

## REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA-ESCOLA, A PSICANÁLISE E SUA TRANSMISSÃO<sup>1</sup>

*Cristina Moreira Marcos\**

### RESUMO

Muitas são as questões que surgem a partir da experiência de iniciação à escuta clínica nos ambulatorios universitários. O que esta clínica ensina? E de que maneira ela pode participar do processo de transmissão da psicanálise que se dá na universidade? Esta parece ser a questão primeira, com a qual nos defrontamos, quando buscamos pensar as relações entre a clínica e a universidade. Delimitamos nosso artigo em torno da possibilidade de transmissão da clínica psicanalítica na clínica-escola e das incidências desta prática naquele que a exerce. Trata-se de nos interrogarmos sobre a possibilidade de transmissão da clínica psicanalítica, da sua ética e do seu ato, em uma clínica-escola.

Palavras-chave: clínica-escola; psicanálise; transmissão; universidade; prática.

### ABSTRACT

#### REFLECTIONS ON THE SCHOOL CLINIC, PSYCHOANALYSIS AND ITS TRANSMISSION

*There are many questions that arise from the experience of initiation into clinical listening in university clinics. What this clinic teaches and how it participates in the transmission process of psychoanalysis that takes place at the university? This seems the first question with which we face when we try to think about the relationship between the clinic and the university. We defined our article about the possibility of transmission of psychoanalytic clinic in the school clinic and implications of this practice that the exercises.*

*This is to ask ourselves about the possibility of transmission of psychoanalytic practice, its ethics and its act, in a school clinic.*

*Keywords: school clinic; psychoanalysis; transmission; university; practice.*

---

\* Psicanalista. Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris 7. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da PUC/MINAS.

## I. A FORMAÇÃO – O LUGAR DA CLÍNICA NA UNIVERSIDADE

Muitas são as questões que surgem a partir da experiência de iniciação à escuta clínica nos estágios oferecidos aos alunos de graduação de Psicologia. O que esta clínica ensina e de que maneira ela participa do processo de transmissão que se dá na universidade? Esta parece ser a questão primeira, com a qual nos defrontamos, quando buscamos pensar as relações entre a clínica e a universidade.

Lugar da pesquisa e da reflexão, a clínica é também ponto de interseção da universidade com a comunidade. A universidade não existe autonomamente, ela existe em relação com a comunidade e com a sociedade. Poderíamos pensar que se a clínica-escola é voltada para a formação do aluno ela seria determinada pelo processo acadêmico. Entretanto, não é o processo de ensino que determina a clínica, mas a atenção à saúde e o cuidado com o sofrimento psíquico. O atendimento à comunidade é, neste sentido, formador. Na realidade dos atuais serviços de Saúde Mental do município, o ambulatório universitário transforma-se rapidamente em referência para o atendimento da população.

O serviço ambulatorial traz algumas particularidades no seu funcionamento, na caracterização da sua clientela, nas modalidades de atendimento oferecidas, no lugar que ocupa na rede de serviços. Somos confrontados a problemas inerentes a qualquer serviço ambulatorial de saúde mental: a demanda espontânea e induzida, seu escoamento, os encaminhamentos, a existência ou não da lista de espera, a triagem, a necessidade de equipes interdisciplinares, o gerenciamento do serviço, entre outros. A clínica-escola traz semelhanças com tais serviços, mas deles se diferencia na medida em que é lugar de formação e pesquisa. Isto significa considerarmos as dificuldades e os problemas com os quais nos deparamos e nos deixarmos transformar por eles. A comunidade não está a serviço do ensino; ao contrário, é a universidade que se deixa transformar por essa relação com a comunidade.

Freud (1969 [1919]), em seu texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, não deixa de sugerir a prática clínica aos cursos universitários através da criação de ambulatórios. Em vários momentos de sua obra, ele comenta as possíveis interseções entre psicanálise e universidade. Trata-se, nas indagações freudianas, de se perguntar sobre a transmissão de um saber sobre a clínica no âmbito universitário. Embora suas posições oscilem entre um total descrédito frente à relação entre psicanálise e universidade e a certeza de que a psicanálise teria muito a contribuir na instituição universitária, Freud é inflexível quanto à certeza de que a verdadeira transmissão da psicanálise se dá na experiência singular do sujeito e não a partir de um ensino formal. O saber sobre a clínica é da ordem do particular. Abre-se a possibilidade de uma outra relação com o saber dentro da universidade.

