

RESUMO

Sem ser reduzido a uma técnica nem excluí-la, o trabalho do analista se apóia sobre o seu inconsciente e sua posição em relação aos conflitos dos pacientes não implica uma ausência de desejo. Partindo de teorias freudianas e lacanianas sobre o desejo e a posição do analista, foram realizados três estudos de caso com psicólogas clínicas que trabalham a partir de um referencial psicanalítico para investigar os discursos sobre seu trabalho. Os resultados mostram a possibilidade de admitir conflitos com os pacientes e uma dificuldade de definir o próprio trabalho. Parece necessário desvincular o trabalho do analista de ideais teóricos.

Descritores: *posição do analista; técnica psicanalítica; desejo do analista.*

A POSIÇÃO DO ANALISTA: IMPASSES E ALTERNATIVAS

Paulo Padilla Petry

1. Introdução

A partir do referencial teórico psicanalítico, é difícil sustentar que qualquer profissional trabalhe por simples exercício de uma técnica objetiva esvaziada de subjetividade. O próprio trabalho do analista é, por excelência, o mais distante de uma simples técnica objetiva. A ênfase na transferência e na ação do inconsciente do analista no seu trabalho limitou desde os primórdios da psicanálise a importância da técnica psicanalítica.

A técnica psicanalítica pode ser difícil de definir em função da ação do inconsciente do analista e da transferência, mas a posição do analista pode, a princípio, parecer claramente definida em função da radicalidade da escuta analítica. Cottet (1982/1989) afirma que a descoberta freudiana do recalque e do

■ Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professor convidado do Departamento de Didática e Organização Educacional da Faculdade de Pedagogia da Universidade de Barcelona (DOE – UB).

seu efeito no sintoma não deixa o psicanalista inteiramente neutro: ele quer a suspensão do recalque. A abstinência do analista não é jamais a abstinência do desejo como uma renúncia moralista. A neutralidade do analista seria não tomar partido de algum dos termos do conflito inconsciente mais do que do outro. Na ética do analista não seria possível resolver um conflito inconsciente com um “acosso interpretativo” (p. 124) que seria apenas uma variação de um adestramento educativo ou de uma sugestão.

No entanto, a teoria psicanalítica pode ocultar alguns impasses que surgem na clínica. A definição freudiana de um trabalho que parte do inconsciente do analista, por exemplo, se confrontada com a clínica psicanalítica, pode levar a algumas inconsistências. Por exemplo, analistas experientes podem confiar no seu próprio inconsciente na condução de uma análise, mas recorrer ao estudo da teoria psicanalítica diante de um paciente mais difícil. Todavia, se o seu trabalho depende tanto de seu inconsciente, não deveriam recorrer apenas à sua própria análise? Igualmente, podem defender uma ética em detrimento de uma técnica psicanalítica, mas definir uma intervenção como desastrosa por ser estranha à técnica. Uma intervenção brilhante pode ter sido fruto do inconsciente do analista? Uma intervenção parecida, mas não igual, com outro paciente pode ser considerada parte de uma técnica analítica à qual o analista pode recorrer? Quem tenta es-

cutar pacientes a partir de uma ética psicanalítica depara-se diariamente com problemas semelhantes. Por mais que se coloque ênfase na participação do inconsciente do analista e se relativize a técnica, tanto ela quanto a teoria psicanalítica retornam à discussão sobre o trabalho do analista.

Este texto trata das teorizações freudianas e lacanianas sobre a posição do analista e de três estudos de caso feitos com psicólogas clínicas interessadas pela psicanálise. A investigação exposta neste artigo buscou indagar como psicólogos que tentam trabalhar a partir da psicanálise discursam sobre o papel da teoria e da técnica psicanalíticas na clínica considerando o que acontece no próprio trabalho. Partiu-se do pressuposto de que as participantes da pesquisa poderiam contribuir para esclarecer como os psicanalistas resolvem os problemas mencionados acima, e de que seu discurso permitiria apontar possíveis saídas para alguns impasses.

2. A posição do analista

2.1 Técnica e inconsciente do analista em Freud

Segundo Fédida (1988), o debate entre Freud e Ferenczi em torno da técnica pode ser um exemplo de oposições teóricas intransponíveis na comunidade psicanalítica. Nesta, em especial, o próprio significado de téc-

nica estava em jogo. O autor cita vários momentos nos quais Freud relativiza a técnica dizendo que ela era a mais adequada à sua personalidade ou que não deveria ser tomada ao pé da letra. Afirma que Freud se interessava mais pelas descobertas sobre o inconsciente do que por técnicas terapêuticas. Ele entende o debate entre Ferenczi e Freud como a discussão entre um psicanalista preocupado com as condições práticas da técnica e outro que pensa a psicanálise mais como campo de pesquisa e teorização, mas crítica possíveis aventuras não psicanalíticas na técnica proposta pelo outro.

De fato, a preocupação de Freud com o que pudesse atrapalhar uma escuta analítica é bem conhecida. Por exemplo, Freud (1912/1969b) afirma que, apesar de ser bom para a psicanálise que tratamento e pesquisa coincidam, a técnica do tratamento pode se opor à da pesquisa. Naqueles casos nos quais o analista busca sistematizar os dados desde o início, os resultados clínicos podem ser piores do que aqueles nos quais o analista é surpreendido por reviravoltas enfrentadas sem grandes pressuposições. Nesse mesmo texto, afirma que o inconsciente do analista deve funcionar como um receptor do que o inconsciente do paciente transmite. Seguindo nessa metáfora da transmissão telefônica, Freud afirma que o inconsciente do analista será capaz, a partir do que lhe foi comunicado, de reconstruir o inconsciente que determinou as associações livres do pa-

ciente. É claro que nesse momento Freud salienta que o analista não pode tolerar em si próprio qualquer resistência e, por isso, precisa passar por uma análise. É bem conhecido na comunidade psicanalítica que, assim como o paciente deve seguir a regra da associação livre, o analista deve manter a atenção flutuante, pois de nada adiantaria o paciente buscar não selecionar o que vai dizer se o analista vai escolher o que escutar!

