

**RICARDO COSTA OTÁVIO**

**PINTANDO O SETTING:**

**considerações sobre desdobramentos, dimensões e condições  
contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico**

**ASSIS  
2018**

**RICARDO COSTA OTÁVIO**

**PINTANDO O SETTING:  
considerações sobre desdobramentos, dimensões e condições  
contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionísio

ASSIS  
2018

O87p Otávio, Ricardo Costa  
Pintando o setting : considerações sobre  
desdobramentos, dimensões e condições  
contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico /  
Ricardo Costa Otávio. – Assis, 2018  
189 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual  
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras,  
Assis  
Orientador: Gustavo Henrique Dionisio

1. Psicanálise. 2. Psicologia Clínica. 3. Internet na  
Psicoterapia. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.  
Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, Assis. Dados fornecidos  
pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.



**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** PINTANDO O SETTING: considerações sobre o enquadro clínico psicossocial e seus desdobramentos no contemporâneo.

**AUTOR:** RICARDO COSTA OTÁVIO

**ORIENTADOR:** GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área: PSICOLOGIA E SOCIEDADE pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO  
Depto. de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Prof.ª. Dra. INES ROSA BIANCA LOUREIRO  
PLC / São Paulo

Prof. Dr. DANILC SARETTA VERISSIMO  
Deplo. de Psicologia Social e Educacional / UNESP/Assis

Assis, 09 de agosto de 2018

## AGRADECIMENTOS

Depois dessa longa trajetória até chegar aqui, gostaria de agradecer a todos aqueles que me apoiaram e que, de certa forma, também contribuíram para a realização desse trabalho.

Agradecimentos ao Gustavo Henrique Dionisio, orientador desse trabalho, que desde a graduação me ajudou a ver a psicanálise e a clínica por meio das lentes da estética.

Às professoras Inês Loureiro e May Okamoto, membros da banca de exame de qualificação, que com suas palavras e ideias contribuíram muito para a construção do trabalho.

Aos professores Danilo Saretta e Inês Loureiro, por aceitarem o convite de participarem da banca examinadora e por contribuírem muito com seus apontamentos e críticas.

Aos entrevistados, que com suas visões singulares possibilitam uma reflexão interessante para os rumos que a psicanálise possa tomar daqui em diante.

Em forma de agradecimento, quero enfatizar a importância do total apoio da minha mãe e do meu pai, o que sem eles, o mestrado não teria acontecido. Também sou muito grato por toda a ajuda que me deram nas horas de sufoco, além de seus ensinamentos fundamentais para minha vida.

À minha avó, que infelizmente faleceu no início do ingresso no mestrado, mas que seus ensinamentos permanecem vivos ao longo da minha vida.

A todos os meus tios e tias, principalmente à tia Vera, que sempre foi uma segunda mãe para mim e que me deu forças durante todo esse tempo.

A todos os professores que tive na graduação e, principalmente, os da pós: Justo, Mary, Danilo, Gustavo e Silvio Yasui, que com suas aulas, abriram meus olhos para maiores e melhores perspectivas.

Aos meus amigos que sempre me ajudaram a ir além:

Ao Thiago Venturoso, que é um amigo da minha cidade natal, mas que esteve comigo em Ribeirão Preto por todo esse tempo, proporcionando bons momentos musicais de sessões noturnas, cantando e tocando violão.

Ao Eduardo Rodrigues que participava dessas noitadas de violão, as vezes tocando violão e as vezes ukulele. Agradeço também por sua companhia nas horas que mais precisei e também pelas guitar jams que fizemos.

Ao Thiago Fernandes e ao Julio Prado, membros da banda “Filhos da Culpa”, que me convidaram para tocar guitarra com eles e que, até hoje, faço parte.

Ao Márcio Cintra que foi o meu primeiro professor profissional de violão.

Ao Thales Posella que é atualmente meu professor de guitarra e que em pouco tempo tem me ajudado muito a ampliar minhas perspectivas e técnicas musicais.

Ao Victor Acceti Tristão, que me incentivou a aprender tocar violão, emprestando seu violão mais velho, passando umas lições iniciais e deixando eu me virar sozinho com o resto. E também pelas boas conversas filosóficas, científicas, artísticas, psicanalíticas e fenomenológicas durante bons momentos tomando café, chopp ou cerveja.

À Jessica Lima, que foi uma amiga desde a graduação que sempre me acolheu bem quando eu voltei para Assis.

À Amanda e a Tassiana que foram minhas parceiras de república em Assis durante a pós.

Aos bons momentos de conversa com o Alexandre que, por mais que não conhecesse tão bem na graduação, acabou se tornando meu melhor amigo da pós.

À Giovanna Fogaça que sempre foi uma das melhores amigas que fiz na vida e esteve presente tanto na pós quanto na graduação.

Ao Maico Fernando, amigo desde muito tempo, que me acolheu durante essas idas para Assis.