Em suas conferências proferidas na Universidade Clark nos Estados Unidos, as “Cinco lições de psicanálise” (1969 [1910]), Freud adverte que não se aprenderá o método investigativo psicanalítico ou o modo de realização do tratamento analítico ouvindo-se as conferências. Poderíamos afirmar com Freud que, fora da experiência clínica, as informações sobre os métodos e as técnicas psicoterápicas seriam comentários de segunda mão. Em seu texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades” (1969 [1919]), ele sugere aos cursos teóricos o atendimento ambulatorial. Neste espaço, abrir-se-ia outra perspectiva do saber, na medida em que o particular de cada sujeito estaria em causa. Interessa-nos a interrogação acerca da possibilidade de transmissão da psicanálise na universidade no âmbito particular da prática clínica supervisionada nos serviços ambulatoriais universitários. Diversas são as abordagens terapêuticas que compõem o universo teórico e prático das clínicas-escolas, entretanto nos deteremos na investigação da possibilidade de transmissão da psicanálise e de sua clínica neste contexto a fim de elucidarmos melhor as relações entre psicanálise e universidade.

A clínica-escola abre a possibilidade de que a prática seja colocada em questão, distanciando-se da ideia de que somente a experiência ensinaria. A clínica-escola é uma formação pela prática, dentro de um lugar onde se ensina – espaço de supervisão, discussão, construção do caso clínico. Trata-se de tornar o aluno capaz de aprender com a prática. Os sujeitos nos procuram porque sofrem e querem uma resposta para o seu adoecer, para a sua dor psíquica. A clínica nos coloca diante da impossibilidade desta resposta. O aluno depara-se com o fato de que a clínica não é um lugar para se aprender um conjunto de regras técnicas ou um modo de interpretar, ela é espaço de criação de novas possibilidades de pensar. Ir ao encontro deste intervalo entre o pedido do paciente e a nossa resposta, não para superá-lo ou tamponá-lo, mas para apreendê-lo em sua existência constante, tal é o saber em jogo na clínica.

Confrontado a esta experiência, o aluno conhece o hiato entre o saber exposto em sala de aula, o conteúdo aprendido, e o que se passa na cena clínica, a experiência analítica (Dias, 2003). A impotência, o despreparo, a falta de embasamento teórico são chamados, no discurso dos estagiários, a responder por esta hiância. Questões referentes às defasagens teóricas, à inexperiência, tomada como despreparo, ao tempo do atendimento, à alternância dos estagiários de um semestre para o outro são frequentes. Ao aluno e ao supervisor será preciso aprender a deixar de lado a ambição de se tornar um mestre para tornar possível uma posição que abra espaço para o sujeito.

Seria a clínica-escola, um espaço privilegiado de transmissão na universidade, espaço para o singular? A clínica é lugar da suposição de um saber e não de

sua exposição, como é o caso no ensino formal universitário, no qual o saber se transmitiria plenamente em forma de conceitos-padrão para um grande número de sujeitos anulados em sua singularidade. A clínica na universidade seria um espaço privilegiado onde a perspectiva de uma relação distinta com o saber se colocaria, na medida em que o singular deve ser ali considerado.

Nesse espaço, embora haja uma demanda de saber teórico, há um confronto com o cotidiano da clínica que nos leva a um constante deslocamento em relação a esse saber. A supervisão implica uma demanda de saber sobre a teoria, sobre o diagnóstico, sobre o manejo da transferência e até mesmo um questionamento da eficácia do procedimento clínico. Entretanto, o fato de que exista uma clínica-escola na qual o atendimento se faz acompanhado da prática da supervisão não nos garante um funcionamento em que a relação com o saber possa ser deslocada. Pode-se, a partir de um determinado aspecto da teoria, ordenar o que se escuta na clínica, escamoteando a singularidade que a experiência prática provoca. Ao contrário, a supervisão pode provocar uma produção de saber sobre o caso a partir daquele que recolhe o que é escutado na clínica, para a partir daí recorrer à teoria. A supervisão abriria espaço, então, para a possibilidade de uma prática que leve à produção de saber.

A clínica ambulatorial nas universidades permite outro modo de relação com o saber, na medida em que esse encontro com a prática clínica revela a distância entre o saber constituído e o saber que se constrói. Na supervisão, este hiato entre um e outro se coloca tanto para o supervisor quanto para o aluno, que são assim incitados à pesquisa. Trata-se da implicação do aluno no processo de construção do saber, não mais passivo na sua relação com o saber, mas ativo, ator.

Se a universidade acolhe a clínica, poderíamos ter como consequência o constante questionamento e a renovação de uma e de outra. A clínica seria então, por excelência, o lugar onde o valor das proposições teóricas é examinado e interrogado. As disciplinas teóricas, propagadas de modo universitário, poderiam encontrar na clínica oportunidade de renovação.

A clínica abre um campo de pesquisa privilegiado na universidade. Ela é o reconhecimento da necessidade de complementação do que se pode transmitir pela via do ensino formal e a afirmação e a apropriação pela própria universidade de um espaço no qual a transmissão pode se dar de outro modo. Temos aí a dimensão da pesquisa e da produção de saber. A pesquisa estaria tanto do lado do aluno que conduz o atendimento quanto do supervisor que confirma ou não o que se ensina em sala de aula.