Sobre como intervir, Freud (1910/1969a) explica que primeiro o paciente deve ter chegado suficientemente perto do material reprimido e, em segundo lugar, já deve ter estabelecido uma transferência com o analista que o impeça de fugir desse material. Freud diz então que “a psicanálise fornece essas regras técnicas para substituir o indefinível tato médico que se considera como um dom especial” (p. 212). Numa carta a Ferenczi de 4 de janeiro de 1928, citada por Jones (1955), Freud comenta um artigo de Ferenczi sobre a elasticidade da técnica psicanalítica, e diz que seus escritos técnicos enfatizavam mais o que não se devia fazer e apontavam as tentações em direções contrárias à análise. “Quase tudo de positivo que alguém deveria fazer eu deixei para o ‘tato’, a discussão do qual você está introduzindo” (Freud, 1928 citado por Jones, 1955, p. 270). Freud segue dizendo que o resultado foi que analistas dóceis não se deram conta da elasticidade das regras que ele tinha proposto e se submeteram a elas

como se fossem tabus. Concorde com o que Ferenczi escreve sobre tato, mas expressa dúvidas sobre suas concessões. Todos os que não tivessem tato tomariam o texto de Ferenczi como uma justificativa para a sua arbitrariedade e sua subjetividade. De qualquer forma, Freud (1926/1969c) reitera que a personalidade do analista não é indiferente para seu trabalho, falando de uma “agudeza” para escutar o que está inconsciente.

Sem dúvida, o dilema de Freud mantém-se até hoje. Se os analistas dependem de algo como um tato indefinível, como separar, por exemplo, a intervenção genial da selvagem? A alternativa de Freud foi ser mais proibitivo em questões de técnica para prevenir as arbitrariedades dos analistas insuficientemente analisados, pois a única garantia de um tato confiável sempre foi a análise didática. O problema é de difícil solução: amarrar o trabalho do analista a um conjunto de regras técnicas inviabiliza esse trabalho, e confiar num suposto tato analítico obtido através da análise didática parece arriscado. Além do mais, todo o trabalho do analista se reduziria a algo não generalizável, como o tato, colocando em xeque a própria transmissão da psicanálise (Dör, 1993).

Finalmente, sobre os analistas, Freud (1937/1969d) parece pouco otimista. Afirma que há uma mudança negativa relacionada ao exercício da psicanálise. O analista aprenderia a usar mecanismos de defesa que o desviariam de si mesmo e das implica-

ções e exigências da análise. Esse afastamento da “influência crítica e corretiva” da análise seria devido ao exercício de poder do analista. Freud repete então uma comparação utilizada nove anos antes numa carta a Franz Alexander transcrita por Jones (1955). Os efeitos prejudiciais do exercício da psicanálise são comparáveis aos danos causados pelos raios X ao corpo do profissional de radiologia que não se protege adequadamente. A proteção do analista seria retornar à análise a cada cinco anos.

2.2 Inconsciente, desejo e posição do analista em Lacan

Desde seu primeiro seminário, Lacan (1983) coloca a ação do analista como dependente de quem ele é e não de uma técnica exterior a si próprio. Em um colóquio de 1958, Lacan (1998) diz que o analista paga com suas palavras – já que elas se transmutam em interpretação – e paga com sua pessoa, uma vez que a empresta como suporte aos fenômenos da transferência. Enfatiza o caráter inconsciente do trabalho do analista quando diz também que sua ação sobre o paciente lhe escapa, assim como a idéia que possa ter dela.

Em relação ao lugar que o analista ocupa, pode-se notar uma mudança de ênfase ao longo do trabalho de Lacan. Em *El seminario, libro 3* (1995), ele diz que o analista deve estar no lugar do Outro (A) e não no emparelhamento da resistência, o que aconteceria com analistas insuficientemente analisados. Apesar de mencionar o lugar do Outro, aqui já aparecia a preocupação de Lacan em estar “morto o suficiente” (Lacan, 1981/1995, p. 230) para evitar ser presa da relação imaginária na qual sempre se vê solicitado a intervir. Em *Le séminaire, livre 4*, Lacan (1994) ainda coloca o analista no lugar do Outro quando se refere à análise do pequeno Hans, que tinha, para além do seu pai, a Freud.

Se o analista não está na posição do Outro nem num emparelhamento imaginário e está submetido aos mesmos constrangimentos da linguagem, qual é o seu desejo? Lacan (1988) afirma que para escapar da “falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito” (p. 267), o desejo do analista poderia ser designado com um não-desejo de curar. O analista visaria apenas curar o sujeito “das ilusões que o retêm na via de seu desejo” (p. 267), pois, diante de uma demanda

de felicidade, o analista não só sabe que ele não o tem como também que ela não existe.

