curandeiros”. (ROUDINESCO, 1989, p. 51). Uma vez que, para este médico de Nancy, o que estava em jogo na hipnose era a sugestão, Bernheim, ao contrário de Charcot, sustentava que o estado hipnótico poderia ser provocado em todos, não apenas nas histéricas. Ao demarcar o interesse de Freud em se desprender do uso hipnótico, conforme preconizava Charcot, para recorrer à escola de Nancy, Roudinesco (...) sublinha que Charcot:

não acreditava “realmente” no caráter terapêutico veiculado, na hipnose, pela relação entre o médico e o enfermo; o objetivo de seu procedimento era outro. A Escola de Nancy (...), pouco preocupada em introduzir a histeria no quadro das doenças nervosas ou em combater a ideia de simulação, preocupava-se, antes de mais nada, em cuidar dos doentes. A relação terapêutica tinha um valor de “prova”. (ROUDINESCO, 1989, p. 50).

Tal era o interesse freudiano por essa nova maneira de adquirir resultados terapêuticos que, do título original do livro de Bernheim, em francês *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*<sup>30</sup>, Freud o traduziu como *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*, em português: *A Sugestão e Seus Efeitos Terapêuticos*, conforme informa a tradução das obras completas de Freud em português.

Ao comentar sobre a segunda parte do livro de Bernheim, Freud aponta que, nele, “encontram-se provas convincentes de que o uso da sugestão hipnótica proporciona ao médico um poderoso método terapêutico”. (FREUD, 1888/1976, p. 97). Segundo consta na

<sup>30</sup> “Da sugestão e de suas aplicações à terapêutica”, em português.

nota de James Strachey (1976) sobre os *Estudos Autobiográficos* de Freud, o editor diz que Freud, após contar a respeito de sua visita a Bernheim, em Nancy, no verão de 1889, revelou: “Mantive com ele muitas conversas estimulantes e encarreguei-me de traduzir para o alemão seus dois trabalhos sobre a sugestão e seus efeitos terapêuticos”. (STRACHEY, 1976, p. 96). O interesse de Freud pelo tema e pelo trabalho do hipnotizador francês era tal que o segundo livro de Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, também seria traduzido por Freud futuramente.

Embora esteja constatado o fato de Freud se animar com os “efeitos terapêuticos” promovidos pela sugestão, o hipnotismo naquele momento era recebido de forma desfavorável entre os expoentes da ciência médica alemã. Frente a isso, o *Prefácio à tradução* traz também o caráter denunciador de Freud. Esta atitude que revelara, anteriormente, a posição de Freud face à insuficiência da formação médica, reivindica, em seu *Prefácio*, maior interesse dos médicos frente à hipnose. Nesse viés, Roudinesco (1989) aponta outra diferença entre a orientação de Charcot e a da escola de Nancy: “Para Bernheim, a sugestão comportava o caráter “psicológico” e “relacional” das afecções nervosas; para Charcot, a hipnose era um instrumento”. (ROUDINESCO, 1989, p. 49).

Às voltas com seu ânimo a respeito do método sugestivo, Freud expõe algo de seu desejo no *Prefácio à tradução*, de *La Suggestion*, que, poucos anos depois, como veremos mais adiante, vai lhe servir para se afastar do método a que, naquela ocasião, prestara elogios:

é válido expressar o desejo de que os médicos alemães venham a dirigir sua atenção para esse problema e para esse método terapêutico, pois continua sendo verdade que, em matéria científica, é sempre a experiência, e nunca a autoridade sem a experiência, que dá o veredicto final, seja a favor, seja contra. (FREUD, 1888/1976, p. 97).

Veremos que boa parte dos esforços de Freud são firmemente empreendidos nas décadas de 1880 e 1890, num “movimento que procura introduzir o tratamento sugestivo no estoque terapêutico da medicina”. (FREUD, 1889b/1976, p. 113).

Por volta de um ano depois do *Prefácio à tradução*, de *La Suggestion*, já em 1889, a atitude de Freud em defesa do novo método terapêutico se tornaria ainda mais veemente. Sua disposição em advogar a favor da adoção da hipnose é clara na resenha que escreveu sobre o livro de August Forel, *Hipnotismo*, na qual, entre defesas e ataques a opositores e comparsas, Freud exalta a “abundância de relatos de cura pela hipnose”. (FREUD, 1889b/1976, p. 112). Forel, que fizera altas recomendações ao livro de Bernheim traduzido por Freud, era uma importante autoridade no estudo das doenças mentais na Suíça e diretor da Burghölzli, famosa

instituição psiquiátrica daquele país. Freud, assegurando a seus leitores a credibilidade hipnótica, prestaria um caloroso tributo em sua resenha ao “Prof. Forel”, este homem que estaria “entre os homens cuja defesa da hipnose pode tranquilizá-los quanto à suposta ilegitimidade e desmerecimento desse método de tratamento”. (FREUD, 1889b/1976, p. 115).

Nesta resenha, Freud confirma a eficácia deste tratamento que, assim como na terapêutica via tratamento farmacológico, faz uma clínica do sujeito enfermo, concebendo-o como aquele que ocupa um lugar passivo, ou seja, dominado pela atuação direta do médico, característica nuclear das terapias sugestivas, sobretudo via hipnose, a que Freud é fervoroso defensor naquele momento: “(...) não temos por que recear que os perigos da terapia hipnótica se situem no ato de hipnotizar. Comunicar uma sugestão seria o fator prejudicial? Isto é impossível”. (FREUD, 1889b/1976, p. 113). A comunicação na sugestão hipnótica direta tem no sintoma o alvo de sua tarefa, uma vez que o terapeuta informa claramente ao paciente algo que elimine o agente daquele distúrbio. A confiança freudiana no método sugestivo faz com que a sugestão seja tratada como um medicamento que produz alívio garantido àqueles que são por ele tratados. Se na resenha de *Hipnotismo* Freud assegura fortemente ao seu leitor a garantia de cura pelo uso da hipnose, sua crença nesta terapêutica o leva a protestar contra os médicos que se mostram céticos a ela como meio de tratamento:

Realmente, há numerosos adversários da hipnose que formaram seu julgamento de um modo mais apressado. Não puseram à prova o novo método terapêutico e não o empregaram imparcial e cuidadosamente, como se procederia, por exemplo, com uma droga recentemente recomendada. (FREUD, 1889b/1976, p. 112).

Colocar à prova o “novo método” significa, ao jovem neurologista de Viena, reconhecer seus resultados curativos. Freud iria alegar contra os rivais daquele novo método que seus adversários não teriam razões suficientes para se oporem a ele. Tal aposta em recomendá-lo e todo o empenho de Freud em combater aqueles que se opunham à hipnose estariam então justificados no valor dos efeitos terapêuticos gerados por ela e que deveriam ser reconhecidos:

(...) rejeitaram a hipnose *a priori*, e agora a ausência de conhecimentos dos valiosos efeitos terapêuticos desse método não os autoriza, seja qual for o seu fundamento, a manifestar tão cáusticas e injustificadas expressões de antipatia à hipnose. (FREUD, 1889b/1976, p. 112).

Os encontros, as descobertas, o aprendizado, a parceria e a admiração do jovem Freud por personagens como Charcot, Breuer, Forel e Bernheim tiveram importante papel no

fortalecimento da ânsia de cura do jovem médico. A relação de Freud com esses homens, médicos que, com seus trabalhos, eram elevados a um alto grau em sua época, exerceu essencial impulso em sua coragem para investir seus esforços na cura da histeria por meio da sugestão com a hipnose. Em sua formalização sobre a ação sugestiva, Freud assinala que a sugestão opera uma vez que o médico sugere ao paciente, diante do sintoma escolhido, a sua remoção. É exercendo sua “favorável influência” sobre o paciente que o efeito terapêutico se produz. Ainda em sua resenha de *Hipnotismo*, de August Forel, Freud se resguardará a fim de defender a sugestão, nas palavras de um de seus mestres, H. Bernheim:

O próprio Bernheim deu a essa acusação uma resposta irrefutável, nos últimos parágrafos de seu livro. Assinala que a sugestão atua da mesma forma que qualquer outro agente terapêutico que temos à nossa disposição; isto é, uma sugestão escolhe, dentre um complexo de fenômenos patológicos, um ou outro sintoma importante cuja remoção exercerá a influência mais favorável na evolução de todo o processo. (FREUD, 1889b/1976, p. 119).

Embora esteja clara toda sua certeza na cura, dirá Freud: “(...) não me arrisco a empreender certas curas de um tipo que testemunhei junto a Liébeault e Bernheim, em Nancy”. (FREUD, 1889b/1976, p. 119). A tão distinta suspeita de Freud sobre suas experiências, característica fundamental da ânsia de conhecimento que já o acompanhava desde a juventude, prossegue, fazendo-se presente e marcando o início de sua prática. Ao esclarecer o funcionamento do mecanismo da cura, explica: “Quando essa ideia é eliminada ou essa lembrança é enfraquecida – que é o que a sugestão realiza –, também o distúrbio geralmente é superado”. Ainda que estivesse em meio ao furor de suas descobertas curativas, Freud dá espaço para sua desconfiança ressurgir no centro de seu entusiasmo pela cura: “É verdade que isso não significa que a histeria esteja curada”, já que, mesmo nessas condições, “ela provocará sintomas parecidos”. (FREUD, 1889b/1976, p. 120).

Sendo notório que o valor terapêutico para o Freud do período pré-psicanalítico adquiria uma relevância crescente, ele se mostra confiante sobre os resultados da hipnose, querendo deixar seguros médicos e pacientes pelo testemunho de suas curas:

A rememoração de tantas outras curas realizadas pela hipnose conferirá à sua conduta para com seus pacientes uma certeza que não deixará de despertar, também nestes, a expectativa de mais um êxito terapêutico. (FREUD, 1891/1976, p. 125).

Ao mesmo tempo, Freud se tornará cada vez mais cauteloso sobre o empenho que este promissor método exigiria e, mais adiante, sobre seus resultados terapêuticos.

A interlocução de Freud, ao longo de mais de dez anos, com aqueles que eram “mestres” na aplicação curativa da hipnose e o conhecimento obtido na aplicação hipnótica

com as histéricas o levam, em 1891, a fazer uma contribuição para o dicionário médico *Therapeutisches Lexikon*<sup>31</sup>, escrevendo sobre a hipnose. Acerca deste método, cuja possibilidade terapêutica tem para Freud interesse capital, ele orientará aos colegas interessados: “Um médico que deseja hipnotizar deve tê-lo aprendido com um mestre nessa arte e, mesmo depois disso, deverá ter tido bastante experiência própria, a fim de obter êxitos”. (FREUD, 1891/1976, p. 125).

Em *Hipnose* (1891/1976), Freud se coloca como guia para o médico que deseja servir-se da técnica, orientando acerca das condições necessárias para “praticar a hipnose com fins terapêuticos”. Neste texto, vê-se, claramente, mais do que o entusiasmo do autor, pois não é apenas em torno dos felizes resultados que o método pode fornecer que Freud se detém.

Pouco a pouco, vemos que a preocupação com os efeitos do método levará Freud a apontar menos para a convicção da eliminação dos sintomas neuróticos, mas dando acento ao caráter particular dessas doenças, as neuroses, que lhe solicitam uma investigação de perspectiva cada vez menos anatômica e mais diferencial. Em virtude das indicações para a aplicação da hipnose, isso será assinalado. Didaticamente, pergunta Freud em *Hipnose*: “Contra que doenças podemos usar a hipnose?”. Neste dicionário médico, Freud orienta para suas indicações possíveis:

Nesse sentido, as indicações são mais difíceis do que no caso de outros métodos de tratamento, pois a reação individual à terapia hipnótica desempenha um papel quase tão grande como a própria natureza da doença a ser combatida. Em geral, evitaremos aplicar o tratamento hipnótico em sintomas que tenham origem orgânica; empregaremos esse método apenas em casos de doenças nervosas puramente funcionais, em doenças de origem psíquica (...). (FREUD, 1891/1976, p. 126).

Essa “natureza da doença a ser combatida” dividirá a atenção de Freud durante as próximas décadas frente às chances de eliminá-la.

Na ocasião do texto em questão, a sugestão, que carrega a eliminação do mal, tem interesse maior do que a efetivação do estado hipnótico necessário ao método. Se, em 1889, Freud definia o método, dando à indução do estado hipnótico o primeiro passo, já em *Hipnose* (1891/1976), ele fará jus aos ensinamentos de Bernheim a respeito da importância da ação sugestiva em jogo. Neste momento, portanto, Freud elabora seu afastamento da intenção pela execução do estado puramente sonambúlico do paciente. Este estado já não tem, aos seus olhos, tanta aderência à particularidade daquelas doenças. Segundo ele: “A profundidade de uma hipnose não está invariavelmente em proporção direta a seu sucesso. Podemos produzir

---

<sup>31</sup> Na tradução para o português, trata-se de algo como uma Enciclopédia sobre Terapêutica ou um Dicionário de Terapêutica.

as maiores modificações nas hipnoses mais leves e, ao contrário, podemos fracassar num caso que atinja o estado de sonambulismo”. (FREUD, 1891/1976, p. 132). O grau profundo de hipnose que interessa à eficácia do método perde seu valor, surgindo assim a constatação freudiana de que a questão em torno da cura daquelas doenças cuja natureza era peculiar estaria ligada à posição do terapeuta na sugestão:

estariamos cometendo um erro se procurássemos restringir a veiculação de sugestões aos casos em que o paciente se torna sonambúlico ou entra em um grau profundo de hipnose. Em casos assim, que, na realidade, só têm a *aparência* de hipnose, podemos conseguir os mais surpreendentes resultados terapêuticos, que, por outro lado, não são obtidos com a “sugestão de vigília”. Portanto, também nesse caso, o que temos diante de nós é, ainda assim, certamente hipnose – cujo único objetivo, afinal, é o efeito que nela se produz pela sugestão. (FREUD, 1891/1976, p. 130).