Ao Amilton Júnior que sempre apostou em nossos estudos acadêmicos e composições musicais.

Ao Kwame Yonatan que além de um grande amigo, é uma inspiração como poeta, músico, psicólogo, mestre e doutor. Possui produções interessantíssimas em todas essas áreas.

Ao Nivaldo que, mesmo morando em Goiânia, continuamos construindo trabalhos psicanalíticos juntos.

Ao André Tokuda, que sem ele, eu seria esquecido de Assis.

Ao Alisson, Ian e Luiz que me aguentaram durante mais de 6 meses na república e proporcionaram excelentes momentos de reflexão, discussão e, claro, muita diversão.

A todos os meus amigos do tênis em Ribeirão Preto, principalmente ao meu professor Arthur Mattos que me ajudou com treinamentos rigorosos.

À Mariana Arruda, uma das pessoas mais inteligentes e guerreiras que conheci em Ribeirão, e que, por ser mestra, me ajudou a ficar calmo e seguir adiante com o trabalho.

À Gabriela Registro que foi uma das amizades mais verdadeiras que fiz em Ribeirão Preto, e que esteve por perto me apoiando esse tempo todo de mestrado.

À Mariana Buckeridge, aque conheço desde os tempos em que morávamos em São Joaquim da Barra, mas que na sua estadia em Ribeirão, contribuiu com ótimas conversas e discussões.

À Belisa, revisora geral da dissertação, por ter feito um excelente trabalho.

Aos amigos e amigas que não foram citados, não foi por esquecimento, ou menos importância, pelo contrário, vocês significam tanto que não consegui nem colocar todos vocês em palavras.

Gostaria de agradecer a todos os colegas: funcionários, docentes e discentes da FCL UNESP-Assis por possibilitar a produção de novos conhecimentos de forma sofisticada.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os colegas, professores e alunos do instituto que trabalho atualmente, por oferecer um espaço transdisciplinar do conhecimento.

**OTÁVIO, R. C. Pintando o Setting: considerações sobre desdobramentos, dimensões e condições contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico.** 2018. 189 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

## RESUMO

O presente trabalho tem a intenção de discorrer sobre um percurso do enquadre clínico psicanalítico, desde sua gênese, até alguns desdobramentos nos tempos modernos e, principalmente, na contemporaneidade. As questões acerca da contemporaneidade serão problematizadas por meio de entrevistas individuais realizadas com três psicanalistas na cidade de Ribeirão Preto - SP. Nessas entrevistas, localizaremos quais pontos se encontram no eixo das constantes e no eixo das variáveis (singularidades), de acordo com a análise dos discursos dos participantes. Dessa forma, faremos considerações sobre o enquadre psicanalítico e seus desdobramentos na contemporaneidade, para que seja possível construir uma reflexão sobre os avanços, limites, vantagens e problemas que este possa estar apresentando no presente e apresentar no futuro.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicologia Clínica. Internet na Psicoterapia



**OTÁVIO, R. C. Painting the setting: considerations about consequences, dimensions and contemporary conditions of psychoanalytical clinic.** 2018. 189 pages. Dissertation (Masters in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

#### ABSTRACT

The present work aims to discuss the course of the clinic psychoanalytic frame, since its genesis until some modern unfoldings, and especially, in the contemporaneity. Issues about about the contemporaneity will be questioned through individual interviews performed with three psychoanalysts in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo. These interviews spot what points are located in the axis of constants or in the axis of variables (singularities), according to the analysis of the participants' speeches. Therefore, this work presents considerations about the psychoanalytic frame and its unfoldings in contemporaneity so that it is possible to develop a reflection on the advances, limits, advantages and problems that this may show in the present or in the future.

**KEYWORDS:** Psychoanalysis. Clinic Psychology. Internet in psychotherapy

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1 O ENQUADRE CLÍNICO DE FREUD (OU “O SETTING PINTADO POR FREUD”)</b> .....	24
1.1 Um breve contexto histórico clínico.....	24
1.2 O caminho de Freud .....	27
1.3 Fundamentação teórica, mudança da técnica e concretização do método .....	30
1.4 A escuta na transferência: o <i>modus operandi</i> da psicanálise .....	34
1.5 Paradigmas patético, estético e semiótico: os três pilares constituintes da clínica psicanalítica.....	38
1.6 Tempo e pagamento: acordos fundamentais no início do tratamento.....	42
1.7 Noções de espaço e localização, apontamentos sobre o divã e outros manejos técnicos.....	48
<b>2 O ENQUADRE CLÍNICO AO LONGO DO TEMPO: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA IPA E DA PSICANÁLISE PÓS-FREUDIANA</b> .....	53
2.1 Construindo o enquadre com Freud nos tempos modernos .....	54
2.1.1 Parte 1 (1902 – 1908): A dominância do pensamento de Freud e os primeiros grupos psicanalíticos .....	55
2.1.2 Parte 2 (1908 – 1918): a internacionalização da psicanálise (IPA) e a dificuldade de flexibilidade do enquadre clínico .....	59
2.1.3 Parte 3 (1918-1939): a sistematização da formação de psicanalistas e outras formulações sobre a elasticidade do enquadre .....	68
2.2 O enquadre clínico pós-freudiano: a colaboração das escolas kleiniana e lacaniana .....	75
2.2.1 Breves considerações sobre a “era das escolas” (1940-1975).....	76
2.2.2 Mudanças clínicas de Melanie Klein .....	80
2.2.3 O enquadre clínico lacaniano.....	84
2.3 Breves apontamentos sobre a psicanálise contemporânea .....	91