Criticando a idéia de que o analista deva saber um pouco mais da dialética do seu inconsciente, Lacan (1992) questiona até onde precisou ir em relação aos próprios efeitos do saber e ao que deve restar das fantasias do analista. O analista não deve “ser um Sócrates, nem um puro, nem um santo” (p. 109). O reconhecimento do inconsciente não colocaria por si só o analista fora do alcance das paixões, pois não é apenas do inconsciente que vem todo o efeito, toda a eficácia de um objeto sexual que produza aversão. Para Lacan, quanto melhor for a análise de um analista, mais possível seria que fosse francamente amoroso ou tomado por uma aversão em relação a um paciente. Se for justificada, a exigência de apatia analítica teria que estar enraizada em outra parte, em um outro desejo mais forte, o desejo de morte. Lacan (1998) propõe que o analista ocupe o lugar de morto e usa a metáfora da partida de *bridge*. No entanto, o analista teria um propósito diferente do jogador de *bridge*: que o paciente descubra as cartas que estão na mão do parceiro, ou seja, que reconheça seu desejo como desejo do Outro.

No seminário de 21 de junho de 1961, o último do seminário 8, Lacan (1992) defende que, apesar de todas as qualificações e exigências que se tenha em relação ao analista, o seu lugar não é da ordem do ideal. Fazer parte de uma massa de analistas está

relacionado à existência de um ideal de eu analítico e o artigo de Freud sobre a psicologia das massas teria sido escrito justamente por já haver uma sociedade de analistas formada. Assim como o paciente coloca o analista no lugar de ideal de eu e assim resiste à análise, o analista, por sua vez, como parte da massa de analistas, pode acabar mantendo para si mesmo um ideal de eu analítico. Isso seria decorrência de ele não ter uma justa percepção da sua relação com a função de ideal de eu. Haveria assim um deslizamento de sentido inconcebível para um analista por se colocar como algo semi-exterior a si mesmo.

Lacan partiu da posição freudiana segundo a qual o inconsciente do analista é de fato o “receptor” do inconsciente do paciente para estendê-la. Se Freud evitava escrever sobre a técnica, Lacan vai, sem dúvida, colocá-la como muito pouco relevante. O dilema de Freud em torno da definição do que seria uma técnica analítica ou o tato do analista não parece resolvido por Lacan, mas, ao se ocupar do desejo do analista e tratar da ética da psicanálise, ele abriu uma nova perspectiva. A idéia de que a ação do analista estaria pautada por uma ética permite pensar cada intervenção em relação a ela. Igualmente, não pensar o analista como neutro, apático, sem desejo e com um inconsciente sob controle parece permitir uma aproximação mais honesta e menos moralista em relação ao que de fato ocorre quando um analista toma um pacien-

te em análise. Para Lacan, o que o analista pode oferecer para o analisante em última instância não é nem um lugar de ideal, nem um marco de realidade, nem um saber, nem um emparelhamento imaginário, nem uma promessa de satisfação de seus desejos, mas um lugar vago, um lugar de plena possibilidade para que apareça ali o desejo como desejo do Outro.

A partir das contribuições de Freud e Lacan sobre a posição do psicanalista, algumas questões foram colocadas. A mais relevante para este texto foi: como o psicólogo clínico interessado pela psicanálise define sua prática em psicologia clínica?

3. A investigação feita

3.1 Método

Foi adotado o delineamento de estudo de casos múltiplos com unidade única de análise. Segundo Yin (1994/2001), a estratégia de pesquisa do estudo de caso justifica-se em função do tipo de questão, da extensão exigida do controle do pesquisador sobre os eventos e da atualidade dos acontecimentos. Igualmente, o estudo de caso deve ser a estratégia escolhida quando as perguntas estão relacionadas a “como” ou “por que”, quando não é possível controlar e manipular os comportamentos relevantes e quando se está tratando de eventos contemporâneos. Estudos de

caso não visam a generalizações estatísticas e sim a generalizações analíticas; são generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos. A unidade de análise dos estudos de caso foi sempre a mesma: o psicólogo clínico interessado pela psicanálise.

As participantes da pesquisa foram entrevistadas duas vezes cada uma por um modelo de entrevista semi-aberta que conciliava questões que envolvessem a formulação de conceitos com intervenções que permitissem associações mais ou menos livres. As entrevistas permitiam que as participantes se desviassem do tema, oferecessem exemplos e especulassem lançando novas hipóteses. Para tentar preservar a seqüência de idéias, tentava-se ao máximo formular questões pertinentes ao que estava sendo dito. As participantes eram solicitadas a discutir sobre situações da sua prática. As entrevistas foram todas realizadas no local de trabalho das participantes, foram gravadas e tiveram duração inferior a uma hora.

A escolha dos participantes dessa pesquisa seguiu o que Yin (1994/2001) define como replicação teórica. Ao contrário da replicação literal, na qual se buscam sujeitos semelhantes, na replicação teórica testa-se a teoria através de sujeitos que tenham entre si diferenças relevantes para a teoria e possam produzir resultados contrastantes. Todas as três participantes eram psicólogas clínicas interessadas pela psicanálise com diferenças entre si na idade, no tempo de experiência (que incluiu estágio em psicologia clínica) e na orientação teórica dentro da psicanálise. São referidas aqui pelos pseudônimos de Anna, Beatriz e Carmem. Anna tinha 38 anos e 16 anos de experiência clínica. Apesar de ter se voltado mais para a psicanálise nos últimos três anos e meio, declarou que sempre se manteve próxima ao referencial psicanalítico ao longo de toda a sua prática clínica. As teorias psicanalíticas mais estudadas nesses últimos anos estavam relacionadas a Freud e Melanie Klein. Beatriz estava com 24 anos de idade e apenas um ano e meio de experiência clínica. As teorias psicanalíticas mais estudadas nos últimos meses estavam relacionadas a Freud e Lacan. Carmem tinha 45 anos de idade e 19 anos de experiência clínica. As teorias psicanalíticas mais estudadas desde antes do início da sua prática clínica estavam relacionadas a Freud e Lacan. Nenhuma delas havia sido supervisora, paciente, analista ou recebido supervisão do pesquisador. No momento do convite, foi esclarecido que o objetivo da pesquisa era investigar sobre a prática clínica e sobre como ela foi aprendida e modificada ao longo do tempo.