Mesmo se autorizando claramente em dar lições terapêuticas à comunidade médica, frente a esse mesmo texto, Freud já parece decompor o que antes era puro entusiasmo, conseguindo apresentar ao leitor ocasiões de ineficiência da hipnose. O reconhecimento da ineficácia hipnótica chega a ser declarado neste texto: “se, depois de tentativas repetidas (de três a seis), não houver qualquer indício de êxito, (...) desistiremos da experiência”. (FREUD, 1891/1976, p. 130).

Embora sublinhe na sugestão o posicionamento ativo e otimista do médico na cura, em alguma medida, Freud poderá afirmar um “contraste entre o matiz deliberadamente otimista das sugestões e a melancólica verdade dos efeitos”. (FREUD, 1891/1976, p. 132). Nesta afirmação, uma mudança frente a seu entusiasmo pela cura já se mostra clara, pois o otimismo decidido de Freud se opõe consideravelmente diante de uma verdade que confronta os efeitos terapêuticos. As técnicas a que Freud se debruçou durante esses anos foram ocasionadas pelo emprego terapêutico e sofrerão rapidamente um franco declínio no desenvolvimento da clínica e da teoria psicanalíticas.

Essa “verdade dos efeitos” do método hipnótico sugestivo emerge aos olhos de Freud, instigando seu desejo de saber. Mais uma vez, ele faz, de sua curiosidade, investigação. Em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, de 1892-1893, Freud “revela um entendimento radicalmente distinto do fenômeno histérico e do processo curativo”. (KUPERMANN 1997, p. 98).

Neste texto, ele relata um caso em que, mesmo aplicando a sugestão hipnótica seguidamente, os sintomas retornaram. Foi partindo do que Freud extraiu do modo particular como aquela mulher levava seu sofrimento que “foi possível individualizar o mecanismo psíquico básico do distúrbio”. (FREUD, 1893/1976, p.137).

Segundo Kupermann (1997), a partir da experiência relatada neste texto, “É ensaiada, então, uma tentativa de compreensão do mecanismo psíquico dos sintomas histéricos a partir da hipnose da ‘contravontade’ histérica”. (KUPERMANN, 1997, p. 98). Neste momento, ainda sem elaborar conceitualmente o Inconsciente, Freud acreditava que a neurose causava uma “fraqueza da vontade”, assim, na histeria, a dissociação degenerativa da consciência era marca de uma “contravontade” que atuava de modo independente em relação à consciência da paciente histérica. Tratava-se de:

um comportamento oposto ao que se enuncia querer, não consciente, atuando principalmente no/pelo corpo da histérica. Cabe então ao médico o reforço da vontade através da sugestão hipnótica, vencendo assim os efeitos da contravontade. (KUPERMANN, 1997, p. 99).

Tem-se aqui que “a força de vontade é sempre egoica e moldada socialmente e moralmente”. (KUPERMANN, 1997, p. 99). Mas haveria algo que ultrapassava a vontade consciente e que, na repetição manifestada insistentemente no sofrimento histérico, começaria a abalar a garantia do êxito terapêutico para Freud. Ao constatá-lo é que isso se fez motor para a investigação freudiana. Nos textos que Freud escreverá dentro dos próximos anos, nós o veremos diluir suas elaborações em torno da força de vontade na cura de suas pacientes, que perderão o interesse. Em contrapartida, assiste-se a um Freud cada vez mais engajado em investigar o que está em jogo na vontade incurável dessa forças.

Vê-se isso no *Esboço para Comunicação Preliminar de 1893*, de Freud, escrito no final de 1892, em preparação para a *Comunicação Preliminar*, quando Freud tentou definir o trauma psíquico como uma representação carregada de intensidade no psiquismo. Tal poderosa e enigmática intensidade é obrigada a descarregar suas tensões, causando o sofrimento histérico:

A vida sexual é especialmente apropriada para proporcionar o conteúdo [de tais traumas], devido ao contraste muito grande que representa para o restante da personalidade e por ser impossível reagir a suas ideias. (FREUD, 1892/1976, p. 170).

A oscilação frente à certeza do sucesso terapêutico é manifestada também na parceria com Josef Breuer, este homem cuja participação fora decisiva para a formação da psicanálise e que Freud conheceu por intermédio de Ernest Brücke. Antes mesmo de seu estágio com Charcot, Freud já via em Breuer um parceiro na investigação sobre um novo tratamento da histeria. Anna O., paciente de Breuer, que durante um tratamento ficara imersa em um estado,

por assim dizer, auto-hipnótico, apresentou a correlação entre sintoma e lembrança, oferecendo a Breuer a novidade de que, a partir desta relação, o sintoma desaparecia. A experiência original apresentada por Anna O. teve para Freud um grande significado em suas investigações clínicas e faria com que ambos, Freud e Breuer, publicassem conjuntamente a *Comunicação Preliminar* em 1893 e, em 1895, dois anos adiante, os *Estudos sobre Histeria*.

Em *Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Históricas*, texto conhecido como *Comunicação Preliminar* de 1893, o primeiro da autoria de Freud em parceria com Breuer, “tem-se uma inovação freudiana, traduzida na relação entre o sintoma histérico e uma lembrança”. (BERNARDES, 2003, p. 17). Neste texto, o que se esboça sobre o sofrimento histérico e sua possibilidade de cura pode ser sintetizado conforme o faz Kupermann:

O que faz sofrer é a reminiscência, ou seja, lembrar dói – essa é a fórmula do sofrimento nesse momento. A cura consiste em provocar, sob hipnose, a lembrança acompanhada da reação emocional adequada, fechando assim a ferida (trauma). (KUPERMANN, 1997, p. 100).

O célebre enunciado de que “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (FREUD, 1893/1976, p. 45) confere a Freud a possibilidade de conceber que o tratamento das neuroses compreende algo a mais do que um simples procedimento de cura. Estando a reminiscência diretamente relacionada com o sofrimento, vê-se arraigada aqui, para Freud, a relação entre tratamento e investigação:

A lembrança despertada sobre hipnose vinha, porém, acompanhada de uma intensa descarga afetiva, a ab-reação. É isso que faz com que se considere este o nascimento do método psicanalítico propriamente dito, ainda que de forma rudimentar: coincidência entre investigação e terapêutica. (KUPERMANN, 1997, p. 100).

Levando seu desejo de saber adiante, Freud estará determinado em tentar revelar, nos fenômenos neuróticos, o que é mais essencial. De modo bem oposto a toda década de 1880, a segunda metade da década de 1890 modificará acentuadamente a posição de Freud frente ao tratamento das neuroses, sobretudo da histeria. Ao se debruçar sobre a etiologia sexual da histeria, Freud se afasta da expectativa conferida ao método hipnótico: “Logo, Freud percebeu que era possível trazer as lembranças à mente do paciente sem hipnotizá-lo e, além disso, a hipnose não trabalha com a resistência, causa do fracasso de alguns tratamentos”. (DUNKER; PERON, 2002, p. 85).

Segundo Cottet: “O abandono da hipnose, em 1896, consecutivo à descoberta da resistência, levou Freud a superar a ideologia do segredo e da confissão, muitas vezes extorquida com violência”. (COTTET, 1990, p. 31). As decisões sobre o abandono do método hipnótico irão, cada vez mais, abrir o caminho da investigação freudiana em torno do sofrimento neurótico. “Além disso”, afirma Peron (2004) sobre este abandono, a hipnose

trazia o inconveniente de não trabalhar com as resistências do paciente ao suprimi-las temporariamente, e ele já havia verificado que a defesa aponta para onde está a causa do adoecimento, ocupando um papel extremamente importante na terapêutica. Para curar, era preciso vencer a defesa que impedia a rememoração das causas do adoecimento. (PERON, 2004, p. 38).

Cottet (1990) sublinha que “o que Freud chama de resistência não é outra coisa senão a medida de sua decepção” (COTTET, 1990, p. 24), pois a limitação na busca pela veracidade histórica diz respeito à “proximidade de seu desejo, ou, em outras palavras, sua paixão pela verdade”. (COTTET, 1990, p. 24).

Deste modo, incluindo a resistência no entendimento das causas do adoecimento, “Freud encontrava a origem dos sintomas. O sintoma histórico é, nesse momento, visto como a expressão enigmática do conflito psíquico”. (DUNKER; PERON, 2002, p. 85).

Em linhas gerais, pode-se afirmar que foi curto o uso da hipnose e da sugestão por parte de Freud, assim como seu entusiasmo pelas mesmas. Seria no fracasso da hipnose e da sugestão, assim como em seu insucesso terapêutico, que surgirá a psicanálise. Por outro lado, ainda que Freud funde a psicanálise neste fracasso, seus efeitos terapêuticos não serão recusados.

Os *Estudos sobre Histeria*, de 1895, a grande obra do período pré-psicanalítico, durante a parceria de Freud com Breuer, seguirão este espírito de investigação sobre a hipótese sexual do sofrimento neurótico, já que Freud toma para si, cada vez mais, essa perspectiva diferencial em relação às neuroses.

Tal como nos demonstra a leitura dos *Estudos sobre Histeria*, a trama de cada paciente exige de Freud um olhar diferenciado sobre seu arcabouço clínico e suas próprias elaborações teóricas. Se ele fora inicialmente conduzido em sua formação clínica pela tradição da clínica médica moderna, irá, aos poucos, deslocar-se frente a ela, tanto no que diz respeito ao seu próprio olhar sobre o sofrimento do paciente, quanto modificando o lugar deste na abordagem clínica. Peron (2004) afirma que, neste texto, são descritos caminhos terapêuticos diversos para essa transformação subjetiva que possibilita o tratamento das pacientes.

Em contraponto à concretude e fixidez da semiologia médica moderna, o estatuto clínico do paciente ganha nitidamente para o Freud do fim do século XIX o lugar de sujeito a que se deve ouvir em sua singularidade a partir de sua narrativa particular. A experiência registrada em *Estudos sobre Histeria*, em 1895, provoca mudanças que promoverão terreno fértil para a criação da psicanálise:

a partir de 1895, com mais clareza, Freud deixa de limitar o processo terapêutico à rememoração: a cura passa, também, a envolver o pensar aquilo que não pôde ser pensado, o recalcado, ligado ao sexual. Trata-se de pensar aquilo que nem mesmo chegou à consciência. Freud parece, temporariamente, contornar o problema da resistência que, no entanto, persistirá em seus casos clínicos e acabará por fazê-lo perceber a importância da elaboração para a aceitação de conteúdos recalçados. (PERON, 2004, p. 42).

Trata-se de questões decisivas que permitem a Freud uma nova visibilidade a respeito das finalidades do tratamento psicanalítico que o distanciam daquela jovem sedução e fascínio pelos efeitos terapêuticos.

No que tange ao teor terapêutico desse período, pode-se ler, na afirmação de Dunker e Perón (2002), que, “até 1897, a cura é o resultado da busca de um fato real que produziu o trauma, pela via da recordação. (...) Aqui a preocupação central está nos afetos, na sua abreação, bem como nas lembranças e na sexualidade rejeitada envolvida no trauma”. (DUNKER; PERON, 2002, p. 85).

Apesar disso, num apanhado sobre estes textos pré-psicanalíticos, vemos que o entusiasmo freudiano pela terapêutica foi, pouco a pouco, apagando-se e, ainda cedo, Freud reconhece alguns limites de sua abordagem, como por exemplo,

o subjugamento do inconsciente não pode ser completo e a oposição entre ego e conteúdos sexuais infantis é perene. (...) o ego aqui já apresenta alguns sinais de que não é completamente aliado do tratamento. (DUNKER; PERON, 2002, p. 86).

Aquele romantismo freudiano anterior o havia feito criar para si mesmo o ideal fixo de afastar dos pacientes suas dores. Não cedendo a sua intenção, Freud procurou extrair das técnicas que poderiam lhe garantir cumprir com sua meta, o alívio daquela ainda indeterminada entidade nosológica, as neuroses. No entanto, tudo o que se vai depositando sobre o fundo da experiência clínica de Freud com as histéricas assumirá, para ele, um estatuto importante a respeito dos limites da curabilidade.

Contrariamente aos emaranhados de seus jovens devaneios com “um grande hospital e muito dinheiro para diminuir alguns dos males que acometem nossos corpos ou para removê-

los do mundo”, Freud encontrará precisamente no corpo – das histéricas – o índice de algo impossível de se remover. Dito isso, o advento da psicanálise compreende diversas transformações sobre o domínio da ciência médica daquela época, mas implica fundamentalmente uma posição frente à expectativa terapêutica da prática psicanalítica.

A aquisição de uma verdade sobre o entendimento das forças constitutivas do sofrimento neurótico custaria a Freud, desde o começo, um preço considerável: a impossibilidade de cura.

Ao seu confidente amigo Fliess, Freud não ocultou a inquietação de um possível desamparo diante da incurabilidade da histeria. Desiludido, relatou ao amigo um sonho que desdobra no receio de se ver fracassado diante da incurabilidade histérica. Aflito frente a este “sonho impossível” que insiste em enfrentar, Freud exprime a Fliess, no relato em questão, seu julgamento: “Todo o sonho estava repleto das mais mortificantes alusões a minha atual impotência como terapeuta. Talvez seja disso que deriva a tendência a acreditar que a histeria é curável”. (FREUD, 1899/1976, p. 283).