O que essa clínica ensina? Fazer uma pergunta pode sempre parecer coisa simples, que não exige muita sofisticação ou elaboração. No entanto, insistir sobre

as perguntas e não sobre as respostas pode ser uma estratégia diante da complexidade dos problemas sobre os quais gostaríamos de intervir. A elaboração de uma boa pergunta pode ser um modo de colocarmos em relação a teoria e a prática, o pensar e o fazer. A clínica pode e deve ser o lugar onde o aluno encontra um ponto de interseção entre a teoria e a prática, lugar do fazer e da reflexão sobre o fazer. Mas, para além disso, lugar em que ele pode se confrontar com sua própria singularidade e com os limites que a prática impõe ao saber constituído. O ato de perguntar põe em jogo uma teoria que nem sempre podemos explicitar, mas que está lá, sustentando nossa pergunta, nossa hipótese a ser verificada. A clínica-escola é lugar do exercício da pergunta, do questionamento, das dúvidas. Portanto, lugar por excelência da pesquisa.

## II. A INSTITUIÇÃO E A CLÍNICA

Sobre a clínica que aí se pratica, algumas questões se impõem: quem nos procura? Quais são as suas demandas? O que diferencia esta clínica de outras práticas institucionais? Quais são os efeitos desta clínica naquele que nos procura? E naquele que exerce esta prática? Trata-se aqui de nos interrogarmos sobre a possibilidade de transmissão da clínica psicanalítica, da sua ética e do seu ato em uma clínica-escola. Qual o seu lugar na formação do aluno?

Ainda é preciso dizer que a clínica-escola comporta diversas práticas e abordagens clínicas. A psicanálise é apenas um dos discursos ali veiculados. Trata-se, neste artigo, de se refletir sobre esta presença e sobre o ensino da psicanálise nesse contexto. O curso de graduação em psicologia e a prática de estágio nos ambulatórios universitários não visam à formação de psicanalistas, nem se pautam em um dogmatismo que obstruiria o debate científico, marcado pela diversidade e característico da universidade.

A clínica da psicanálise, hoje, não se restringe ao âmbito do consultório privado. Trata-se aqui de uma noção da clínica que não se restringe ao âmbito do consultório particular, mas que, ampliada a outros campos, impõe outros questionamentos e problemas a serem enfrentados. Hoje, encontramos psicólogos trabalhando, além dos consultórios particulares, em instituições dos mais diversos campos: na saúde mental, em centros de saúde, em serviços de urgência e em hospitais psiquiátricos; na assistência social, em programas sociais e comunitários, em programas de atendimento a crianças e adolescentes, em ONG's; no campo jurídico, em instituições policiais e jurídicas; em conselhos tutelares; no campo da saúde, em hospitais gerais, em programas de saúde da família. Se devemos considerar

que a clínica psicanalítica tem seu *locus* privilegiado de trabalho no atendimento individual em consultório particular, não podemos negar sua expansão a campos e setores sociais muito diversos em função da ampliação dos seus limites de atuação. Temos, de um lado, o desenvolvimento da teoria, que permite a abertura de novos campos de atuação, e, de outro, as transformações sociais e os avanços do mundo contemporâneo, que impulsionam e questionam a teoria e a clínica. Se nos interrogamos acerca da possibilidade de transmissão da psicanálise em uma clínica universitária, trata-se, em última instância, de pensar a possibilidade da prática psicanalítica, da sua ética e do seu ato para além do seu enquadre clássico.

É preciso, então, dizer que a psicanálise não se converte aí em uma psicoterapia de inspiração analítica. Não se trata de suprimir o sintoma, nem tampouco de passar a uma prática de conselhos e orientações pautada nas psicoterapias por identificação. Miller (1997) afirma que toda psicoterapia é uma terapia da imagem de si e, portanto, está fundada no estádio do espelho. Definidas como terapias que se fazem a partir da identificação com o mestre, elas caminham no sentido de restituir ao eu suas funções. Institui-se um outro, o terapeuta, como aquele que sabe do que é bom para o sujeito, do que ele deve fazer para alcançar seu bem, um outro que orienta e aconselha. Deste outro colocado no lugar do mestre espera-se a aprovação.

Para Miller (1997), a possibilidade da análise reside na recusa do analista em utilizar tais poderes da identificação. A análise depende então da posição que o analista adota. É recusando-se a ser terapeuta, a agir pela via da identificação, que o analista abre a porta para a análise. Dito de outro modo, é recusando o desejo de ser mestre, de ser aquele que sabe a resposta que falta, de ser aquele que alivia o sujeito de seu sofrimento, enfim, de ser aquele que cura, para assumir o desejo do analista, que a análise pode ocorrer. Freud nos adverte sobre o desejo de curar inúmeras vezes. Na verdade, é recusando o desejo de curar que o analista abre a possibilidade ao sujeito de fazer o percurso de uma análise e assim elucidar seu desejo para além das identificações. Que o encontro com um analista, ou com um estudante orientado pela psicanálise, possa abrir as portas desta elucidação para o sujeito, tal é a aposta. Não se trata de afirmar que este percurso se realiza, mas sim de que se pode ofertar ao sujeito o limiar desta entrada. A prática que se faz na clínica-escola, orientada pela psicanálise, não reduz a psicanálise ao que ela tem em comum com a psicoterapia, mas antes visa este para além que aponta para o percurso de uma análise.