3.2 Análise

As entrevistas passaram por duas análises diferentes. A primeira buscou identificar os conceitos reunindo todos os momentos nos quais cada participante falou sobre um conceito específico. O mesmo trecho ou fragmentos dele serviram muitas vezes para mostrar conceitos diferentes. A segunda análise baseou-se na análise da enunciação de D'Unrug (1974). Bardin (1977) define a análise proposta por D'Unrug (1974) como uma forma de análise de conteúdo que se aplica bem a entrevistas não diretivas e que parte de uma concepção da comunicação como processo e não como dado. O discurso não implica uma transposição transparente de opiniões ou representações que existiriam previamente. Não é considerado como um produto e, sim, um momento de um processo de elaboração com todas as suas possíveis incoerências e contradições. A análise da enunciação permite identificar esses pólos e mostrar também os compromissos ou soluções construídas durante a entrevista para dar conta das contradições.

A segunda análise não pretendia, portanto, chegar a algo como verdades inconscientes reveladas no discurso, mas sim identificar possibilidades presentes no discurso do sujeito no momento da entrevista. A compreensão a respeito dessas possibilidades permitiu uma segunda perspectiva: um pouco mais ampla que a primeira,

mas menos comprometida com a busca de definições sobre o pensamento do sujeito.

Para realizar a segunda análise, o texto da entrevista foi dividido em proposições e seqüências. Para analisar os diversos pólos do discurso durante a entrevista, foram consideradas as recorrências, conjunções e reduções. Conforme proposto por D'Unrug (1974), são recorrências aqueles casos nos quais as mesmas idéias retornam no discurso em contextos diferentes e também a ambivalência em relação a algum tema. Igualmente, foram marcadas as conjunções como tentativas de conciliar idéias incompatíveis e reduções como a metáfora e a metonímia.

4. Discussão dos resultados

Devido à extensão das entrevistas, este trabalho abordará apenas os resultados obtidos após as análises realizadas. As idéias que serão discutidas a seguir derivam de análises prévias. Em alguns casos podem ser fragmentos de discurso que foram considerados especialmente relevantes; em outros casos, são sínteses construídas especialmente a partir da primeira análise.

4.1 A possibilidade de falar sobre sua prática

Anna foi, sem dúvida, quem deu explicações mais detalhadas sobre o que faz. Apesar de ter começado por uma referência genérica a ajudar o paciente, ela chega logo em seguida a descrever o que faz incluindo nessa descrição o que privilegia na sua escuta, os seus objetivos, assim como o que faz com o paciente. Ao tentar definir sua prática, Beatriz limita-se a mencionar os seus objetivos e refere-se basicamente a uma escuta em que significantes são “*sublinhados*” e sessões podem ser cortadas. Carmem, como Beatriz, também inicia sua definição pelos objetivos. Com sua insistência na explicação dos objetivos que incluem os processos pelos quais os pacientes passam, Carmem é quem mais reluta em fazer alguma descrição das suas ações com os pacientes. Quando o faz, após certa insistência do pesquisador, nem detalha sua descrição como fez Anna nem limita

suas intervenções como fez Beatriz e, sim, aponta possíveis intervenções indicando em alguns casos até mesmo os objetivos específicos dessas intervenções.

As três participantes privilegiaram na definição da sua prática os processos pelos quais os pacientes passam. Ou seja, ao tentarem falar do que fazem com seus pacientes, descreveram principalmente o que ocorre e o que deve ocorrer com o paciente, que mudanças devem acontecer. Pelas teorias psicanalíticas de Freud e Lacan, o silêncio sobre a técnica não é uma novidade, Lacan diz, por exemplo, que o analista nunca saberá exatamente o que faz. Uma possível hipótese para explicar a maior facilidade de Anna para descrever a técnica está relacionada à sua orientação teórica. Única participante a se apoiar em Melanie Klein, pode ter tido por isso menos resistência a descrever o que faz. A idéia segundo a qual a técnica psicanalítica precisa ser reinventada com cada paciente parece implícita quando Carmem diz que depende muito do que o paciente traz. Como alguém que passou boa parte das entrevistas defendendo as virtudes da prática em detrimento da teoria, Beatriz poderia ter sido quem tivesse mais facilidade para explicá-la, mas foi quem menos a detalhou. Uma explicação fácil, mas insuficiente, seria atribuir a dificuldade para definir sua prática ao fato de ter menos experiência. A insegurança em relação a poder definir o que deveria ser sua prática aparece em mo-

mentos diversos nas entrevistas e, talvez, a combinação da pouca experiência com a insegurança possa contribuir mais para esclarecer a dificuldade de Beatriz de falar do que faz.