### 3.4 A psicanálise: especificidades, recomendações

Vimos que, a partir de *A interpretação dos sonhos*, Freud problematizou as noções de desejo e inconsciente, elementos que não seriam apagáveis por meio da cura. No transcorrer das décadas, ele irá elaborar outras noções nutridas deste mesmo caráter, conforme veremos a seguir. Isto é, com o advento da psicanálise, a significação da eficácia terapêutica para Freud recebe, então, grau menor no relevo de seus textos, sobretudo a partir da década de 1910, com seus *Artigos sobre técnica* (1911-1915/1976).

Anteriormente, em *Sobre Psicoterapia*, de 1904, Freud havia circunscrito o terreno próprio de sua “terapia analítica” no campo das psicoterapias, opondo a psicanálise à hipnose e à sugestão, e dotando-a de um caráter investigativo em lugar de uma simples terapêutica:

A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica (...). Por esse caminho de investigação é que ela faz avançar tão significativamente nossos conhecimentos. (FREUD, 1904/1976, p.271).

Do mesmo modo, percebe-se que, rigorosamente, não há em Freud uma aversão à capacidade curativa e terapêutica da psicanálise, pois a mesma “Tampouco é aplicável às pessoas que não sejam levadas à terapia por seu próprio sofrimento”. (FREUD, 1904/1976, p.274).

À luz da distinção feita por Dunker (2009,2010), tem-se uma distinção ética, interna à psicanálise, entre mal-estar, sofrimento e sintoma, concebendo o sofrimento como categoria moral, contendo uma história e que forma vínculos que unem ou separam pessoas (DUNKER, 2009), ou seja, uma precariedade moral de circunstâncias cujo tratamento implica o progresso das relações de reconhecimento. (DUNKER, 2010). Pode-se entender, com a psicanálise, que o sofrimento que move as pessoas ao tratamento diz respeito a uma precariedade produtora de vínculos nos quais o sujeito neurótico é reconhecido. Assim, na Conferência XXIV (1916-1917/1976), sobre o que Freud intitula “O estado neurótico comum”, ele adverte que, frente à miséria neurótica no mundo, não é função do analista “ser um fanático defensor da saúde”. (FREUD, 1916-1917/1976). Pouco depois, em 1918, Freud reafirmará que as atividades terapêuticas dos psicanalistas não têm um alcance muito vasto diante dessa miséria neurótica. (FREUD, 1918/1976).

Se, em 1904, Freud pôde “asseverar que o método analítico de psicoterapia é o mais penetrante, o que chega mais longe, aquele pelo qual se consegue a transformação mais ampla do doente” (FREUD, 1904/1976, p.270), mais tarde, em 1912, quando a psicanálise ganhara maior relevância no meio médico, tem-se um Freud cauteloso quanto às orientações àqueles que a praticam e delineando suas *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912/1976):

o sentimento mais perigoso para um psicanalista é a ambição terapêutica de alcançar, mediante este método novo e muito discutido, algo que produza efeito convincente sobre outras pessoas. (FREUD, 1912/1976, p.153).

Essa ambição terapêutica, ou o *furor sanandi* (FREUD, 1915/1976), como Freud irá nomeá-lo, torna o analista “impotente contra certas resistências do paciente”. (FREUD, 1912/1976, p.153).

É importante lembrar que a investigação freudiana, que faz avançar tão significativamente a psicanálise, depara-se - de forma longitudinal na obra - com a gênese dos sintomas, que traz uma trama de elementos delineadores de um núcleo que se opõe à cura durante o tratamento. No decorrer da teorização de Freud, este núcleo se constitui através de

descobertas e torções teóricas que rearranjam a conceitualização desses elementos, entre os quais figuram resistência, compulsão à repetição e pulsão de morte.

Sem poder abordar aqui, de modo mais detido, todas as implicações de cada um desses conceitos e seus enfoques específicos, constata-se que, apesar de a força motivadora primária ser “o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina” (FREUD, 1913/1976, p.186), em contrapartida à expectativa de eficácia terapêutica, a resistência passa a ter interesse central para Freud. Em *Sobre o Início do Tratamento* (1913/1976), Freud repudia qualquer conduta que levasse a dar aos pacientes soluções aos seus sintomas. Segundo ele, quanto mais eficaz for, “mais violenta será a resistência. Via de regra, o efeito terapêutico será nenhum, mas o desencorajamento do paciente quanto à análise será definitivo”. (FREUD, 1913/1976, p.183).

Em suma, trata-se de impasses com os quais Freud é defrontado, e que, ao invés de torná-lo condenado à frustração da cura, fazem-no engajar-se em sua ambição de saber, a qual lhe exercerá, a partir de então, fascínio similar àquele que teve sobre a expectativa de cura de seus pacientes.

Em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914/1976), Freud destaca, de modo articulado, a noção de resistência, relacionando-a à presença da compulsão à repetição como própria ao tratamento analítico. (FREUD, 1914/1976, p.166). Em suma, um tratamento analítico “não pode fugir a esta compulsão à repetição”. (FREUD, 1914/1976, p.197). Neste texto, Freud reafirma seu interesse sobre este elemento que insiste no tratamento: “O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência”. (FREUD, 1914/1976, p.197).

Para tal, Freud orienta: “Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência (...), para *elaborá-la*, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico”. (FREUD, 1914/1976, p.202). Segundo Freud, neste momento, a elaboração exhibe o que há de mais fundamental e distinto no tratamento analítico:

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. (FREUD, 1914/1976, p.202-203).

Sobre a elaboração, forma como foi traduzido do alemão o verbo *durcharbeiten*, Angêla Bernardes (2003) acentua que o sentido corrente deste verbo “é trabalhar sem parar, trabalhar com esforço físico ou intelectual, trabalhar sem qualquer coisa a fundo, até o fim, de um lado a outro, examinar a fundo”. (BERNARDES, 2003, p.38).

O que pode ser revelado na elaboração (*Durcharbeitung*) recebe outra tonalidade frente ao que, outrora, foi manifestado pelo jovem Freud sobre a eficácia dos métodos terapêuticos nos quais ele se engajou.

A orientação em detrimento da *Durcharbeitung* leva a operar, no percurso do tratamento, uma grande variação no tocante a sua finalidade. A *Durcharbeitung* se mostra aqui como uma formulação original acerca do que está em jogo no tratamento analítico em contraponto à pura finalidade de obter efeitos terapêuticos por ela produzidos.

Se, em 1914, a elaboração das resistências se devia à presença da compulsão à repetição no tratamento, em 1920, em *Além do Princípio do Prazer* (1920/1976), assiste-se ao surgimento do conceito de pulsão de morte. Neste texto, a pulsão de morte designa a repetição governada pelo teor pulsional e ultrapassando os limites do trabalho analítico, ou seja, trata-se do fato de “que existe realmente (...) uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer”. (1920/1976, p.33).

Por oposição à anterior inspiração de Freud pela possibilidade de cura das moléstias neuróticas, foi possível a ele distinguir obstáculos difíceis de domar. Enfim, todos esses marcos teórico-clínicos, criadores das especificidades teóricas e práticas da experiência psicanalítica, apontam para os limites da expectativa terapêutica no tratamento psicanalítico.

Daí, veremos que a entrada no dispositivo analítico produz uma posição subjetiva nova, pois, “Ao contrário da passividade do sujeito submetido à ação do médico – nas diferentes terapias sugestivas ou no tratamento farmacológico –, o método inventado por Freud demanda um engajamento de trabalho por parte do paciente”. (BERNARDES, 2003, p.33).

Ainda na década de 1920, precisamente em 1926, Freud testemunhará claramente que a psicanálise não coloca o sujeito de modo passivo e submetido à ação do médico. Ao abordar *A Questão da Análise Leiga* (1926/1976), ele admite que o elemento constitutivo da diferença da psicanálise e de sua condição como uma prática singular se deve à sua convicção em recusar o compromisso com sua formação médica, aqui entendido como o anseio de ajudar a humanidade sofredora:

Após quarenta e um anos de atividade médica, o autoconhecimento me diz que nunca fui realmente médico no sentido adequado. Tornei-me médico por ter sido compelido a desviar-me do meu propósito original; e o triunfo da minha vida está em eu haver, após uma viagem longa e indireta, encontrado meu caminho de volta à minha senda mais antiga. Não tenho conhecimento algum de haver tido qualquer anseio, na minha primeira infância, de ajudar a humanidade sofredora. Minha disposição sádica inata não foi muito forte, de modo que não tive qualquer necessidade de desenvolver essa disposição dos seus derivados. Nem jamais

‘brinquei de médico’; minha curiosidade infantil evidentemente escolheu outros caminhos. Em minha juventude senti uma necessidade absorvente de compreender algo dos enigmas do mundo em que vivemos e talvez mesmo de contribuir com alguma coisa para a solução dos mesmos. O meio mais esperançoso de alcançar esse fim pareceu ser matricular-me na faculdade de medicina (...). Naquela ocasião já havia sido aprovado em todos os meus exames médicos, mas não adquiri qualquer interesse por coisa alguma que tivesse a ver com a medicina (...). Quase não penso, contudo, que a minha falta de autêntico temperamento médico tenha causado grande dano aos meus pacientes, pois não é muito vantajoso para os pacientes se o interesse terapêutico do seu médico tiver uma ênfase emocional muito marcante. (FREUD, 1926/ 1976, p.287-288).

Ao ponderarmos em torno da terapêutica, a citação acima amarra os principais enfrentamentos que foram se depositando sobre o fundo da trajetória de Freud e que se aliam na constituição da psicanálise: o rompimento com sua formação estritamente médica, o triunfo de seu desejo de saber e a recomendação sobre o *furor sanandi*.

A certeza de sua sentença sobre esse núcleo avesso à cura ganha, em 1929-1930, uma reedição. Em *O mal-estar na civilização* (1929/1976), Freud dá a essa figura, o *mal-estar* (*Unbehagen*), um status de condição humana, expressa pelo conflito irremediável entre, de um lado, as exigências da pulsão e, de outro, as restrições impostas pela civilização. Essa tensão permanente, o *mal-estar*, caracteriza o processo civilizatório e não é admitida por Freud como algo tratável. Ao contrário, o *mal-estar* indica o que há de incurável na experiência humana, isto é, “este conflito é irreconciliável”. (FREUD, 1929/1976, p.117). Dirá Freud: “Nada tenho a sugerir que possa exercer influência decisiva na solução desse problema”. (FREUD, 1929/1976, p.83).

Se os escritos freudianos encerram a década de 1920, apresentando como saldo o *mal-estar*, atribuído à pulsão de morte, como um conflito sem remédio, sem tratamento e incurável, na década de 1930, Freud avaliará qual o alcance terapêutico da psicanálise frente a esses impasses.

Apesar de toda recomendação freudiana ao considerar o *furor sanandi* ser, com frequência, relegado a um benefício adicional do tratamento analítico, as qualidades terapêuticas da psicanálise serão avaliadas, se assim podemos dizer, até o fim da vida de Freud. Sob esse aspecto, *Análise terminável e interminável*, de 1937, é um texto que apresenta uma avaliação franca sobre a eficácia terapêutica da psicanálise.

A nota de James Strachey (1976) sobre este texto na *Edição Standard Brasileira* já previne o leitor:

O artigo, como um todo, dá impressão de pessimismo quanto à eficácia terapêutica da psicanálise. As limitações desta são constantemente acentuadas, e insiste-se nas dificuldades do procedimento e nos obstáculos que se interpõem em seu caminho.

Na verdade, essas limitações constituem seu tema principal. (STRACHEY, 1976, p.242).

No entanto, afirma o próprio editor: “Na realidade, contudo, nada há de revolucionário nisso. Freud sempre esteve bem ciente das barreiras ao sucesso da análise e sempre se mostrou pronto a investigá-las”. (STRACHEY, 1976, p.242).

Percebe-se que aqueles ideais do adolescente Sigmund, que enraizaram seu entusiasmo terapêutico no período pré-psicanalítico, modificaram-se, e a inquietação de seu desejo de saber levou-o, ao fim de sua vida, a ponderar sobre os efeitos terapêuticos. Para Strachey (1976), Freud “esteve ávido por dirigir a atenção para a importância dos interesses não terapêuticos da psicanálise, direção em que jaziam suas próprias preferências pessoais, particularmente no último período de sua vida”. (STRACHEY, 1976, p.242).

Neste texto de 1937, com muita prudência e pequenas expectativas terapêuticas, Freud problematizou os êxitos de sua prática clínica frente às resistências dos pacientes a abandonarem seus sofrimentos e à presença persistente da angústia da castração. Pontos como estes conduziram-no a refletir sobre as restrições de sua técnica, colocando em discussão os limites da eficácia do tratamento analítico. Tudo isso levou Freud a perguntar se existiria o término de uma análise ou a possibilidade de se levá-la ao fim.

Partindo de suas experiências, bem como das de outros psicanalistas, Freud diz: “A experiência nos ensinou que a terapia psicanalítica - a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico - é um assunto que consome tempo”. (FREUD, 1937/1976, p.247).

É importante reconhecer, neste texto, que Freud (1937/1976) se inclina a apontar alguns efeitos do tratamento analítico e algumas aspirações clínicas que a tradição lacaniana propriamente ignora, se assim podemos dizer. Entre eles, podemos citar: a ideia de uma melhor compreensão do ego, da “alteração terapêutica do ego” (FREUD, 1937/1976, p.243); insinuações acerca da ideia de “um ‘amansamento’ das pulsões” (FREUD, 1937/1976, p.256); ou de colocá-las “completamente em harmonia com o ego” (FREUD, 1937/1976, p.257). etc.