A oferta do atendimento clínico é feita ao público. Com a oferta, cria-se a demanda, é o que Lacan (1998 [1969]) afirma em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”. O dispositivo analítico tem a peculiaridade de criar a

demanda sem respondê-la. O sujeito que nos procura visa se livrar do seu sofrimento, fazemos a oferta de uma escuta e o convite para que ele fale. A oferta da escuta não livra o sujeito de uma implicação com seu sintoma.

Trata-se de reintroduzir a dimensão subjetiva. O efeito primeiro da oferta é produzir a demanda: “Demande!” – seria então o que pedimos ao sujeito que nos procura. Escutar a demanda de cada um é o que Freud nos ensina, na medida em que o sintoma e seu gozo são o que há de mais singular para um sujeito. O sujeito se queixa do seu sofrimento e chega até nós para que o ajudemos a se livrar disto. O analista se oferece como destinatário desta fala. Se o sofrimento aparece como sintoma, portador de um sentido, e o gozo deste sintoma é sentido como desprazer, temos aí o tempo da demanda e da transferência. Isso não significa dizer que todo pedido de ajuda com o qual nos defrontemos termine em uma demanda de análise. Embora isto possa acontecer.

Falar da dimensão subjetiva é dizer que somos responsáveis pela nossa posição de sujeito. Trata-se de levar o sujeito a avaliar sua responsabilidade no que lhe acontece. O analista busca localizar o laço que o sujeito mantém com o sintoma e trabalha sobre as consequências disto. Para tal, nos baseamos na ideia freudiana de que o sintoma tem um sentido ligado à experiência do sujeito.

Relativo ao inconsciente e ao gozo, o sintoma é sinal de um sujeito. Este mal-estar que se impõe a nós e nos interpela remete menos a um estado patológico do que a uma manifestação do inconsciente. Portanto, ele não revela a verdade de uma doença orgânica, mas a verdade do sujeito do inconsciente. O sintoma é uma forma de satisfação sexual, um modo de gozo, um destino pulsional. Ele não só é a mensagem velada de um desejo inconsciente, mas também o lugar de uma satisfação mórbida. Por isto, o sujeito não pode abrir mão facilmente dele, atrelado que está a uma satisfação mórbida cuja motivação inconsciente ele desconhece.

É preciso, então, que o sujeito que vem se queixar do seu sofrimento suponha que haja nisto um sentido enigmático que ele desconhece. Transformar o sintoma em questão endereçada ao analista é correlativo da instauração do sujeito suposto saber. O sintoma é transformado em enigma que representa a divisão do sujeito.

Poderíamos, então, pensar que a clínica que se faz no ambulatório universitário equivale ao que chamamos de entrevistas preliminares. Entretanto, esta aproximação entre uma e outra é só parcialmente verdadeira. No espaço institucional da clínica-escola, o tempo é limitado e frequentemente não se produz o deslocamento subjetivo, no qual o sujeito se implica em seu sintoma. A ele será feita novamente a oferta de tratamento, mas será a um outro estagiário que ele é convidado a endereçar a sua demanda.

Há que se fazer ainda outra pergunta: a demanda daquele que sofre é endereçada à instituição ou àquele que irá recebê-lo em tratamento? Estamos aqui diante de uma questão crucial na delimitação da especificidade da clínica-escola. É preciso conduzir de tal modo o tratamento de maneira a transformar o sintoma em questão e ao mesmo tempo permitir um endereçamento que seja à instituição, ao outro estagiário, ao tratamento.

Ainda outra questão. Sabemos que nos tempos de hoje a demanda de cura se apresenta atrelada à pressa, à urgência, à ânsia por resultados, a efeitos. Qual resposta a psicanálise pode dar à pressa dos tempos atuais? Talvez seja a inclusão de um tempo de pausa na pressa do sujeito, um tempo da palavra, a única saída possível. A suspensão da resposta é o que pode abrir para o sujeito a dimensão da palavra e do seu desejo. Miller (1997) afirma:

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

### III. O TEMPO

A psicanálise nos ensina que o sujeito, ao mesmo tempo que quer se livrar do seu sintoma, está amarrado a ele. O sujeito pode acreditar que ele quer se livrar do seu sofrimento e que há um outro que tem condições de fazê-lo. Entretanto, sabemos que ele não abre mão facilmente do seu sintoma e do seu modo de sofrer (Lacan, 1990 [1964]).

Talvez possamos dizer que o que produzimos é um deslocamento mínimo e a introdução de um tempo de suspensão, de pausa na pressa do sujeito. O sujeito se lança na palavra e colocamos em marcha o mecanismo do inconsciente.