4.2 O lugar do analista diante das demandas do paciente

A não intromissão na vida dos pacientes fez parte das descrições do trabalho das três participantes. Pode-se dizer que a escolha da psicanálise pelas três estava relacionada a ocupar uma posição de respeito às decisões do paciente e de não julgamento ou sugestão. Assim como mencionaram a não intromissão, também reconheceram as diferenças entre os pacientes. Carmem foi a única que estabeleceu uma unidade entre eles quando disse que todos buscam o alívio do sofrimento, talvez a partir do que Lacan (1988) propõe sobre a demanda de felicidade.

A preocupação de Anna em ajudar o paciente respeitando sua autonomia vem junto com a busca de um entendimento mútuo e de uma proximidade. Além de buscar ser respeitosa com o paciente, ela busca uma concordância: que o paciente entenda e concorde com o que lhe está sendo dito. Apesar disso, ela mantém o analista numa posição de direção do processo quando, por exemplo, fala de como deve contornar as resistên-

cias do paciente. Anna falou em devolver a responsabilidade sobre o tratamento para o paciente e sobre a idéia que tinha antes, de que precisava intervir alterando o ambiente familiar de uma criança em tratamento. Essas idéias de Anna permitem supor que passou por um movimento de se tornar menos diretiva. Igualmente, a necessidade de respeitar a decisão do paciente de ir embora ou recusar uma análise intriga e talvez incomode Anna, pois o seu trabalho só se dá a partir do que o paciente quer e nem sempre ele quer o mesmo que o analista. A culpa em torno do desacordo e a denegação de que se considera certa nas suas intervenções apontadas a partir da análise da enunciação podem ser consideradas uma oscilação entre uma posição mais onipotente, diretiva e “*direta*” e outra mais respeitosa, que deve buscar o mútuo entendimento com o paciente.

Quando Beatriz falou da sua contrariedade com a interrupção da sessão e de que o analista não se interessa mais pelo que o paciente tem a dizer quando ele encerra a sessão pareceu apontar para uma relação potencialmente conflituosa entre paciente e analista. Por outro lado, a defesa da legitimidade da busca de uma solução imediata e a preocupação em não impor uma escuta analítica indicam o quanto Beatriz pode oscilar entre uma defesa dos direitos do paciente e uma imposição de intervenções analíticas duras de suportar. O lugar de suposto saber do analista parecia tranquilizá-

la por não colocá-la no lugar de detentora de uma verdade única.

Carmem mostrou-se preocupada com a questão de trabalhar para aliviar o sintoma ou na direção da cura. Ainda que se referisse ao lugar de morto que o analista deve ocupar, o seu exemplo do analista diante de um autista, entre outras colocações suas, permitiu supor que, para ela, o lugar do analista não fica definido apenas como de morto ou numa posição “*impávida*” e “*neutra*”. Igualmente, não querer forçar uma distinção entre paciente e analista não implica que ela não se preocupe em estabelecê-la. Se o lugar do paciente é aquele de quem sofre, o do analista parece ser o de quem vai ajudar a diminuir esse sofrimento, ainda que por caminhos que não levem diretamente ao alívio do sintoma. Os conflitos com pacientes e pais de pacientes mencionados por Carmem mostram que a relação com eles não é desprovida de embates. A dureza dos ataques recebidos e a culpa pelos seus erros permitiram inferir que a dor presente nas relações com os pacientes pode ser grande.

Em relação à posição do analista, o resultado possivelmente mais surpreendente foi a referência implícita ou mais explícita das três participantes aos conflitos com os pacientes e à necessidade de algum grau de conciliação ou concordância. As três participantes são bem diferentes e as suas referências também. Anna era quem mais deixava transparecer a sua preocupação com uma concordância,

assim como com as situações nas quais ela não existia e com os momentos nos quais podia deixar de ser respeitosa e intrometer-se demais. Apesar de Beatriz reafirmar várias vezes que não tinha um saber, também falou da necessidade de respeitar as verdades dos pacientes e os pedidos de alívio imediato. Carmem entrou espontaneamente numa questão em torno de tratar o sintoma ou não e foi quem mais explicitou a dificuldade de suportar algumas situações em função do lugar em que é colocada ou da dor da culpa por supostos erros. Todas pareceram bastante dispostas a assumir uma posição crítica em relação a elas mesmas, permitindo que se pense que permanecem bastante sensíveis ao que os pacientes lhes pedem, ainda que não se coloquem no lugar de atender a tudo que lhes é demandado. Nenhuma delas se propôs a ocupar o lugar criticado por Lacan (2002), no qual quem trata da loucura alheia poderia de forma onipotente julgar do que se trata na experiência do paciente. Igualmente, podem-se pensar os referidos conflitos a partir do que Lacan (1991/1992) coloca sobre a apatia do analista: ele não considera que quanto melhor sua análise, mais indiferente ele seria ao paciente. Ao contrário, diz que o analista poderá mais francamente ser tomado por sentimentos em relação ao paciente, o que não quer dizer que ele vá dar vazão a eles, pois há outro desejo mais forte. De fato, o que os sujeitos falaram sobre o impacto das demandas dos pa-

cientes confirma não apenas que desejam algo em relação a seus pacientes como também que sentem o que ocorre nessa relação. A oposição entre não fugir do que é entendido como lugar do analista na teoria psicanalítica e atender o que o paciente lhe demanda não pareceu ser fácil de resolver para as psicólogas entrevistadas.