De todo modo, quanto às ambições em fortalecer as potencialidades profiláticas do tratamento analítico, Freud acentua, com franqueza e sinceridade: “Isso soa como uma proposição muito ambiciosa, mas tudo o que estamos tentando fazer é tornar claros quais os limites estabelecidos à eficácia da terapia analítica”. (FREUD, 1937/1976, p.263). Cabe, então, seu esclarecimento clínico: “não é ‘fazer-se com que a exigência desapareça, de modo que nada mais se ouça dela novamente’. Isso, em geral, é impossível, e tampouco, de modo algum, é de se desejar”. (FREUD, 1937/1976, p.256).

Conforme já dito, a partir do mal-estar e seu conflito pulsional incurável, a psicanálise articulou uma trama de conceitos que produziram implicações práticas um tanto prevenidas à profilaxia. Daí, Freud recorda o leitor da natureza do objeto em jogo num tratamento psicanalítico, pois, “Se, contudo, aquilo a que estivermos visando é o tratamento profilático de conflitos”, acrescenta ele: “o objeto de nosso experimento terapêutico certamente se recusaria a cooperar com isso”. (FREUD, 1937/1976, p.264).

Em suma, Freud (1937/1976) mapeia, em sua própria teorização e prática, diversos entraves em questão que são “fontes de resistências ao tratamento analítico e obstáculos ao êxito terapêutico”, podendo “originar-se de raízes diferentes e mais profundas”. (FREUD, 1937/1976, p.276).

### 3.5 Resíduos e restos da terapêutica

A prova máxima de que a abolição completa dos males neuróticos não é premissa do tratamento psicanalítico se encontra em *Análise terminável e interminável* (1937/1976). “Há quase sempre fenômenos residuais, uma pendência parcial.” (FREUD, 1937/1976, p.261), dirá Freud.

Embora jamais desconsiderados por Freud, os efeitos terapêuticos da psicanálise, como finalidade da prática, pouco a pouco foram se apagando e deixando pendências, o que lhe fez levar em conta uma variabilidade dos efeitos do tratamento analítico.

A propósito, a orientação freudiana frente à diversidade dos efeitos analíticos incide sobre o exame das próprias experiências do sujeito. (FREUD, 1932/1976, p.185). Mas, apesar de toda a dimensão qualitativa dessa variedade, Freud se recordou de que “Existe, contudo, outro ângulo a partir do qual podemos abordar o problema da variabilidade no efeito da análise”. (FREUD, 1937/1976, p.260). Isto é, se “Estamos interessados em discernir uma alteração qualitativa e, via de regra, assim procedendo, negligenciamos, inicialmente pelo menos, um fator quantitativo”. (FREUD, 1937/1976, p.260).

Constitutivo da condição do tratamento, esse fator qualitativo ganha, em psicanálise, via *Análise terminável e interminável* (1937/1976), uma dimensão clínica. Como “partes residuais da transferência” (FREUD, 1937/1976, p.249) ou como “fenômenos residuais”, estes restos para Freud “são valiosos (...). Eles nos mostram que essas louváveis e preciosas

qualidades (...), as quais, como era de esperar, não foram absoluta e completamente bem-sucedidas”. (FREUD, 1937/1976, p.261).

Para Miller (1993):

Quando ele diz ter negligenciado o fator econômico, refere-se ao que constatamos nos relatos de casos; uma elucidação significativa não basta para operar, sobra uma certa resistência, não a do paciente, mas a da coisa mesmo, a da resistência do isso, da libido, de sua viscosidade, de sua fixação. (MILLER, 1993, p.4-5).

Ainda que, para Freud, a psicanálise seja, fora de dúvida, o mais eficiente método terapêutico (FREUD, 1932/1976, p.187), estes resíduos do tratamento revelarão questões decisivas para se pensar os efeitos de um tratamento analítico, como a insistência das pulsões e do sintoma, pois “a transformação nunca é completa, e resíduos de fixações libidinais anteriores ainda podem ser mantidos na configuração final”. (FREUD, 1937/1976, p.261).

Ciente de que a psicanálise possui alcance limitado, Freud não sacrifica a consideração deste elemento relevante que aponta os limites à sua eficácia terapêutica. Oriunda da exigência tirânica e impiedosa da pulsão, a consideração freudiana sobre o fator quantitativo se fundamenta no fato de que este é indecifrável pela palavra. Dito de outro modo, a raiz pulsional dos sintomas impossibilita uma total liquidação dos mesmos.

Ao vermos Freud se referir a essa fixação, a essa "adesividade da libido" (FREUD, 1937, p.274), reconhecemos o valor de sua orientação, a de examinar as experiências dos sujeitos a partir do tratamento. No fundo, isso se deve à própria noção de sintoma em psicanálise, que se conecta ao fator quantitativo, fazendo, então, referência à peculiaridade com que cada sujeito anuncia seu modo de investimento libidinal, ou seja, de sua posição diante do próprio sofrimento. A noção de sintoma será, portanto, de suma importância, pois este manifesta elementos incuráveis em psicanálise, seja como forma de expressar o mal-estar, seja via exigência pulsional.

Compreende-se por que a proposta de uma cura permanente, que determine uma análise como terminável, é considerada por Freud (1937/1976) muito ambiciosa. Ora, os resíduos sintomáticos promovem um encontro renovado com o incurável mesmo após o tratamento. Renovado, pois estes restos persistem na exigência de satisfação pulsional, o que mantém a produção de impasses subjetivos, ou até mesmo de outros sintomas.

Mais precisamente, segundo Miller (1994): “Entendamo-nos. Existem muitos sintomas que desaparecem na análise. Mas existe um resto sintomático. Frequentemente, as pessoas que praticam a análise são incuráveis, estão "feito um" com sua incurabilidade”. (MILLER, 1994,

p.74). Miller (1994) dirá a respeito que isso indicaria uma relação diferente com a pulsão: “Não uma reconciliação com a pulsão e não o eu forte, mas, talvez, uma certa plasticidade do sujeito, para seguir a metonímia da cadeia significante com menos inércia”. (MILLER, 1994, p.74).

Este panorama revela uma pretensão clínica particular da psicanálise em relação ao tratamento dos sintomas, o que favorece, com Lacan, o surgimento de um outro modo de pensar o tratamento do sintoma em psicanálise. Enfim, Lacan buscará definir outros modos de operação sobre o sintoma.

Se, para Miller (1993), as manifestações residuais são desarmônicas (MILLER, 1993, p.5), por outro lado, numa saída denominada por Lacan de *identificação com o sintoma*, “O sujeito, ao invés de sentir seu sintoma como algo que lhe é estranho, reconcilia-se, de alguma forma, com ele. Deixa de ser desarmônico com seu sintoma”. (MILLER, 1994, p.74).

#### 4 DO SINTOMA COMO TRATAMENTO

O resto irreduzível do sintoma com que Freud se deparou deixou-lhe um impasse em relação ao destino que poderia ser oferecido a esse resíduo no tratamento analítico. Nesta medida, concebeu a análise como interminável.

Veremos que o ensino de Lacan, por sua vez, apresentou fundamentos importantes para dar destino a esse resto irrepresentável e não eliminável da experiência analítica.

Situar a psicanálise como um método terapêutico, como o fez Freud (FREUD,1932/1976), não define o engajamento de Lacan. Se Freud apresentou, em seu primeiro momento, um entusiasmo, convertido, posteriormente, em cautela sobre o terapêutico na psicanálise, sobretudo para distingui-la como prática singular, não encontramos em Lacan simpatia ou entusiasmo algum, por assim dizer, pela temática da terapêutica. Isso não significa que Lacan desconsidera as relações entre o terapêutico e a psicanálise.

Já vimos que parte do “retorno a Freud” empreendido por Lacan denunciou os descaminhos da prática analítica, precisamente quanto a uma finalidade de eficácia terapêutica que ela havia ganhado. Segundo Lacan mesmo diz: “se a psicanálise tem um campo específico, nele o cuidado terapêutico justifica desvios ou até curtos-circuitos”. (LACAN, 1966c/1998, p.231). Para o próprio Lacan (1966c/1998), trata-se de impedir que o campo psicanalítico sofresse qualquer redução similar a essa.

De todo modo, as transformações que Lacan produziu sobre o domínio da práxis psicanalítica e a fecundidade de um novo ângulo para a abordagem dedicada ao sintoma não dissolveram a tensão entre experiência analítica e seus efeitos terapêuticos.

Contra os “descaminhos terapêuticos” (LACAN,1957b/1998, p.58), Lacan não os recusou exatamente, mas considerou o fato de que a experiência analítica “constitui o elemento da (...) terapêutica”. (LACAN, 1936/1998, p.85). Entretanto, para abordar este fato segundo Lacan, é necessário senso teórico para definir o que essa terapêutica produz. (LACAN, 1936/1998).

Sem ignorar o questionamento dos aspectos aí correlacionados com os fundamentos da psicanálise, é possível ler em Lacan que, na verdade, não há uma rejeição ao elemento terapêutico, mas considera-se o fato de que “a psicanálise não é uma terapêutica como as outras”. (LACAN, 1958c/1998, p.236).

Mesmo não havendo em Lacan entusiasmo pela terapêutica, segundo Alain Merlet (1998), ele jamais se dedicou a denegrir este campo sistematicamente: “A prática de Freud,

segundo ele, caracterizava-se como a última flor da medicina. Medicina do humano afligido pela linguagem que o condena ao fracasso sexual”. (MERLET, 1998, p.87). Isso leva Merlet (1998) a afirmar: “Pode-se conferir a Lacan o mérito de ter dissipado a definição que fazia a cura confundir-se com a terapêutica”. (MERLET, 1998, p.90).

Ao considerarmos a nuance sobre o fato de que o termo “cura”, utilizado por Lacan, não designa propriamente a eliminação de um mal, veremos, por conseguinte, que a tradução da palavra *cure* em francês, significa, sobretudo no uso lacaniano, “tratamento, análise ou tratamento analítico”. (LACAN, 1998, p.936). Ou seja, Lacan não renuncia ao esforço de amarrar sua teia conceitual ao fato de que ela é intrínseca a um tratamento:

A psicanálise, no entanto, distinguiu-se a princípio por dar acesso à ideia de cura em seu campo, ou seja: dar aos sintomas seu sentido, dar lugar ao desejo que eles mascaram, retificar de modo exemplar a apreensão de uma relação privilegiada – ainda que tivesse sido preciso poder ilustrar isso com distinções estruturais exigidas pelas formas da doença, reconhecê-las nas relações do ser que demanda e que se identifica com essas próprias demanda e identificação. (LACAN, 1964/2003, p.245).

O privilégio que Lacan dá à dimensão do sintoma lhe oferece voz ao invés de eliminá-lo num viés terapêutico. Enfim, “o sintoma em psicanálise, embora nos seja apresentado como um problema, não é tratado como algo que deva ser extirpado, silenciado”. (LAIA, 2008, p.67).

Em seu desígnio de extinguir um mal, obtendo aí sua eficácia, a terapêutica representa a intenção de recuperar a nostalgia de um momento sem sintomas, sem problemas. Entretanto, a experiência analítica reconhece que o sintoma deixa restos. Nesse sentido, temos a observação categórica de Lacan:

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

O tratamento analítico, ou cura analítica, tem de fato outra aspiração, pois interroga aspectos correlacionados a uma suposta restauração da condição original e aponta para o próprio incurável em jogo:

o próprio tratamento analítico – que não poderia encontrar sua conclusão no retorno ao estado anterior - não pode ser terapêutico para Lacan (...). Curar é desfazer-se dessa terapêutica para o uso interno e medir o que o termo cura comporta de aspiração impossível de satisfazer. (MERLET, 1998, p.90).

#### 4.1 Trata-se do sintoma

Se a semiologia médica, disciplina que consagrou o termo *sintoma*, implica-o como modo de afirmar a doença através da percepção subjetiva do paciente sobre seus distúrbios, incômodos ou dores (FORNS & BATLLO, 1981), a psicanálise dará ao sintoma um estatuto diferente, mas sem furtar-se de considerá-lo um problema.

Na clínica médica, e em seu compromisso terapêutico primordial, “o sintoma significa algo que não vai bem, algo de anormal e bizarro, uma alteração de função ou alerta de doença, alguma maneira de o paciente se perceber como um possível doente”. (FERREIRA, PIMENTA, 2003, p.223). Ou seja, se “o sintoma tem como significado uma doença” (FERREIRA, PIMENTA, 2003, p.223), conseqüentemente, “O que se aspira é sua eliminação pura e simples”. (FERREIRA, PIMENTA, 2003, p. 227).

O sintoma em Lacan se alia à metáfora do “umbral”<sup>32</sup> (LACAN, 1956/1995), ou seja, aquilo que leva alguém a entrar na análise, implicando o sujeito em uma busca provocada pelo sofrimento. Colette Soler (1998a) sublinha: “O analisante, de fato, dirige-se à análise em nome de seu sofrimento, porque nele há um sintoma”. (SOLER, 1998a, p.391). Podemos reconhecer aqui esse ponto de convergência da psicanálise com a terapêutica na medida em que é, a partir de “algo vai mal”, que se procura uma análise, ou, segundo Miller: “O sintoma produz a dimensão da terapêutica”. (MILLER, 1997, p.162). Também vimos, com o próprio Lacan (LACAN, 1936/1998), que o sintoma constitui o elemento da terapêutica em psicanálise.