Na clínica-escola, o tratamento é limitado no tempo. Em princípio, um semestre letivo, o que equivale a quatro meses. Este período pode ser estendido quando o aluno continua o estágio na clínica por mais um semestre, porém com outro supervisor. Podemos pensar que, nestes quatro meses, teríamos o intuito de produzir, através do encontro com o analista, a divisão subjetiva que poderia levar à análise. Isto equivaleria às entrevistas preliminares. Em que elas seriam diferentes daquelas que acontecem no consultório de um analista? E por que elas acontecem



ali? Neste caso, temos de nos perguntar quem é nosso público. São pessoas que frequentemente não podem pagar por uma análise – seja porque são oriundos de uma classe menos favorecida, seja porque são jovens e estudantes. São também pessoas ligadas à comunidade universitária, estudantes, principalmente de psicologia, e funcionários. Chegam, muitas vezes, porque foram aconselhados a procurar o serviço por um amigo, um professor, um psicólogo, um profissional de outro serviço de atendimento, um cliente da clínica, um aluno da universidade.

As questões do sofrimento do sujeito, do seu sintoma, do estabelecimento da transferência, do diagnóstico são então abordadas neste período. Entretanto, a comparação com as entrevistas preliminares não esgota a questão do tratamento na clínica-escola. Para além desta constatação, quais são os efeitos terapêuticos produzidos neste período? Há a oferta de uma escuta que produz o alívio pela palavra. De que modo a psicanálise pode lidar com estas demandas cuja resposta institucional inclui o tempo limitado, o face a face e, por vezes, a isenção do pagamento?

Às vezes não é necessário um longo tempo para produzir uma retificação subjetiva. Entretanto não há como prever este resultado. A duração da análise e seu prolongamento sempre foram fonte de preocupação para o próprio Freud. A experiência com o Homem dos lobos atesta esta preocupação. Mas a via tomada por Freud não será a da modificação da técnica e do combate à resistência na busca de uma eficácia rápida da análise, mas a da elaboração metapsicológica das razões que justificam o tratamento prolongado. A análise transcorre graças e apesar da resistência, ou melhor, o trabalho analítico é o trabalho de perlaboração. Diversas foram as experiências que buscavam limitar o tempo da análise, desde Ferenczi (1974 [1919-1924]) e Steckel (2001 [1938]), passando por Alexander e French (1965 [1946]), até Balint (2001 [1952]) e Malan (1975), entre outros. Buscava-se evitar a neurose de transferência através do que se chamava experiência emocional corretiva. A focalização apresentava-se assim como a técnica apropriada para manter o sujeito na atualidade de seus conflitos ao invés de se refugiar no passado. O esforço em abreviar o tempo do tratamento parece deixar de lado a própria descoberta freudiana, o inconsciente e suas formações e seus mecanismos.

As razões pelas quais se buscava uma abreviação do tempo da análise com certeza não são as mesmas do homem apressado de hoje. Desde “Estudos sobre a histeria”, Freud (1969 [1895]) nos revela o poder curativo das palavras. O *talking cure* não é nada além disto. Sua eficácia terapêutica reside na fala do paciente. Freud vai extrair daí um método que visa, para além dos efeitos terapêuticos da verbalização, a elaboração de um saber inconsciente. A transformação operada na análise é relativa a um ganho de saber – “tornar consciente o inconsciente”, “preencher as lacunas da memória”. No entanto, esse objetivo encontra necessariamente um

limite – um ponto de fuga do saber. Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1969 [1914]) diz que uma análise deve perseguir a rememoração, mesmo daquilo que se encontra “fora de alcance” da memória. O paradoxo é que os efeitos particulares de uma análise residiriam em encontrar o que não é encontrável (Bernardes, 2003).

No texto “A dinâmica da transferência” (1969 [1912]), o problema central apresentado por Freud não é outro senão a questão da resistência. Definida como um clichê estereotípico, que se repete no decorrer da vida e que determina em cada um sua maneira de amar, as pulsões que satisfaz e os objetivos que visa, motor do tratamento, a transferência torna-se a arma mais poderosa da resistência. O objetivo do tratamento é a suspensão do recalque, trazer à luz aquilo que foi esquecido. Contudo, as forças que fizeram a libido regredir levantam-se contra a análise. Uma força de repulsão se exerce a partir do núcleo do recalcado e, quando nos esforçamos para nos aproximarmos dos fios do discurso que estão recalcados, experimentamos a resistência. Freud é bastante claro. Logo chegamos à resistência pela aproximação do discurso com o núcleo patogênico.

É no movimento no qual o sujeito se revela que aparece a resistência, aí surge a transferência. O primeiro núcleo do recalcado chama para si os recalques ulteriores. A resistência se produz quando a palavra da revelação não se diz. A palavra é também mediação entre o eu e o outro. Quando ela não se diz, ela se reduz à sua função de relação ao outro e é a presença do outro como semelhante que aparece. A resistência encarna-se neste sistema do eu e do outro. Trata-se, na análise, de sair disto. A análise é o inverso da idealização, o inverso da relação hipnótica. O analista se situa como objeto e não como ideal. Nele, há ausência do desejo de curar, a cura vem por acréscimo. Se nos agarramos ao desejo de curar, não levamos em conta o desejo inconsciente do sujeito. É isto que quer dizer a neutralidade do analista, não tomar partido de uma ou outra força pulsional.