4.3 Técnica e inconsciente na prática analítica

Anna conceitualmente admitiu, na primeira entrevista, a participação do inconsciente no trabalho analítico como interferência de seus problemas pessoais, de seus “*pontos cegos*”. Na segunda entrevista, pareceu ocorrer uma mudança conceitual: Anna disse ter descoberto ao longo do tempo que não deve evitar no trabalho o seu jeito pessoal para que o que diga não seja mera repetição. Essa mudança aparentemente radical foi acompanhada da explicação que dá sobre o quanto se sente mais segura a seu respeito como profissional. Então, conceitualmente, a mudança foi relativa: admitiu a participação do seu inconsciente, mas o fez porque estava segura de que seria coerente com a teoria psicanalítica. De fato, o inconsciente deixou de ser apenas uma fonte de erros, mas estava implícito que houve uma mudança, uma redução dos “*pontos cegos*”, pois ela confiava mais na compatibilidade do seu jeito pessoal

com a psicanálise. A mudança de Anna exemplifica uma posição clássica da psicanálise: o avanço da análise do analista pode produzir um interesse em analisar outros, reduzir seus “*pontos cegos*” e aumentar uma neutralidade em relação aos conflitos dos pacientes. Como já foi dito antes, essa suposta neutralidade é um dos alvos das críticas de Lacan (1992). Anna não se interessa pela teoria lacaniana, mas defende a participação do seu jeito pessoal. A justificativa de que assim seria muito mais convincente, sem ficar apenas repetindo o que está na teoria, aponta de alguma maneira para a impossibilidade de reduzir o trabalho do analista ao exercício de uma técnica.

Beatriz foi a mais tolerante das três à participação do seu inconsciente no seu trabalho e quem estabeleceu mais aproximações entre o que faz com o paciente e o que faz como paciente. Relacionou a sua falta de experiência inicial a uma excessiva preocupação com a teoria quando, pelo menos no discurso, pareceu bem menos preocupada com ela do que as outras duas participantes mais experientes. Sustentou que o trabalho do analista ocorre a partir do seu inconsciente sem se contradizer ou voltar atrás. Quando elaborou melhor sua idéia, defendeu que o mais próximo que o analista chegaria de um controle seria o de “*tapar*” as suas “*coisas*” para que elas “*não apareçam na escuta do paciente*”. Mesmo assim, essa necessidade de um maior controle seria algo

de iniciantes, o que concorda de certa forma com Anna, quando diz que atualmente confia mais no seu inconsciente do que no início. Beatriz foi a única, no entanto, a referir-se ao seu trabalho com o sofrimento alheio como um sintoma seu. Essas posições de Beatriz aproximam-se do que Lacan (1992) diz sobre sempre restar algo do inconsciente do analista a partir de sua análise, algo que o leva a ser analista. Também lembra o que ele fala em *O seminário, livro 8* sobre o analista contar com o seu inconsciente mais a experiência dele. Como iniciante, Beatriz disse que confiava que, com o passar do tempo, precisaria se preocupar menos em controlar seu inconsciente.

Conceitualmente, Carmem oscilou entre a defesa de um trabalho inconsciente e um no qual há o risco, que deve ser minimizado, de participação do inconsciente do analista. Pela análise da enunciação, foi possível identificar as mudanças de Carmem em relação à participação do inconsciente do analista. Pareceu partir de um conceito lacaniano do trabalho do analista como ética inconsciente, mas teve que recuar diante da idéia inaceitável de um trabalho automático, sem controle. Por outro lado, também considerou inaceitável um domínio da teoria no trabalho. A idéia do inconsciente do psicanalista como risco para seu trabalho parecia conviver inicialmente com aquela da ética inconsciente. Certamente, o mais interessante na seqüência de proposições de Carmem foi o exemplo que escolheu no final: a análise de um autista. Nela, teria que haver “*manifestações subjetivas*” do analista, logo, teria que desejar para além da escuta do paciente. O seu exemplo de alguma forma contradisse o que vinha dizendo, pois nele o inconsciente do analista precisaria participar. Mesmo quando fala do analista na posição de morto, é como se, para além do inconsciente do analista, precisasse haver um compromisso consciente com a teoria.

Uma possível explicação seria considerar a recusa de Carmem em “*ligar no inconsciente*” como uma resistência à dimensão da transferência no seu trabalho, mas essa explicação parece insuficiente. Por um lado, a sua não conformidade com a idéia de que seu trabalho seja inconsciente alinha-se com o que todos os pacientes buscam: ter controle consciente sobre sua vida. Sua opção de defender algum controle consciente e ao mesmo tempo dar um exemplo no qual precisava colocar sua subjetividade em relação ao paciente não seria uma forma de admitir seu inconsciente no trabalho, mas de manter a necessidade de uma teoria presente no momento do seu

trabalho, ainda que parcialmente consciente? Não estaria aí, acima de tudo, a preocupação de Freud com um trabalho no qual a arbitrariedade e a subjetividade do analista apareceriam como justificadas por uma espécie de tato inconsciente? A preocupação de Carmem com o peso dos seus erros e sua responsabilidade diante do paciente não parece muito compatível com um abandono do seu trabalho ao seu inconsciente e, talvez, seja praticamente impossível combinar as duas coisas: uma autocrítica forte e uma plena confiança no seu inconsciente.

Talvez por influência de suas preferências teóricas distintas das outras duas participantes, Anna foi quem menos problemas teve para admitir e mesmo detalhar o que seria uma técnica de trabalho. Beatriz ora associava técnica a teoria – e aí mantinha contra ela o mesmo tipo de aversão que mostrou várias vezes em relação à teoria – ora associava técnica a prática. Assim, a técnica ou seria algo derivado da teoria e, como tal, não podia ser imposta ao paciente nem alterada ou simplesmente seria o que de fato ocorre na prática. Carmem também admitiu a existência de uma técnica analítica a ser aprendida, desde que ela não fosse entendida como um conjunto de regras a partir do qual todas as situações estariam previstas.