Dito de outro modo, em sua função de entrada no tratamento analítico, o sintoma clama por uma ação terapêutica. Daí a afirmativa lacaniana (1965-1966): “Temos, como analistas, que tomar parte no sintoma”. (LACAN, 1965-66)<sup>33</sup>.

Mesmo que a psicanálise abrigue o sintoma em outro campo conceitual, dando-lhe um estatuto diferente daquele de “impulsionar a evolução da terapêutica” (FERREIRA, PIMENTA, 2003, p.223), Lacan não sacrifica a consideração de que se trata do sintoma na experiência analítica.

---

<sup>32</sup> O termo significa uma porta, uma entrada, mas também um limiar. Miller (1997) o concebe como lugar onde um organismo que sobrevive numa tensão. (MILLER, 1997, p.205). Encontram-se também definições de umbral como uma região de abismo ou inferno.

<sup>33</sup> Seminário “O objeto da psicanálise”, lição do dia de 20 de abril de 1966.

Não abdicando ao sintoma, mas colocando-o como ponto central da experiência psicanalítica, Lacan a distancia de qualquer espécie de autoconhecimento, aventura intelectual ou filosófica. Aliás, contra essa última, Lacan se insurge, rejeitando-a. (LACAN, 1980).

O sintoma, portanto, configura o campo de atuação da psicanálise. Dito isso, já na década de 1950, encontra-se a seguinte afirmação de Lacan: “O que constitui o campo analítico é idêntico ao que constitui o fenômeno analítico, ou seja, o sintoma”. (LACAN, 1955-56/1988, p.189).

Longe de dissipá-lo da experiência analítica, segundo Lacan (1964-65), o analista, “é ele mesmo quem recebe e suporta o estatuto do sintoma”. (LACAN, 1965)<sup>34</sup>. Prova de que Lacan não se esquivava de estabelecer a experiência psicanalítica como um tratamento.

Embora a causa do tratamento psicanalítico não seja uma aspiração de eliminação pura do sintoma, uma vez que ele constitui o campo psicanalítico, evidencia-se certa coexistência do componente terapêutico na experiência analítica, pois tampouco se trata da manutenção do sofrimento causado pelo sintoma, já que “ele não deixa de ser potencialmente um problema”. (LAIA, 2008, p.67).

Encurtando a distância entre aquilo que clama por algum alívio e aquilo que não deve ser eliminado, a tensão entre terapêutico e analítico se entrevê.

De acordo com Merlet: “(...) em análise, (...) não pode haver nem *restitutio ad integrum*, nem respeito absoluto à máxima *Primum non nocere*”. Existe o incurável. (MERLET, 1998, p.90). A afirmativa de Merlet (1998) nos indica que, num tratamento analítico, não se trata de restaurar nenhuma condição original (*Primum non nocere*) e nem de fazer valer a máxima do “acima de tudo, não prejudicar” (*Primum non nocere*), pois o sujeito terá de se haver com seu sintoma.

Contudo, trata-se de interrogá-lo. Isto é, ainda que o sintoma conduza à análise, faz-se necessário que aquele que o porta articule um questionamento a respeito daquilo sobre o que se queixa.

Tendo em vista a orientação lacaniana em manter a experiência analítica fora dos efeitos da demanda (LACAN, 1958a/1998) de modo a interrogá-la, veremos Lacan considerar a cura como uma demanda: “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre de seu corpo ou seu pensamento”. (LACAN, 1973/2003, p.511).

Se o analista deve tomar parte no sintoma e suportar seu estatuto, sua posição deve suscitar a implicação do sujeito sobre seu sintoma. Isto é, o analista “retorna para o sujeito do

---

<sup>34</sup> Seminário “Problemas cruciais para a Psicanálise”, lição do dia de 5 de maio de 1965.

lugar de onde ele espera um oráculo, formulada como um *Che vuoi?* – que quer você?”. (LACAN, 1960/ 1998, p.829).

Como esclarece Lacan (1965-66), nessa interrogação, a análise não elimina o sintoma, mas o complementa:

a práxis psicanalítica é literalmente o complemento do sintoma. (...) pela apreensão de uma certa perspectiva, de uma certa maneira de interrogar o sofrimento neurótico que, efetivamente, completa-se na cura, a sintomatologia. (LACAN, 1965-66)<sup>35</sup>.

A consideração do sintoma como um enigma a ser interrogado também já constituía a orientação de Lacan desde a década de 1950. Assim, quer “tomar o sintoma como equivalente a enigma, já que estamos o interrogando”. (LACAN, 1956/1995, p.110). Contudo, mais tarde, Lacan (1966-1967) afirmará que o caráter enigmático do sintoma revela uma opacidade: “A verdade se manifesta de maneira enigmática no sintoma... Que é o quê? Uma opacidade subjetiva”. (LACAN, 1967)<sup>36</sup>.

O elemento enigmático no sintoma certamente revela um estatuto de opacidade, dada a presença de seu resto irreduzível que não se entrega à terapêutica ou mesmo à interrogação sobre o sintoma. Em Lacan, esse questionamento procura reconhecer a que este sintoma responde como modo de gozo que ele demarca. Portanto, essa opacidade, nomeada por Lacan como gozo, trata da satisfação inconsciente no sintoma, sobre a qual não é possível extrair uma decifração.

Todavia, sabemos que o ensino de Lacan percorreu uma vertente caracterizada pela “fidelidade ao invólucro formal do sintoma”. (LACAN, 1966b/1998, p.70). Neste período, ao dar primazia ao simbólico em seu ensino, Lacan tomou o sintoma, definido como uma mensagem a ser decifrada, “por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1953a/1998, p.270), já que, “O sintoma está sempre fundado na existência do significante como tal”. (LACAN, 1955-56/1988, p.140). Neste viés, Lacan examinou, cuidadosamente, o milagre que o psicanalista operaria pela via simbólica (1953a/1998), ou seja, o desaparecimento do sintoma: “Ele [o analista] interpreta o símbolo e eis que o sintoma, que o inscreve como letras de sofrimento na carne do sujeito, se apaga”. (LACAN, 1953a/1998, p.307).

Entretanto, concentrar-nos-emos no fato de que o ensino de Lacan abordará o sintoma para além de seu envelope formal composto por significantes e tomado como símbolo, mas

<sup>35</sup> Seminário “O objeto da psicanálise”, lição de 12 de janeiro de 1966.

<sup>36</sup> Seminário “A lógica da fantasia”, lição de 22 de fevereiro de 1967.

constituído por um núcleo de gozo. Este núcleo, não decifrável pela interpretação, é aquele da opacidade subjetiva e que, mais tarde, Lacan afirmaria como o núcleo do caráter enigmático do sintoma. (LACAN, 1967).

Toda essa temática a respeito do sintoma adquire relevância para Lacan na medida em que ele realiza elaborações inéditas sobre as possibilidades do tratamento analítico face ao incurável com que Freud se deparou.

#### 4.2 Sintoma e gozo: entre sofrimento e satisfação

Desde a formulação freudiana sobre a pulsão de morte (FREUD, 1920/1976), revelou-se que há, invariavelmente, uma satisfação, seja numa experiência prazerosa, seja numa experiência de sofrimento. Soler (1998b) recorda que “Freud considera que algo se satisfaz no sintoma por mais doloroso que este seja e sem que o sujeito o saiba; para Freud, há algo satisfatório no sintoma”. (SOLER, 1998b, p.469). Diante disso, temos um dado importante para considerar no tratamento analítico, pois “Certamente ninguém pede realmente o tratamento de suas pulsões, mesmo quando delas se horroriza, já que estas satisfazem”. (SOLER, 1998c, p.471).

Conforme Miller,

Freud estabeleceu que, subjacente ao que se distingue na experiência do prazer e do sofrimento, há algo que invariavelmente se satisfaz e do qual não se sabe. Lacan deu-lhe o nome francês de *jouissance* (gozo). (MILLER, 2005b, p.13).

Segundo Fink (1998), o termo *jouissance* se relaciona ao prazer, mas também à dor, ao horror e ao nojo. (FINK, 1998, p.83). Lacan estará atento a essa questão, sobretudo no que tange ao sintoma: “Os pacientes não se satisfazem com o que eles são. E, no entanto, nós sabemos que tudo o que eles são, tudo o que eles vivem, mesmo seus sintomas, dependem da satisfação”. (LACAN, 1964b/1973, p.151). Sobre as relações entre sintoma e satisfação, Soler (1998c) esclarecerá, dizendo: “As pulsões nunca renunciam, e a pulsão contida leva a satisfazer-se de outra maneira, e uma das maneiras de satisfazer-se consiste em produzir sintomas”. (SOLER, 1998c, p.69).

A satisfação pulsional, atualizada no sintoma fará com que Lacan reconheça, então, o sintoma como um modo de gozo. De forma a explicitar a contradição da existência de gozo no

prazer e na dor, Lacan diz: “Essa satisfação é paradoxal”. (LACAN, 1964b/1973, p.152). Quer dizer que “gozo pode ser tanto o prazer quanto o sofrimento experimentados. Lacan especializou, progressivamente, o termo gozo para qualificar a satisfação dita inconsciente, a satisfação da qual não se sabe”. (MILLER, 2005b, p.13).

Enfim, Lacan retomou Freud neste viés, justamente para afirmar que “Freud sempre falou da função do sintoma, é que, em si mesmo, o sintoma é gozo”. (LACAN, 1965-66)<sup>37</sup>.

Como já vimos, “a libido freudiana conserva as formas arcaicas que têm caráter irreduzível, ou seja, que não se deixam dialetizar, substituir, no jogo dos significantes”. (MILLER, 2005b, p.122). Por um lado, em relação ao tratamento do sintoma na vertente de seu invólucro formal, “pressupõe-se que a ordem simbólica, o significante, possa moderar o gozo, domesticá-lo, reduzi-lo, encadeá-lo e regulá-lo precisamente pelo viés de sua representação significante” (MILLER, 2005b, p.122), mas “há, contudo, um resto dele que não se deixa temperar pela representação significante”. (MILLER, 2005b, p.122).

Uma vez que o gozo incluído no sintoma não se deixa simbolizar, vemos que ele se relaciona com a dimensão do real em jogo em uma análise.

Se a categoria de real no ensino lacaniano ganha o estatuto daquilo que não pode ser redutível ao simbólico (FINK, 1998), Lacan esclarece que “O sintoma, para se referir a uma das minhas três categorias ... é do Real”. (LACAN, 1974-75)<sup>38</sup>.

Verificam-se, então, os motivos que levariam Lacan a colocar, na centralidade da práxis analítica, “aquilo que, no coração da experiência, é (...) real”. (LACAN, 1964b/1973, p.53).Adiante, veremos Lacan (1968-69/2008) afirmar que a prática analítica permite cernir aquilo que do gozo sintomático se refere ao real. Portanto, o gozo incluído no sintoma, por sua vez, delimita algo excluído da dimensão simbólica, pois “podemos chamar de o real, se assim chamamos ao fora do simbólico”. (SOLER, 1998c, p.467). Real este excluído das chances de eficácia terapêutica pela dimensão simbólica.

Daí, veremos então com Lacan que “É justamente a isso que se liga nossa prática – ali onde devemos lidar com o sintoma, desvelar, desmascarar a relação com o gozo, que é nosso real, uma vez que está excluído”. (LACAN, 1968/2008, p.316).

A centralidade que o sintoma e sua relação com o real ganham em psicanálise não esvazia a tensão entre o efeito terapêutico e tratamento analítico. De acordo com Soler (1998c), a entrada em análise se dá por “considerar que o sintoma que se apresenta como um sofrimento e o sofrimento é um modo de gozo”. (SOLER, 1998c, p.74). Por isso, justamente

<sup>37</sup> Lição de 14 de abril de 1966 do seminário “O objeto da psicanálise”, de 1965-1966.

<sup>38</sup> Seminário RSI (1974-75), lição de 19 de novembro de 1974.

ao produzir gozo, o sintoma causa um desconforto ao sujeito. Daí a demanda pela terapêutica, ou, como afirma Lacan, a cura como uma demanda.

Dominique Fingermann (2005) recorda que o real implicado no gozo, “isto é: o que não se liga, não se articula, apenas insiste e se repete” (FINGERMANN, 2005, p.32) possui sua face aterrorizante e traumática nomeada por Lacan como “pior”, e que a clínica psicanalítica o recolhe no tratamento. Este “pior”, segundo Fingermann, é um “campo de guerra. Aquele que Lacan chegou a designar como campo lacaniano (...) campo do gozo” (FINGERMANN, 2005, p.43), ou seja, o pior se manifesta no real. (FINGERMANN, 2005, p.56).

É válido lembrar a advertência de Lacan (1973/2003) sobre o pior em relação à psicoterapia, na medida em que ela promoveria um bem através da terapêutica: “É aí que a psicoterapia, seja ela qual for, estanca, não porque não exerça um certo bem, mas por ser um bem que leva ao pior” (LACAN, 1973/2003, p. 513).

Ciente da impossibilidade de “terapeutizar” o real, já que ele não se articula, a psicanálise não prevê uma solução que o apague:

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

Trata-se, antes, do próprio sintoma como uma possibilidade de solução, pois “O sintoma é um tratamento do real”. (FINGERMANN, 2005, p.62). O sintoma no tratamento analítico se configura, então, como um modo de circunscrever, em seu invólucro formal, algo do real que o compõe, o que possibilita, daí, o tratamento do pior pelo sintoma (FINGERMANN, 2005, p.60), pois “O real impossível de suportar não tem remédio, mas tem tratamento: o sintoma é um deles”. (FINGERMANN, 2005, p.60).