A originalidade do tratamento analítico consiste em se levar em conta a relação problemática que o sujeito tem consigo mesmo. Essa relação é colocada em conjunção com o sentido do sintoma. Esse sentido não lhe deve ser revelado, mas assumido pelo sujeito. É isto que está em jogo na noção de *Durcharbeiten*, desenvolvida por Freud (1969 [1914]) em “Recordar, repetir e elaborar”. O termo aparece pela primeira vez neste texto com o sentido de trabalho analítico. Este texto representa um avanço no progresso da técnica analítica em relação às dificuldades que surgem após o abandono da hipnose. Dificuldades que dizem respeito à resistência como efeito do dispositivo analítico.

Freud descarta o método hipnótico, comparando-o a um efeito de laboratório, para afirmar que a análise avança apesar e por causa dos obstáculos à rememoração. A elaboração, o trabalho analítico, é apresentada como uma necessidade em função

de tais obstáculos. O trabalho do analisante é o trabalho diante destes obstáculos. Há aí um passo fundamental na clínica analítica. Com o abandono da hipnose, é o problema da técnica que se apresenta a Freud e este não é outro senão a questão da resistência. Independente dos esforços do analista, os obstáculos vão aparecer na prática. O caminho é a transferência e a associação livre. Não se trata de combater a resistência, mas de afirmar o trabalho analítico como algo que insiste apesar e por causa da resistência.

Tal posição coloca Freud diante do fato de que é preciso tempo. É este o sentido da elaboração. Nomear a resistência não faz com que ela desapareça. É preciso deixar tempo ao paciente para que ele conheça bem esta resistência que ele ignorava, para elaborá-la, vencê-la e prosseguir, apesar dela, o trabalho. Cada vez que nos aproximamos do núcleo patogênico, aparece a resistência ao trabalho. O paciente não lembra o essencial e surge um material silencioso que escapa à cadeia associativa. Trata-se de um resto que escapa ao simbólico, um limite à decifração, à interpretação.

Como lidar com isto que escapa à cadeia discursiva? De que modo um tratamento pela via da palavra pode dar conta deste resto? De que lugar deve o analista conduzir o tratamento? Uma análise leva tempo. Freud descobre a necessidade de um tempo imprevisível para a análise, sem possibilidade de abreviação, particular a cada sujeito. Como pensar, então, a prática na clínica-escola, limitada no tempo? Se caminhamos na direção de uma interpretação das resistências, tal como o fez uma certa corrente psicanalítica, não somos levados para fora do terreno da análise, presos a uma relação dual e imaginária entre analista e analisante?

Apenas quando a resistência atinge o seu auge é que podemos, junto com o paciente, descobrir as pulsões recalcadas que alimentam a resistência. O paciente somente pode se convencer da existência e da potência da resistência fazendo a experiência. Não basta nomear a resistência, é preciso dar tempo ao paciente para que ele possa elaborar a partir da experiência (Freud, 1969 [1914]).

Freud afirma que é esta elaboração das resistências que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. Fazer uma análise é antes de tudo fazer a experiência do inconsciente. Esta experiência, sob transferência, implica o confronto do sujeito com as pulsões que alimentam a resistência. A noção de elaboração significa que o analisante é confrontado a uma exigência pulsional constante que arruína toda ideia de descarga. Mesmo que a verbalização dirigida ao Outro alivie o sujeito de um certo peso, há sempre um resto. Este resto é sempre causa de repetição. Lacan (1990 [1964]) afirma que o objeto *a* é produto da cadeia significante, produz-se em seus intervalos, no entanto não pode ser absorvido pelo

simbólico. O objeto *a* escapa ao simbólico. Vale lembrar que é este objeto que é contornado pela pulsão em seu percurso circular.

Resta-nos perguntar qual o lugar do analista. Dissemos anteriormente que o analista não está no lugar do ideal, mas no lugar da causa. O conceito de desejo do analista implica que o analista deve ocupar o lugar de objeto que causa, que atrai, provoca e sustenta a transferência. A transferência deve ser entendida menos como os sentimentos pela pessoa do analista do que como uma atividade pulsional. O analista seria assim o objeto *a* ser contornado pela pulsão. Este objeto não é a pessoa do analista, mas um buraco. É somente deste lugar que o analista pode conduzir o tratamento. Díaz e Brandi (2003) discutem o lugar do analista na condução do tratamento a partir da noção do desejo do analista. É somente do lugar do objeto *a* como causa, buraco a ser contornado pela pulsão, que o analista pode conduzir uma análise.