Parece haver uma distinção entre o que seria uma técnica pré-estabelecida e o que seria uma técnica que se impõe a partir da experiência de trabalho. A primeira pode ser consi-

derada o tabu de que falava Freud quando se referia aos “analistas dóceis” que não se davam conta da elasticidade das regras técnicas. Quando Beatriz e Carmem referem-se respectivamente a uma técnica que não pode ser imposta ou alterada e a uma técnica que não é um manual passo a passo parecem estar recusando a primeira. Quando assumem respectivamente a técnica como o que ocorre na prática e como o que não prevê tudo que vai ser dito, mas que precisa ser aprendida, parecem estar falando da inevitabilidade da segunda. Já Anna, por sua orientação teórica distinta, talvez tenha mais facilidade de aceitá-la nas duas formas, tanto como algo que decorre da sua prática como um conjunto fixo de instruções que deve ser seguido.

5. Conclusões

Mais que confirmar ou refutar aspectos da teoria psicanalítica, a pesquisa feita buscou uma aproximação à clínica analítica. As psicólogas entrevistadas tentam escutar seus pacientes a partir do referencial psicanalítico. A partir da teoria psicanalítica estudada, de suas análises pessoais e das supervisões recebidas, buscam realizar uma clínica psicanalítica. Pelas entrevistas foi possível constatar que alguns temas são especialmente difíceis de explicar, mas têm que ser solucionados todos os dias com os pacientes. No entanto, a dificuldade de falar sobre os impasses e as alternativas encontradas pode indicar que alguns ideais oriundos ou não da teoria psicanalítica podem muitas vezes dificultar mais do que facilitar o discurso sobre a prática analítica.

A discussão entre Freud e Ferenczi podia ser considerada como um exemplo inicial de uma oposição entre uma clínica psicanalítica teoricamente ideal e uma técnica psicanalítica necessária e imperfeita. As teorias psicanalíticas de Freud e Lacan sobre a posição do analista enfatizam aspectos fundamentais como a participação do inconsciente do analista e do seu desejo, mas também podem servir para imobilizar o analista. O inconsciente pode ser a fonte das melhores intervenções analíticas, mas também de grandes equívocos. Como não há uma técnica objetiva absoluta e invariável, não se pode avaliar a ação do analista com um paciente sem considerar a transferência que, como o tato analítico, tampouco serve para garantir toda e qualquer intervenção. As psicólogas entrevistadas conseguiam ad-

mitir a participação do seu inconsciente em suas intervenções, mas não estavam dispostas a abandonar todo e qualquer controle consciente sobre sua prática clínica. A alternativa de Freud nos seus escritos técnicos, de proibir várias intervenções e deixar as que seriam admissíveis para o tato, evita a discussão teórica sobre o que realmente faz um analista. A dificuldade das psicólogas para definir suas ações corrobora esta hipótese, ou seja, a dificuldade de muitos analistas de escrever sobre uma possível técnica psicanalítica e a ênfase colocada sobre o que não se deve fazer colabora para que ela (a técnica) não possa ser encontrada na prática. A formação psicanalítica diferenciada de Anna parece ter-lhe facilitado falar de sua prática clínica. De qualquer forma, todas se detiveram mais sobre os processos dos pacientes que sobre suas próprias ações.

Apesar das dificuldades mencionadas, as três psicólogas entrevistadas não tiveram tantos problemas para falar de seus desejos e sentimentos em relação à prática clínica. A preocupação com o bem-estar dos pacientes ficou bastante clara e também os possíveis conflitos entre o que elas buscam e o que buscam os pacientes. Não deixa de surpreender que as três entrevistadas tenham conseguido falar de alguma maneira de suas frustrações e sentimentos em relação aos pacientes. Por mais que se preocupassem com algum tipo de controle consciente sobre sua ação, mostraram-se dis-

postas a admitir algo de seu inconsciente em seu desejo de analista. Carmem destaca-se por entrar espontaneamente em uma discussão um tanto lacaniana sobre querer ou não o bem do paciente, curar o sintoma ou seguir a direção da cura. Enquanto Anna admitia querer ajudar os pacientes e Beatriz referia-se a seu desejo de trabalhar com a loucura como seu sintoma, Carmem contestava qualquer tentativa de curar sintomas ou de ajudar os pacientes, referindo-se ao não-desejo de curar de Lacan (1988). Todavia, por mais que o denegasse, em vários momentos de suas duas entrevistas acabava deixando claro que seu trabalho clínico não se resumia à “direção da cura” como havia dito várias vezes. Da mesma forma, as três psicólogas partem de uma necessidade de respeitar e não se intrometer na vida dos pacientes, mas sempre está presente a possibilidade de ir além da não intromissão. A partir das entrevistas, é possível confirmar a idéia lacaniana de que pode haver no analista um desejo mais forte que outros de ocupar a posição de analista e de que não se trata de uma indiferença ao paciente. No entanto, não está claro se esse desejo de ser analista não implica também querer algum bem-estar do paciente. Para isso, nem sempre o analista ficaria numa posição de morto, como Carmem indica no seu exemplo de análise de um autista.