Aliás, a herança freudiana sobre a concepção de sintoma, como já foi dito, ao envolver um conflito pulsional, deflagrou também uma satisfação. Segundo Antônio Teixeira (2007), essa problemática levou Freud a evidenciar aquilo que “se refere à noção do sintoma como constituição de compromisso” (TEIXEIRA, 2007, p.107), ou seja, o viés peculiar de cada sujeito no tocante de seu sintoma.

Isso faz com que seja “verdadeiramente difícil para o neurótico livrar-se de seu próprio sintoma” (LAIA, 2008, p. 66), pois a relação do sujeito com seu sintoma “é sempre aquela de uma tensão, e de uma tensão paradoxal, porque o sintoma é uma intenção de

solucionar-lhe um conflito”. (LAIA, 2008, p. 66). Conforme explicita Sérgio Laia, “o sintoma é uma solução porque é a resposta a um problema, a um obstáculo que a satisfação do neurótico encontrou”. (LAIA, 2008, p. 66).

No horizonte do caráter paradoxal da satisfação implicada no sintoma, e considerando o sintoma como modo de gozo, este coloca em relação o sujeito numa análise frente a suas formas singulares de lidar com o real aí em jogo. Ora, dado o paradoxo do gozo, vê-se que o sujeito no tratamento psicanalítico se sustenta não somente no sofrimento que o leva à análise, mas numa satisfação contida nesse sofrimento. Lacan nos dá prova disso quando afirma que o sujeito tem uma sustentação no sintoma e na satisfação aí produzida. Lacan (1966-1967) dirá que:

o sujeito é suspenso por uma série de modos ou estados de insatisfação; eis aqui o que por si mesmo justifica a introdução do termo gozo, que a todo instante, principalmente no sintoma, apresenta-se a nós como indiscernível do registro da satisfação, já que para nós o problema é saber como um nó, que não se sustenta mais que através de enfermidades e sofrimentos, é por onde se manifesta a instância da satisfação suspensa. É justamente onde o sujeito se sustenta. (LACAN, 1966-67)<sup>39</sup>.

A citação acima admite um estatuto importante para considerar a problemática da terapêutica no tratamento psicanalítico. Apesar de o sintoma se apresentar no tratamento como uma demanda que deverá ser interrogada, a concepção que Lacan introduz ultrapassa tal dimensão, pois, embora contenha enfermidades e sofrimentos, o sujeito encontra no gozo do sintoma sua própria sustentação. Vemos, mais uma vez, que, em Lacan, o sintoma não é concebido como um fator exatamente homólogo ao sofrimento, que deve ser eliminado pela terapêutica.

A terapêutica, como ambição de eliminação do sintoma, não condiz com a orientação de Lacan, pois o sintoma tem uma função: “A maneira como cada um sofre em sua relação com o gozo, porquanto só se insere nela pela função do (...) sintoma”. (LACAN, 1968/2008, p.40-41). A partir dessa função, tem-se o comentário de Soler (1998c): “O mais interessante de um sujeito é seu sintoma, porque, graças ao sintoma, que um difere do outro. O sintoma é o princípio de singularidade, de diferença”. (SOLER, 1998c, p.22). Quanto a essa singularidade em jogo, Teixeira (2007) evidencia que o empenho, desde Freud, em circunscrevê-lo:

muito embora se refira aos sintomas, predominantemente no plural, Freud tende a unificar o termo (...) para finalmente designar a formação sintomática no singular. (TEIXEIRA, 2007, p.107).

---

<sup>39</sup> Seminário “A lógica da fantasia” (1966-1967), lição de 31 de maio de 1967.

A maneira particular como cada sujeito estabelece sua relação com o gozo, recorda Soler (1998c), é fixada no sintoma pelo real que ali se impõe: “tomamos o sintoma como modo fixo de gozar. Lacan nos diz que é o que cada um tem de mais real”. (SOLER, 1998c, p.21). Esclarecendo: considerando que, se “o real é o que volta sempre ao mesmo lugar” (LACAN, 1975/1985, p.81), ou o real como o que não cessa de se escrever (LACAN, 1974-75), o sintoma, por sua sua relação com o gozo, tem, portanto, uma função. No seminário “RSI”, Lacan (1974-75) elucida: “O que é dizer o sintoma? É a função do sintoma, (...) o singular é que é isso que o sintoma opera selvagememente. O que não cessa de se escrever no sintoma resulta daí. (LACAN, 1974-75)<sup>40</sup>. Por isso, a sentença lacaniana: “Chamo de sintoma o que vem do real”. (LACAN, 1975/1985, p.84).

O sintoma como tratamento do real funciona, portanto, como um enlace, um suporte do sujeito. (MANDIL, 2003, p.22). É o modo singular do sujeito em lidar com o real.

O empenho de Lacan, com sua maneira de abordar a noção de sintoma sob novas perspectivas, faz entrever a maneira como a psicanálise confere dignidade a esse resto pulsional evidenciado desde Freud. Sem recusá-lo, a psicanálise delimita aí sua particularidade, pois acredita que, neste resto, encontra-se a mais íntima relação do sujeito com seu desejo e seu modo de gozo.

Para que, no decorrer de uma análise, o sujeito estabeleça maneiras menos penosas de se relacionar com o gozo na singularidade de seu sintoma, isso implica, entretanto, uma certa “depuração do terapêutico” (LAIA, 2008, p.64), como ressalta Laia. Ou, segundo Teixeira (2007): “O sintoma é, desde esse ponto de vista, a unidade problemática de um plural a ser decomposto ao longo do tratamento psicanalítico”. (TEIXEIRA, 2007, p.107).

Desinvestido de um ideal de eficácia terapêutica, mas claramente decidido por fazer avançar a conceitualização de sintoma na clínica psicanalítica, Lacan se mostra inventivo e criador de orientações importantes para o tratamento.

Do ponto de vista do sintoma, reconhecido como modo de gozo, o sujeito se satisfaz. Não mais concebido como um problema, Lacan orienta para que o sujeito encontre uma forma de lidar com o sintoma que não o coloque no “campo de guerra” do gozo, mas que lhe permita obter, nessa relação, alguma paz com o aspecto irreconciliável da pulsão presente no gozo. Sem fazer “guerra ao sintoma para reduzi-lo” (SOLER, 1998c, p.71) ou eliminá-lo, Lacan oferece outras formas de tratá-lo.

---

<sup>40</sup> Lição de 21 de janeiro de 1975.

As formulações lacanianas acompanham essa perspectiva, presentes, sobretudo, na última parte do ensino de Lacan, o leva a conceber o final de uma análise como uma possibilidade de o sujeito produzir “um saber fazer aí com o sintoma” (*savoir-y-faire*): “Saber lidar com seu sintoma, é isso o fim da análise”. (LACAN, 1977-76)<sup>41</sup>.

Ainda que não nos concentremos neste trabalho sobre os meandros da abordagem lacaniana sobre o final da análise, é possível pensar que o interesse pelo sintoma e sua depuração num tratamento analítico oferece ao sujeito, ao invés de sua eliminação, a possibilidade de “Conhecer seu sintoma quer dizer saber fazer com, saber desvencilhar-se dele, manipulá-lo”. (LACAN, 1977-76)<sup>42</sup>.

Enfim, “A psicanálise se transforma, então, em um processo em que o analisante poderá depurar seu próprio *savoir faire* com o sintoma, em uma terapêutica na qual o analisante” (LAIA, 2008, p.65), segundo Laia (2005), irá se arranjar com o “seu *savoir faire* com o sintoma”. (LAIA, 2008, p. 65).

Fora de um campo estritamente formalista, Lacan inseriu a noção de real no sintoma como aquilo que escapa à apreensão simbólica, indicando, assim, um saber se virar com o sintoma, saber se desembaraçar (*se débrouiller*) dele, saber se desvencilhar do sintoma, ou manipulá-lo de uma maneira menos penosa.

Ao invés de conceituar este saber lidar com o sintoma de forma pré-determinada, Lacan inclui o dado do real que escapa em vista da peculiaridade de cada sujeito em sua relação com seu sintoma: “*Savoir faire* é diferente de *savoir y faire*. A introdução do ‘y’ quer dizer se desembaraçar, mas este ‘y faire’ indica que não pegamos verdadeiramente a coisa, em suma, em conceito”. (LACAN, 1976-77)<sup>43</sup>. Isso implica o fato de que, a fixação de gozo sintomática se dá na medida em que se trata de uma fixação singular, pois “não há fixação universal do gozo de cada sujeito que se estabelece via seu inconsciente”. (SOLER, 1998c, p.81-82).

Distinto dos limites de um conceito que pré-estabeleça como saber haver-se com o sintoma, vemos que “Saber haver-se é outra coisa que saber fazer – quer dizer ‘se desvencilhar’, mas sem tomar a coisa como conceito”. (LACAN, 1976-77)<sup>44</sup>.

Assim como Lacan havia afirmado que “Só se é responsável na medida de seu *savoir-faire*” (LACAN, 1975-76/2005, p.59), Soler (1998b) acentua que, para além do enigma e do

<sup>41</sup> Seminário “L’insu qui sait de l’une bévue s’aile a mourre”. Lição de 16 de novembro de 1976.

<sup>42</sup> Seminário “L’insu qui sait de l’une bévue s’aile a mourre”. Lição de 16 de novembro de 1976.

<sup>43</sup> Idem. Lição de 11 de janeiro de 1977.

<sup>44</sup> Idem.

gozo implicado no sintoma, há “uma responsabilidade do sujeito, uma vez que a posição tomada frente ao gozo é determinante”. (SOLER, 1998b, p.473):

na base do sintoma existe um rechaço ao encontro com um gozo, ou seja, que o sujeito é responsável por seu sintoma. Em vez de ser uma vítima, como pensava quando veio se queixar ao psicanalista de que algo o oprimia e contra o qual nada podia, o sujeito, apesar de seus esforços, torna-se, no transcurso do trabalho, responsável. (SOLER, 1998b, p.473).

A perspectiva do *savoir-y-faire* com o sintoma aponta para “um sintoma no qual um sujeito possa se reconhecer. Quer dizer, esse sou eu”. (SOLER, 1998c, p.81-82). Daí, este *savoir-y-faire* implica, nos termos de Soler (1998a), a possibilidade de amar esse caráter sintomático irreduzível de modo a se identificar com ele como propõe Lacan.

Enfim, diferentemente de um esforço em evitar ou excluir a falta constitutiva à experiência analítica, a ideia de identificação com o sintoma, conforme proposta por Lacan, implica certa inclusão da falta no nível subjetivo através de uma identificação com o resíduo pulsional constante e intransponível do sintoma: “Quando Lacan sugere que, no final de uma análise, o sujeito talvez possa identificar-se ao sintoma, ele se refere, entre outras coisas, a uma aceitação do gozo implicado no sintoma”. (SOLER, 1998b, p.474).

Isso permite a Lacan alcançar definições novas durante o último período de seu ensino<sup>45</sup>, promovendo a inclusão de elementos originais no regime conceitual da clínica analítica que redefinem temas como o final da análise e a cura. Essa redefinição implica, fundamentalmente, a noção de sintoma. Segundo Miller (2008-2009), neste período final, Lacan

amplia o conceito de sintoma, herdado de Freud, passível de ser eliminado, suspenso, conforme a expressão consagrada. Ela amplia o conceito freudiano a ponto de incluir nele essencialmente os restos sintomáticos referidos por Freud ao final da análise, levando-o a pensar a análise como sem fim em função do que subsiste do sintoma. Pois bem, a segunda clínica psicanalítica é justamente aquela que reconfigura o conceito de sintoma sobre o modelo desses restos. (MILLER, 2008-2009)<sup>46</sup>.

Como demonstrado, o sintoma em Lacan ganhou estatuto de modo de gozo singular do sujeito que implica sua forma de tratar o real. Será nesta vertente que Lacan dará especificidade ao sintoma, escrevendo-o com uma grafia diferente: *Sinthoma*. Segundo o próprio Lacan: “*Sinthoma* é uma maneira antiga de escrever o que posteriormente foi escrito

<sup>45</sup> Nomeado como “segunda Clínica”.

<sup>46</sup> Curso “Coisas de fineza em psicanálise” (2008-2009). Lição do dia 12 de novembro de 2008.

sintoma”. (LACAN, 1975-76/2005, p.11). Por ganhar em psicanálise uma função de sustentação e de forma de gozar tão particulares ao sujeito, a noção de sintoma, já distante da simples designação de uma doença, recebe em Lacan, portanto, uma particularização:

Em psicanálise, quando falamos de sintoma, entendemos com isso um elemento passível de dissolver-se ou, supostamente, desaparecer, suspender-se, ao passo que *sinthoma* designa o elemento que não pode desaparecer, que é constante. Em outras palavras, a chamada nova clínica psicanalítica é uma teoria do incurável. (MILLER, 2008-2009)<sup>47</sup>.

A partir de então, a especificidade do *sinthoma* se alia ao fato de que “O *sinthoma* tem a ver com o real”. (LACAN, 1975-76/2005, p.98). Se o que está em jogo é a centralidade do real, Lacan dirá que “estamos engajados, e engajados a título do *sinthoma*. (...) é com o *sinthoma* que temos de nos haver”. (LACAN, 1975-76/2005, p.98).