Na clínica-escola, o encontro com o estagiário deve abrir a possibilidade de fazer surgir um vetor, um endereçamento ao Outro, que, se, por um lado, permite o alívio próprio à verbalização, por outro deixa um resto que deve poder ser contado, levado em conta, mesmo se refratário ao simbólico. De que ele precisa para poder contar este resto? Só há três modos de abordarmos este resto – a análise pessoal, o ensino de Freud e Lacan e a supervisão –, e aqui parece que ultrapassamos o âmbito da universidade. Para operar com a perda, com a causa do desejo do Outro, será preciso ter feito e refeito o percurso da falta de garantias do Outro em sua própria análise.

O desejo do analista quer dizer que ele deve ocupar o lugar de objeto que causa o discurso do sujeito. Seu compromisso é deixar aberta a hiância do desejo do Outro. O analista não opera do lugar daquele que sabe, que orienta, que aconselha. Por pouco que ele deixe entrever que ele sabe sobre o que é bom para o sujeito, por pouco que ele ocupe o lugar do supereu, o analista tropeça e sai do lugar de analista. A análise não é o lugar do diálogo, da simpatia, do entendimento, mas lugar da palavra e, portanto, do silêncio.

A regra proposta ao paciente, a da associação livre, é o que assegura que o sujeito advenha pela palavra. Lacan (1966 [1948]) afirma que são os impulsos agressivos que motivam a técnica analítica. A técnica busca amortecer a agressividade, dando lugar à palavra do paciente e não à sua pessoa. Não se trata de uma relação interpessoal e para isto contribui o despojamento da pessoa do analista. É preciso escutar para que a palavra do paciente advenha. O que condiciona a atitude do analista de oferecer-se desprovido de suas características pessoais não é o amor, mas a hostilidade aí subjacente. O analista quer evitar a armadilha que o apelo do paciente comporta – “Livre-me de meu sofrimento”. O eu não pode aceitar ser

libertado por um outro que não ele mesmo. Quem liberta o outro se converte em seu carrasco, é este o ensinamento do nó da servidão do imaginário.

Ao não tentar lutar com o outro eu que o ameaça, o eu do paciente deixa de se esforçar para erguer-se, para assegurar um lugar e se apresentar com uma unidade inteira. Assim o sujeito se abandona à sua palavra, se entrega a seus dizeres e se deixa falar. Se, ao contrário, há tensão agressiva, ou se o analista não se despojou do seu eu, ou, ainda, se há um eu que não se resigna a abandonar seu lugar, que chama e que desafia o outro eu a aparecer, a relação dual não deixa espaço para que a palavra surja para além da sua função de mediação. A situação analítica constitui um lugar – o da palavra e o da entrega a ela. Não há pessoas, nem “eus”, nem diálogo, só há possibilidade de desejar dizer – as pontuações remetem aos ecos dos ditos.

O eu evita os tropeços da linguagem, pois eles revelam que ele não é nada além da imagem, que ele é pura máscara. Por isto, o que ele sabe fazer é defender a imagem. Se nesta luta para se afirmar ele encontra outro eu desafiante, cai-se fora do registro analítico. Não é pelo diálogo, mas pela via da palavra – da associação livre – que transcorre uma análise.

Isto vale também para o encontro que se produz em uma clínica-escola, que se faz dentro de uma instituição, com suas regras e modos de funcionamento, encontro limitado no tempo, face a face, às vezes gratuito. O desafio é enfrentar os atravessamentos institucionais deixando espaço para o singular de cada caso, para a hiância entre a demanda e a resposta, para o que não se deixa recobrir pelas instâncias simbólicas, para os limites do simbólico. Isto significa evitar o convite ao jogo dual das regras e dos contratos, que não deixa lugar para a construção do singular. A transmissão da clínica se faz nesse limite do simbólico. Ali onde falha a regra, a continuidade, o contrato. Somente para além do imaginário, do seu jogo de espelhos, de semelhantes, algo da clínica pode se transmitir.

A maneira como Freud (1969 [1905]) escuta as histéricas modifica sua escrita de tal modo que a pura descrição dos fenômenos patológicos não é mais suficiente. A descrição dos quadros mórbidos não é mais capaz de dizer o que se passa no espaço da direção do tratamento. Como transmitir o que se passa em uma análise? Na publicação do caso clínico que ficou conhecido como o caso Dora, é esta a questão que acompanha todo o texto. Logo de início, Freud anuncia a impossibilidade de comunicá-lo. Se antes ele podia ser acusado de não dar informações sobre seus pacientes, agora poderá ser repreendido por expô-los.

Há aí um ponto de fuga. A construção do caso clínico não é a mera descrição dos fatos. Entre os fatos, há o murmúrio, o ruído, os restos. É disto que se faz a clínica. A originalidade da psicanálise consiste em ter feito deste ponto de fuga o fundamento mesmo de seu saber, o saber inconsciente. De fato, o inconsciente não

é outra coisa senão um saber que não se sabe. Esta fuga do saber nos leva a pensar na transmissão como algo que teria o fracasso como estilo (Marcos, 2007), que se faria justamente a partir daquilo que escapa, dessa fuga do saber, desse ponto de fuga que é o inconsciente. Talvez seja a partir daí que possamos transmitir o que se passa no lugar da direção do tratamento, que não se reduz a uma descrição dos fatos, mas aos murmúrios. Algo que resiste às palavras, que é refratário ao simbólico, mas que insiste em sua presença, deixando marcas.