Considerando que, fora do âmbito estrito da teoria psicanalítica, o desejo de ser analista pode não ser

puramente um desejo de ocupar a posição de morto, pode-se pensar em um conflito entre as demandas dos pacientes e o que a teoria propõe para o analista. Assim, é possível um conflito entre a demanda do Outro que pode se encarnar em cada analisante e a demanda da teoria psicanalítica tomada como um ideal. Mais que um desejo do analista, a demanda de uma não intromissão e de não buscar um destino específico para o paciente (que se case, que tenha filhos, que ganhe muito dinheiro etc.) é uma exigência da teoria psicanalítica. Por outro lado, como diz Carmem a partir de uma idéia lacaniana, todos os pacientes buscam a felicidade ou algum tipo de bem-estar. A partir do que Lacan (1992) propõe sobre o ideal de eu como alienação dos analistas, as exigências teóricas como supostos ideais psicanalíticos podem implicar mais que nada uma alienação do analista em relação ao seu próprio desejo. As entrevistadas não se limitaram a repetir a teoria para falar de sua atividade clínica, mas as dificuldades para pensar sobre suas intervenções podem estar relacionadas a essa alienação. É importante repetir que as três psicólogas entrevistadas expressaram suas críticas em relação a si mesmas e puderam falar de alguma maneira de seus sentimentos e frustrações em relação à atividade clínica.

Quando a teoria psicanalítica se converte mais em um ideal de prática que em uma tentativa de explicá-la, parece contribuir para uma alienação

do psicanalista em relação ao seu trabalho. Não se está dizendo que todo o trabalho do analista seja passível de teorização ou redutível a supostas verdades objetivas, porque a transferência sempre resistirá a esses esforços. Não obstante, deixar tudo a cargo do inconsciente do analista suficientemente analisado pode ser uma maneira de evitar o problema. Os esforços para não admitir a técnica e a teoria psicanalíticas na prática clínica tentam manter uma pureza analítica que pode simplesmente não existir. Muitas orientações teóricas da psicologia clínica são criticadas por simplificar e reduzir exageradamente um objeto para poder estudá-lo e mensurá-lo. Talvez muitos analistas se vejam obrigados a algo parecido quando não admitem, por exemplo, que por mais que busquem não desejar o bem-estar do paciente, não estão oferecendo um tratamento psicanalítico pensando claramente que sua vida não melhorará devido ao tratamento.

Finalmente, a honestidade intelectual de falar e discutir sobre sua prática clínica sem que o peso e a alienação dos ideais teóricos reduzam, simplifiquem ou calem esse discurso é um desafio. A busca e a defesa de uma clínica psicanalítica pura e ideal na teoria podem até agora ter contribuído mais para a não compreensão e para o silêncio sobre o que acontece na clínica psicanalítica. ■

ABSTRACT

Without being reduced to a technique but not excluding it, the analyst's work is based upon his unconscious and his position towards the patients' conflicts doesn't involve the lack of desire. Aiming at investigating the clinical psychologist's discourses about their own work and considering the Freudian and Lacanian theories about the analyst's desire and position, three case studies were done with three clinical psychologists that work within a psychoanalytical framework. The results show the possibility of admitting conflicts with the patients and problems to define their own work. It seems that the analyst should be disconnected from theoretical ideals.

Index terms: *psychoanalyst's position; psychoanalytic technique; psychoanalyst's desire.*

LA POSICIÓN DEL PSICOANALISTA: IMPASES Y ALTERNATIVAS

RESUMEN

El trabajo del psicoanalista está apoyado sobre su inconsciente sin ser reducido a una técnica y sin excluirla. Su posición en relación a los conflictos de los pacientes no conlleva una ausencia de deseo. A partir de teorías freudianas y lacanianas sobre el deseo y la posición del psicoanalista, se hicieron tres estudios de caso con psicólogas clínicas que trabajan a partir de un referencial psicoanalítico para investigar sus discursos sobre su trabajo. Los resultados muestran la posibilidad de admitir conflictos con los pacientes y una dificultad de definir su propio trabajo. Parece necesario desvincular el psicoanalista de ideales teóricos.

Palabras clave: *posición del psicoanalista; técnica psicoanalítica; deseo del psicoanalista.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cottet, S. (1989). *Freud e o desejo do psicanalista* (A. Roitman, trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1982)
- Dör, J. (1993). *A-cientificidade da psicanálise* (P. C. Ramos, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- D'Unrug, M. C. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole*. Paris: Delarge.
- Férida, P. (1988). *A clínica psicanalítica: estudos* (C. Berliner, M. Prada e Silva & R. Steffer, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1969a). *Psicanálise silvestre*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 11, p. 207-216). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (1969b). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, p. 149-163). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1969c). *A questão da análise leiga*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 20, p. 211-284). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1969d). *Análise terminável e interminável*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 23, p. 247-290). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1937)

- Jones, E. (1955). *Sigmund Freud: Life and work*. Londres: Hogarth.
- Lacan, J. (1983). *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud, 1953-1954* (B. Milan, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise, 1959-1960* (A. Quinet, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: A transferência, 1960-1961* (D. D. Estrada, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1994). *Le séminaire de Jacques Lacan, livre 4: La relation d'objet, 1956-1957*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1995). *El seminario, libro 3: Las psicosis, 1955-1956* (J. L. Delmont-Mauri e D. S. Rabinovich, trad.). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1998). *Escritos* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2002). *O seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação, 1958-1959*. Publicação não comercial, circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (D. Grassi, trad.). Porto Alegre: Bookman. (trabalho original publicado em 1994)

pppetry@ufrgs.br
ppadillapetry@orange.es
ppadillapetry@ub.edu

Recebido em junho/2008
Aceito em agosto/2008