O real, que não se rende ao tratamento simbólico, poderá, então, receber, nessa nova grafia, uma tentativa de demarcação. De acordo com Teixeira (2007), a psicanálise isola justamente isso

que não se emenda na significação (...) não se deixa informar pela estrutura de linguagem do inconsciente. Donde se justifica Lacan designá-la através do termo *sinthome*, com “th”, no seu último ensinamento: para diferenciá-lo do *symptôme*, enquanto formação do inconsciente”. (TEIXEIRA, 2007, p.102).

Na experiência psicanalítica, orienta-se para um “bom uso do *sinthoma* na prática da psicanálise porque ele designa, ele é, de acordo com a definição de Lacan, o que há de singular em cada indivíduo”. (MILLER, 2008-2009)<sup>48</sup>. Miller (2008-2009) dirá que essa orientação para o singular mantém a decifração do inconsciente, mas enfatiza o obstáculo encontrado nessa exploração, uma vez que ela “se interrompe no fora de sentido do gozo e que, ao lado do inconsciente, onde isso fala – e fala a cada um porque o inconsciente é sempre sentido comum –, há o singular do *sinthoma*, onde isso não fala a ninguém”. (MILLER, 2008-2009)<sup>49</sup>.

Dentro dessa perspectiva, e diante dessa mudez do *sinthoma*, vemos que a psicanálise “relativiza o efeito terapêutico” (MILLER, 2008-2009)<sup>50</sup>, pois a noção de *sinthoma* procura, mais do que nunca, iluminar o incurável na experiência psicanalítica: “Lacan chamou

<sup>47</sup> Idem.

<sup>48</sup> Idem. Lição do dia 17 de dezembro de 2008.

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> Idem. Lição do dia 12 de novembro de 2008.

*sinthoma*, conforme a ortografia antiga restituída por ele é, em termos próprios, o nome do incurável”. (MILLER, 2008-2009)<sup>51</sup>.

A revisão realizada, ainda que breve, sobre as proposições lacanianas em torno do sintoma e de seu destino na experiência psicanalítica, esclarece que o tratamento por ela empreendido vislumbra favorecer saídas particulares de cada analisante.

Assim, a operacionalidade que Lacan dá a essas noções, ao manipulá-las no interior da experiência analítica, permite que elas ganhem a função de demarcar os limites da eficácia terapêutica, pois elas derivam, justamente, do elemento incurável que se impõe na experiência.

---

<sup>51</sup>Idem.

## 5 CONCLUSÃO

Ao longo do trabalho de dissertação aqui desenvolvido revisamos noções, textos e discussões que localizam alguns modos de apresentar a relação entre os efeitos terapêuticos e a experiência psicanalítica. Sabemos da impossibilidade de esgotar todas as vias de acesso a essa temática nas obras de Freud e Lacan. Sabemos também que tal temática abre diversas outras possibilidades direções de discussão. Todavia, nos centramos em algumas delas em vista dos limites de um trabalho de dissertação.

Desde o início de nossas investigações constatamos que as descobertas freudianas e a especificidade que sua conceituação ganhou no interior de sua obra, colocam interrogações a respeito da eficácia terapêutica que pode ser obtida de um tratamento psicanalítico.

A noção de desejo demarcada aqui pela descoberta do inconsciente se fez central ao tratamento psicanalítico e foi caracterizada por Freud como indestrutível. Logo, caracterizações dessa ordem permitiram interrogar, portanto, como sanar este impossível de ser abolido pelo viés terapêutico. Neste sentido, a retomada feita por Lacan à obra de Freud, ao examinar a psicanálise justamente no nível da trama conceitual, e não de sua mera aplicação à terapêutica, permitiu balizar as condutas de sua práxis.

Considerando ser indispensável ao analista teorizar sobre os efeitos produzidos na análise (LACAN, 1974-75), Lacan discutiu sobre os aspectos da causa em jogo na produção dos efeitos da psicanálise. Sem recusar a eficácia terapêutica da psicanálise, Lacan não define o aspecto da causa em psicanálise como aquele da eficiência. Mesmo sem grandes interesses pelo debate sobre a introdução da psicanálise no campo das psicoterapias, como o fez Freud mais claramente, Lacan (1964b/2003) assegura estar consciente de que os resultados da análise “fazem uma figura mais digna do que as flutuações da moda e as premissas cegas em que se fiam tantas terapêuticas” (LACAN, 1964b/2003, p.245).

Ou seja, não permanecendo cego quanto à eficácia terapêutica da psicanálise, Lacan admite: “É um fato que há pessoas que se curam. Freud salientou bem que não era necessário que o analista fosse possuído pelo desejo de curar; mas é um fato que há pessoas que se curam, e que se curam de sua neurose ou até mesmo de sua perversão”. LACAN, 1978b/1995, p.66).

Contudo, o tipo de formalização empreendida por Lacan lhe permitiu orientar sobre a posição do analista na direção de uma análise e frente aos seus efeitos.

Denominando o desejo do analista como aquele que designa a posição do analista no tratamento, este pressuposto se figurou como estrutural na experiência e culminou em sua especificidade “como um não-desejo de curar” (LACAN, 1959-60/1997, p. 267).

Definições dessa natureza lançam luz sobre a condução da experiência analítica, mas de modo algum privam essa experiência de obter efeitos terapêuticos. Por outro lado, pode-se dizer que, talvez a nuance que foi se revelando mais fortemente foi a de que “O mais importante que pode produzir uma psicanálise não é o efeito terapêutico” (SOLER, 1998c, p.468). Ora, se com Lacan vimos o que está em causa na psicanálise é a incidência do significante sobre o sujeito e os efeitos aí produzidos (LACAN, 1966a/1998), ao voltarmos a Freud, trata-se de observar o que o próprio sujeito extraiu dos efeitos de sua experiência analítica (FREUD, 1932/1976).

Pretendeu-se no trabalho realizado, trilhar uma via distinta daquela que buscasse uma definição última ou que viesse recusar completamente a presença do terapêutico na psicanálise. De outro modo, os pontos investigados aqui permitem vislumbrar a especificidade que a discussão sobre a psicanálise e os efeitos terapêuticos ganha nas obras de Freud e Lacan. Também neste sentido, esteve-se atento ao fato que, sobre a relação entre o terapêutico e a psicanálise, a investida de Lacan na retomada de Freud, ainda que atenta e prudente em não contrariar a obra de Freud, delineia sistematizações terapêuticas e clínicas diferentes.

Assim pôde-se dar espaço aos diferentes modos com que Freud e Lacan investigaram a questão favorecendo a possibilidade de iluminar tais diferenças.

Se Lacan vai a Freud para tornar mais visível a especificidade das relações entre os efeitos terapêuticos e a psicanálise, vimos que Freud, partindo de sua formação médica até chegar à psicanálise, fez um percurso empenhado em torno do “estoque terapêutico da medicina” (FREUD, 1889b/1976, p. 113). Entretanto, Freud também demonstrou fortemente, um interesse manifesto pela atividade de pesquisa e um desejo de saber, o que favoreceu seu desligamento da prática propriamente médica.

Tomados em conjunto, esses aspectos contribuíram para circunscrever a singularidade da psicanálise como um tratamento que produz efeitos terapêuticos, sem, no entanto, se limitar a eles. Segundo Soler (1998c), “não se pode negar que a psicanálise tenha efeitos terapêuticos – temos que observar que ter um efeito terapêutico não é privilégio da psicanálise” (SOLER, 1998c, p.468).

Do mesmo modo que em Freud o caminho da investigação faz avançar tão significativamente uma análise (FREUD, 1904/1976), sua potencialidade terapêutica não sai

de cena, haja visto que a existência de um tratamento analítico só é possível na medida de que o sofrimento neurótico clama por algum efeito terapêutico (FREUD, 1904/1976).

Contudo, o desenvolvimento teórico e as experiências clínicas de Freud lhe levaram a admitir limites e forças resistentes à cura que são inerentes a um tratamento que considera o inconsciente. A conceitualização desses elementos conduz Freud a recomendar sobre o perigoso sentimento de ambição terapêutica por parte do analista, pois o torna impotente contra as forças com que uma análise deve lidar (FREUD, 1912/1976).

Certo da eficácia dos efeitos terapêuticos em psicanálise, seguindo a via daqueles elementos que não se rendem à terapêutica, Freud dará ao sintoma uma formulação que implica a impossibilidade de sua eliminação total em psicanálise:

há o efeito terapêutico que reduz tal ou tal de suas formas que atenuam fobias e somatizações (...). Mas não importa qual for a sua extensão, este efeito sempre deixa um resto de sintoma, irreduzível a qualquer análise terminada, no qual se fixa para cada um gozo. (SOLER, 1998a, p.402).

Neste ponto, vimos em Lacan um empenho decisivo em teorizar a respeito do sintoma em psicanálise, extraíndo dele consequências importantes sobre os modos com que a psicanálise pode operar.

A partir de Lacan, passa a haver, portanto, “uma nova visão de conjunto sobre a função do sintoma que a generaliza e dela reduz a conotação patológica” (SOLER, 1998a, p.401). Quanto às elaborações sobre essa redução e a função do sintoma, o ensino de Lacan evidencia que por um lado, “Em psicanálise, a experiência mostra que o sintoma não pode se reduzir totalmente (...)” e por outro, que “um sujeito pode reconhecer em seu sintoma como o que tem de mais peculiar” (SOLER, 1998c, p.70-71).

Enfim, longe de sustentar uma finalidade imediata de eliminação do sintoma, Lacan reconheceu que “o sintoma, ainda que possa fazer sofrer, tem algo de uma conquista” (SOLER, 1998c, p.70), pois o sintoma, “Impossível de homogeneizar, ele tem alguma coisa de real” (SOLER, 1998a, p.396).

A categoria do real e o conceito de gozo dão contorno à formalização do elemento incurável presente no sintoma e apontam para novas formas de pensar seu destino na experiência psicanalítica através das formas particulares com que o sujeito lida com esses elementos presentes no sintoma.

Em contraponto à expectativa terapêutica que prevê um retorno a um estado primário isento de sintomas (LACAN, 1967/2003), haverá em Lacan a relativização do efeito

terapêutico (MILLER, 2008-2009), mas não sua desconsideração em nome do incurável. Trata-se, pois, de apostar em “mudanças na maneira com que o sujeito se relaciona com seu sintoma” (SOLER, 1998a, p.396). É por este meio que “Lacan anuncia a produção de um incurável e lança a expressão de identificação final ao sintoma, bastante estranha quanto aos efeitos terapêuticos dos quais a análise merece ser creditada” (SOLER, 1998, p.391).

De certo modo, noções como a de identificação ao sintoma são oriundas da imposição que o incurável ganha no interior do ensino lacaniano. Essa imposição permite orientar a clínica psicanalítica evidenciando a singularidade das soluções de cada analisante no tratamento, já que “o sintoma cria a diferença. Sempre singular, rebelde à universalização. Ele é princípio de dissidência” (SOLER, 1998a, p.395-396).

Podemos concluir que, em Freud, o sujeito demanda um tratamento através do sofrimento causado pelo sintoma que leva à análise, e em Lacan, o sintoma evoca, ao mesmo tempo, o elemento da terapêutica em psicanálise (LACAN, 1936/1998) e a dimensão do incurável.

Desde a reescrita do sintoma com a grafia *sinthoma*, como meio de dar nome ao incurável (MILLER, 2008-2009), até a concepção de final de uma análise como “um saber fazer aí com o sintoma”, ou como um identificar-se a ele (LACAN, 1977-76), vê-se operadores clínicos que permitem dar especificidade do tratamento psicanalítico, que permite saídas frente aos emaranhados do sintoma e, ao mesmo tempo, reconhece o incurável em cada sujeito.

Concluindo e aproveitando aqui justamente o que diz Lacan em seu seminário, “O momento de concluir” (LACAN, 1977-1978),

A análise não consiste em ser liberado de seus *sinthomas* [*sinthomes*], pois é assim que escrevo sintoma [*symptôme*]. A análise consiste em que se saiba porque se está emaranhado<sup>52</sup> a ele. (...) isso deixa traços. Porque isso deixa traços, isso tem consequências, que não é outra senão o sintoma [*sinthome*], e a análise consiste - às vezes há um progresso, na análise - em se dar conta de porque se tem esses sintomas [*sinthomes*] (LACAN, 1977-1978)<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Travado, enredado.

<sup>53</sup> Lição de 10 de janeiro de 1978.

## REFERÊNCIAS

ASSOUN, Paul-Laurent. **Freud**: a filosofia e os filósofos. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1978. 223 p.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Introdução à epistemologia freudiana**: Rio de Janeiro: Imago, 1983. 247 p.

ASSOUN, Paul-Laurent. **O freudismo**: Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 117 p.

BATAILLE, Laurence. **O umbigo do sonho**: por uma prática da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 126 p.

BELAGA, Guillermo. O psicanalista aplicado no hospital. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory (Orgs.). **Os usos da psicanálise**: primeiro encontro americano do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 9-18.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1989. 332 p.

BERNARDES, Angela. **Tratar o impossível**: a função da fala em psicanálise. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 182 p.

BLANTON, Smiley. **Diário de minha análise com Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975. 93 p.

BREGER, Louis. **Freud**: o lado oculto do visionário. São Paulo: Manole, 2002.

BROUSSE, Marie-Hélène. De que sofremos? **Curinga**, Belo Horizonte, v. 18, p.122-127, Nov. 2002.

CLAVREUL, Jean. **Ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

CORBIN, Alain. O encontro dos corpos. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do corpo**: da Revolução à Grande Guerra, Petrópolis: Editora Vozes, 2009. v. 2. p. 181-266.