A análise consiste justamente em perseguir aquilo que está fora da memória. A busca do analista se dá onde a linguagem vacila, onde a palavra falta e o real se faz sentir. Por isto, a transmissão da clínica só se faz no fracasso da linguagem, no deslizamento incessante de uma linguagem que não se diz nunca, uma linguagem que nos dá o indizível, que nos dá à medida do seu silêncio. A transmissão se dá a partir do saber em fracasso, em queda. Ali onde o que aparece é o desejo do analista. O desejo do analista não é outro além do desejo de querer saber sobre o inconsciente, desejo indestrutível, diante do qual não podemos ceder. Tal desejo só pode surgir no interior da experiência analítica.

A clínica-escola parece estar na interseção do contexto universitário com a ética da psicanálise e nos permite pensar como a psicanálise em intensão e a psicanálise em extensão não existem de modo desvinculado. Faz-se referência aqui ao par proposto por Lacan (2003 [1967]) na “Proposição de 9 de outubro de 1967”:

[...] do que chamarei, neste arrazoado, respectivamente, de psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela (Lacan, 2003 [1967]: 251).

Neste texto, Lacan (2003 [1967]: 249) refere-se à existência de “um real em jogo na própria formação do analista”, sobre o qual se fundam as instituições de psicanálise. É também no real que se funda a possibilidade de uma psicanálise em intensão. Uma análise só se inicia a partir de um mal-estar que divide o sujeito. Curiosamente, é no momento de iniciação a uma prática clínica que se coloca frequentemente para o aluno a questão da sua análise pessoal, apontando assim para além da universidade. É na iniciação a este trabalho muito sutil de pescar a não-palavra que surge para o aluno a questão da sua própria análise. O encontro com a clínica na universidade pode produzir, a partir desta relação particular com o saber que é requerida nesta experiência, um desejo de ir além. “[...] é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que se ata o círculo interior que traçamos como hiância da psicanálise em intensão” (Lacan, 2003 [1967]: 261). Nos atendimentos

clínicos e nas supervisões, para o aluno, confrontado a algo de um mal-estar que o interpela e o divide, abre-se talvez a possibilidade de passar daquele que trata à condição daquele que busca tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Alexander, F., & French, T. (1946/1965). *Terapêutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Balint, M. (1952/2001). *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris: Payot.
- Bernardes, A. (2003). *Tratar o impossível – a função da fala na psicanálise*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Dias, L. M. P. (2003). *Psicanálise e Universidade. Há transmissão sem clínica?* Belo Horizonte: Autêntica.
- Diaz, G. A., & Brandi, M. C. (2003). Os troços do analista nos trilhos do tratamento. *Escola Letra Freudiana*, 30/31, 109-114.
- Ferenczi, S. (1919-1924/1974). *Psychanalyse III*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1895/1969). Estudos sobre a histeria. *Obras completas, ESB*, v. II. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/1969). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. *Obras completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910/1969). *Cinco lições de psicanálise*. *Obras completas, ESB*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/1969). *A dinâmica da transferência*. *Obras completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1969). *Recordar, repetir e elaborar*. *Obras completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1919/1969). *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*. *Obras completas, ESB*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1948/1966). L'agressivité en psychanalyse. In: Lacan, J. *Écrits* (pp. 101-124). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1961/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/1990). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1967/2003). Proposição de 9 de outubro de 1967. In: Lacan, J. *Outros escritos* (pp. 243-264). Rio de Janeiro: Zahar.
- Mallan, D. (1975). *La psychothérapie brève*. Paris: Payot.

- Marcos, C. (2007). A escrita da clínica: o fracasso como estilo. In: Belissário M. A., Mysior, S, & Brasil, V. (Orgs.), *Transfinitos Colóquio: a escrita na psicanálise* (pp. 79-83). Belo Horizonte: Autêntica.
- Miller, J. A. (1997). Psicoterapia e psicanálise. In: Forbes, J. (Org.). *Psicanálise ou psicoterapia* (pp. 9-20). Campinas, São Paulo: Papyrus.
- Stekel, W. (1938/2001). *Technique de la psychothérapie analytique*. Paris: Payot.

#### NOTA

- <sup>1</sup> Agradeço ao Programa de Incentivo à Pesquisa – FIP – da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da PUC-MINAS pelo financiamento da pesquisa da qual resultou este artigo. Este artigo é também fruto de minha experiência como supervisora em uma clínica-escola.

Recebido em 21 de novembro de 2010  
Aceito para publicação em 2 de maio de 2011