COTTET, Serge. **Freud e o desejo do psicanalista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. 198 p.

COTTET, Serge. Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: SANTOS, Tania (Org.). **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 11-40.

DOOLITTLE, Hilda. **Visage de Freud**: avec des lettres inédites de Sigmund Freud. Paris: Denoël, 1977. 171 p.

DOSSE, François. **História do estruturalismo**: o campo do signo, 1945-1966. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora UNICAMP, 1993.

DUNKER, Christian; PERON, Paula. Usos e sentidos da cura na psicanálise de Freud. **Percursos**, São Paulo, v. 15, n. 28, p. 83-98, 2002.

DUNKER, Christian. Arqueologia da Psicanálise: o problema da cura. In: SAFATLE, Vladimir; MANZI, Ronaldo (Org.). **A Filosofia após Freud**. São Paulo: Humanitas, 2008, v. 1, p. 223-234.

DUNKER, Christian. O urso-polar e a baleia. **Revista Cult**, São Paulo, n. 140, p. 59- 62, Out. 2009.

DUNKER, Christian. Mal estar, sofrimento e sintoma. In: ENCONTRO ANUAL DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE E FILOSOFIA, 3, 2010, São Paulo. Não publicado.

ESQUÉ, Xavier. Le désir de l'analyste et la psychanalyse appliqué à la thérapeutique. **Mental**, Paris, v. 11, n. 16, p. 27-33, Out. 2005.

FAURE, Olivier. O olhar dos médicos. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do corpo**: da Revolução à Grande Guerra, Petrópolis: Editora Vozes, 2009. v. 2. p.13-55.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FERREIRA, Roberto; PIMENTA, Arlindo. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

FINGERMANN, Dominique. O nome e o pior. In: FINGERMANN, Dominique; DIAS, Mauro. **Por causa do pior**. São Paulo, Iluminuras, 2005. p. 21-40.

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

FORNS, Juan; BATLLO, Juan; BATLLO, Antonio. **Semiologia médica e técnica exploratória**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

FOUCAULT, Michel. (1963). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FREDA, Hugo *et al.* A prova do efeito terapêutico. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 3, 2007, Belo Horizonte. **Anais do 3º Encontro Americano do Campo Freudiano**. Belo Horizonte, 2007, p. 73.

FREUD, Sigmund (1900). A interpretação dos sonhos. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 4-5. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 17-566.

FREUD, Sigmund. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-88.

FREUD, Sigmund. (1925a). Algumas notas adicionais sobre a interpretação de sonhos como um todo. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 155-173.

FREUD, Sigmund. (1929). Análise terminável e interminável. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 247-287.

FREUD, Sigmund. (1937). Análise terminável e interminável. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 23, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 239-287.

FREUD, Sigmund. (1926). A questão da análise leiga. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 205-285.

FREUD, Sigmund. (1932). Conferência 34. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 167-191.

FREUD, Sigmund. (1887). Duas breves resenhas. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 61-62.

FREUD, Sigmund. (1892). Esboço para Comunicação Preliminar de 1893. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 166-174.

FREUD, Sigmund. (1895). Estudos sobre histeria. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**, v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-59.

FREUD, Sigmund. (1892-1899). Extratos de documentos dirigidos a Fliess: Carta 70. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 281-283.

FREUD, Sigmund. (1905a). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 5-119.

FREUD, Sigmund. (1891). Hipnose. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 125-133.

FREUD, Sigmund. (1888). Histeria. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 65-83.

FREUD, Sigmund. (1918). Linhas de progresso na terapia analítica. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 199-211.

FREUD, Sigmund. (1923b). Observações sobre a teoria e a prática da interpretação de sonhos. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 137-152.

FREUD, Sigmund. (1915). Observações sobre o amor transferencial. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 205-223.

FREUD, Sigmund. (1923c). O Ego e o Id. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 55-56.

FREUD, Sigmund. (1929). O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 81-171.

FREUD, Sigmund. (1905b). Os chistes e a sua relação com o inconsciente. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 8. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 136.

FREUD, Sigmund. (1889a). Prefácio de La suggestion de Bernheim. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 95-108.

FREUD, Sigmund. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 145-159.

FREUD, Sigmund. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 12, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.161-171.

FREUD, Sigmund. (1889b). Resenha de Hipnotismo, de August Forel. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 110-121.

FREUD, Sigmund. (1904) Sobre a psicoterapia. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 7. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976. p. 263-278.

FREUD, Sigmund. (1905c). Sobre a psicoterapia. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas** v. 7. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. p. 263-278.

FREUD, Sigmund. (1913). Sobre o início do tratamento. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 145-159.

FREUD, Sigmund. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 136-147.

FREUD, S. (1890). Tratamento psíquico (ou anímico). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 7, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 259-279.

FREUD, Sigmund. (1909). Troisième leçon. In: FREUD, Sigmund. **Cinq leçons sur la psychanalyse**. Paris: Payot, 1977. p. 44-45.

FREUD, Sigmund. (1923a). Uma neurose demoníaca do século XVII. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 91-138.

FREUD, Sigmund. (1892-1893). Um caso de cura pelo hipnotismo. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 175-191.

FREUD, Sigmund. (1925b). Um estudo autobiográfico. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-92.

GUNTHER, Harry. **A cura da mente enferma**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 286 p.

HARARI, Angelina; SILVA, Rômulo. O trabalho de supervisão na instituição de saúde mental. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory (Orgs.). **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 49-54.

HORNE, Bernardino. A doutrina do passe. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 44, p. 44-50, 2005.

KUPERMANN, Daniel. Dor e cura na constituição da clínica freudiana: um ensaio sobre o primeiro Freud. **Percursos**. São Paulo, n. 18, p. 97-103, 1º semestre/1997.

LACAN, Jacques. (1966a). A ciência e a verdade. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 869-892.

LACAN, Jacques. (1956) A coisa freudiana. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 402-437.

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

LACAN, Jacques. (1957a). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 496-533.

LACAN, J. (1958c). A significação do falo. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 692-703.

LACAN, Jacques. (1964b). Ato de fundação. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LACAN, Jacques. Ato psicanalítico: Resumo sobre o seminário de 1967-1968. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 378.

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

LACAN, Jacques. (1966b). De nossos antecedentes. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 69-76.

LACAN, Jacques. (1966c). Do sujeito enfim em questão. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 229-237.

LACAN, Jacques. (1964c). Do Trieb de Freud e do desejo do psicanalista. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 865-868.

LACAN, Jacques. (1953a). Função e campo da palavra e da linguagem. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 238-324.

LACAN, Jacques. (1951). Intervenção sobre a transferência. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 214-225.

LACAN, Jacques. (1975). La tercera. In: LACAN, Jacques. **Intervenciones e textos**. Buenos Aires: Manantial, 1985.

LACAN, Jacques. (1958-1959). **Le séminaire, livre 6**: Le désir et de son interprétation. Paris, inédito.

LACAN, Jacques. (1964a). **Le séminaire, livre 11**: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris: Seuil, 1973. 254 p.

LACAN, Jacques. (1964-1965). **Le séminaire, livre 12**: Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. Paris, inédito.

LACAN, Jacques. (1965-1966). **Le séminaire, livre 13**: L'objet de la psychanalyse. Paris, inédito.

LACAN, Jacques. (1966-1967). **Le séminaire, Livre 14**: La logique du fantasme. Paris, inédito.

LACAN, Jacques. (1976-77). **Le séminaire, Livre 24**: L'insu qui sait de l'une bévée s'aile a mourre. Paris, inédito.

LACAN, Jacques. (1977-1978). **Le séminaire, Livre 25**: Le moment de conclure. Paris, inédito.

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

LACAN, Jacques. (1953b). **O Seminário, livro 1**: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. 336 p.

LACAN, Jacques. (1955-56). **O Seminário, livro 3**: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. 366 p.

LACAN, Jacques. (1956-57). **O Seminário, livro 4**: A relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. p. 379.

LACAN, Jacques. (1959-60). **O Seminário, livro 7**: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. 396 p.

LACAN, Jacques. (1968-1969). **O Seminário, livro 16**: De um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008. 412 p.

LACAN, Jacques. (1969-1970). **O Seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, 230 p.

LACAN, Jacques. (1975-1976). **O seminário, Livro 23**: o sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. 249 p.

LACAN, Jacques. (1957b). O seminário sobre a carta roubada. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 11-66.

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

LACAN, Jacques. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 248-264.

LACAN, Jacques. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 807-842.

LACAN, Jacques. (1973). Televisão. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 508-543.

LACAN, Jacques. (1978a). Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes. **Correio**, São Paulo, n. 65, p. 31-32, abril 2010.

LACAN, Jacques. (1958a). Variantes do tratamento padrão. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p. 325-364.

LAIA, Sérgio. A prática analítica nas instituições. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory (Orgs.). **Os usos da psicanálise**: primeiro encontro americano do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 49-54.

LAIA, Sérgio. O sintoma como problema e solução. **aSEPHallus**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 64-72, mai.-out. 2008.

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

LESERRE, Lucas *et al.* Mediação de efeitos terapêuticos rápidos: uma investigação em 100 tratamentos de 16 entrevistas. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 3, 2007, Belo Horizonte. **Anais do 3º Encontro Americano Do Campo Freudiano**. Belo Horizonte: [s.n.], 2007, p. 71.

LÉVI-STRAUSS, Claude. (1949). A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1973. p. 215-236.

MANDIL, Ram. **Os efeitos da letra**: Lacan leitor de Joyce. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. 288 p.

MERLET, Alain. Lacan médico. In: MERLET, Alain. **Lacan, você conhece?** São Paulo: Cultura Editores Associados, 1998. p. 87-91.

MEZAN, Renato. Viena e as origens da psicanálise. In: PERESTRELLO, Marialzira. **A formação cultural de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 73-105.

MILLER, Jacques-Alain. A saída da análise. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 7/8, p.1-5, inverno 1993.

MILLER, Jacques-Alain. Conferencia a los estudiantes de psicologia. In: MILLER, Jacques-Alain. **Conferencias Porteñas**: Tomo I Desde Lacan. Buenos Aires: Paídos, 2009. 288 p.

MILLER, Jacques-Alain. **Curso da orientação lacaniana**: Coisas de fineza em psicanálise. Paris, inédito, 2008-2009.

MILLER Jacques-Alain. **Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse**. Paris: Navarin, 2005a. 151 p.

MILLER, Jacques-Alain. **Lacan elucidado, palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. 608 p.

MILLER, Jacques-Alain. Marginalia de Milão: sobre a análise finita e infinita (final). **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 11, p. 67-74, Nov. 1994.

MILLER, Jacques-Alain. Psychanalyse pure, psychanalyse appliquee et psychotherapie. **La Cause Freudienne**, Paris, n. 48, p. 7-35, 2001.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e Ordem Pública. **Curinga**, Belo Horizonte n. 13, p. 20-31, Set. 1999.

MILLER, Jacques-Alain. **Seminário**: O desejo de Lacan. Salvador: EBP-Bahia, 1995. 88 p.

MILLER, Jacques-Alain. **Silet**: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005b. 334 p.

MILNER, Jean-Claude. **L'oeuvre Claire**. Paris: Éditions du Seuil, 1995. 173 p.

MILNER, Jean-Claude. **Le périple structural**: figures et paradigm. Paris: Éditions Verdier , 2008. 376 p.

PERON, Paula Regina. Da sugestão à análise da transferência: a noção de cura psicanalítica no início da obra freudiana. **Mental**, Barbacena, n. 2, p. 35-53, Jun. 2004.

ROUDINESCO, Elisabeth. **História da Psicanálise na França**: A Batalha dos Cem Anos. v. 1: 1885-1939. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. 496 p.

SAFATLE, Vladimir. **A paixão do negativo**: Lacan e a dialética. São Paulo: Editora Unesp, 2006. 335 p.

SOLER, Colette. Amar seu sintoma? In: SOLER, Colette. **A psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998a. p. 391-415.

SOLER, Colette. O que posso esperar de uma psicanálise? In: SOLER, Colette. **A psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998b. p. 465-474.

SOLER, Colette. **Sintomas**. Santafé de Bogotá: Asociación del Campo Freudiano de Colombia, Bogotá, 1998c. 105 p.

SCHORSKE, Carl. **Viena Fin-de-Siècle**: política e cultura. São Paulo: Companhia das Letras; Campinas: Ed. Unicamp, 1991. 392 p.

TEIXEIRA, Antônio. Dor de existir e lassidão do pensamento: por uma incursão ao Espinosa de Lacan. In: TEIXEIRA, Antônio. **A soberania do inútil e outros ensaios de psicanálise e cultura**. São Paulo: Annablume, 2007. p. 85-103.

TEIXEIRA, Antônio. O nó ateu: do Mito do Pai ao pai como sinthome. In: TEIXEIRA, Antônio. **A soberania do inútil e outros ensaios de psicanálise e cultura**. São Paulo: Annablume, 2007. p. 105-110.

TRILLAT, Étienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991. 290 p.

VIGANÓ, Carlo. A psicanálise aplicada. **Correio**. Rio de Janeiro, n. 31, p. 11-24, 2000.

VIGARELLO, Georges; PORTER, Roy. Corpo, saúde e doenças. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean- Jacques; VIGARELLO, Georges. (Orgs.). **História do corpo**: da Renascença às Luzes. Petrópolis: Editora Vozes, 2009. v. 1. p. 441-486.

VIRGILIO, Publio. **Énéide**. Édition bilingüe. Texte établi par René Durand et traduit par André Bellessort. Paris: Édition Les Belles Lettres, 1948.