<b>3 O ENQUADRE CLÍNICO SEGUNDO ALGUNS PSICANALISTAS CONTEMPORÂNEOS</b> .....	95
3.1. Montando o cenário na contemporaneidade.....	99
3.1.1 A transferência .....	99
3.1.2 O divã .....	109
3.1.3 O lugar.....	113
3.2 Psicanálise e internet: uma questão contemporânea .....	121
3.2.1 Transferência?.....	122
3.2.2 Lugar? .....	134
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	139
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	143
<b>ANEXOS</b> .....	147

## INTRODUÇÃO

Nas palavras de Donald Woods Winnicott (1955), o *setting* psicanalítico corresponde “a soma de todos os detalhes da técnica”. Entretanto, José Bleger (2003), acha mais adequado usar o termo *situação psicanalítica*, para a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente. Segundo ele, essa situação abarca fenômenos que constituem um processo, ou seja, aquilo que analisamos, estudamos e interpretamos: as variáveis; mas que “inclui também um enquadramento, isto é, um “não processo” no sentido de serem as constantes dentro de cujo marco o processo se dá” (p.45). Se o enquadre “diz respeito às constantes de um fenômeno, de um método ou técnica”, nas quais “um processo só pode ser investigado quando mantidas as mesmas constantes” (BLEGER, 2003, p. 46), então podemos dizer que o que está em jogo na situação psicanalítica são os procedimentos (método, prática, teoria, técnica...) do enquadramento que buscam dar conta das demandas que aparecem no processo.

Com o intuito de averiguar quais eram as práticas técnicas vigentes e os padrões de trabalho dos analistas na Inglaterra, na década de 1950, o psicanalista Edward Glover (1955) desenvolveu um questionário. Em sua pesquisa, ele obteve 24 respostas completas de 29 membros participantes. O exame verificou que em apenas 6 dos 63 pontos levantados haviam acordo. Desses 6 pontos, apenas 1 foi considerado como fundamental: a necessidade de analisar a transferência. Os outros 5 eram sobre não aceitar presentes dos pacientes, evitar o uso de termos técnicos durante a sessão, evitar o contato social, objetividade nas injunções preliminares, abstenção ao responder perguntas e pagamento dos “não atendimentos” (que por sinal, era uma regra honrada por muitos do meio).

Glover constatou que não alcançou, nem sequer, a evidência de um aproximado consenso de opinião sobre os critérios terapêuticos. No entanto, percebeu que as divergências desses critérios entre os analistas se davam por 2 fatores principais: o aumento da demanda social de psicoterapia, a qual soou como uma pressão para os analistas que acabaram por encurtar a dimensão inconsciente de muitas análises; e a diferença de visão sobre os fundamentos psicanalíticos de acordo com a teoria, inclusive sobre a etiologia das patologias.

O primeiro fator teve força devido ao aumento de grupos analíticos, os quais se estenderam pelo ingresso de psiquiatras, pediatras e até psicólogos (das áreas:

social, educacional e acadêmica). Segundo Glover (1955), esses profissionais importaram o conhecimento psicanalítico para suas pesquisas e trouxeram para a psicanálise as técnicas descritivas e tradições estatísticas de suas próprias ciências. O segundo fator se alastrou devido à existência de sociedades psicanalíticas muito diferentes e aos grupos extremos que mantinham visões incompatíveis. Nesse contexto, mesmo havendo os “*middle groups*” com a capacidade de extrair virtudes de seus ecleticismos, a aliança não era nada fácil.

No plano metapsicológico havia uma confusão na distinção de uma terapia psicanalítica de uma terapia não psicanalítica (GLOVER, 1955). No que diz respeito às teorias do funcionamento mental, qualquer psicoterapia poderia ser encarada como um exercício nas dinâmicas mentais; mesmo que fosse radicalmente diferente da psicanálise, por explorar a transferência e não seguir o princípio e prática de análise da transferência.

Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa conseguiu levantar alguns pontos interessantes em relação à associação livre, à interpretação e, como já dito, à transferência. A suspensão da associação foi motivo para definir a técnica como “não psicanalítica”. No que diz respeito à interpretação, a discussão foi mais calorosa, pois segundo Glover (1955), se dois analistas (ou grupos de analistas) têm visões diametricamente opostas sobre os mecanismos e conteúdos mentais, fica claro que um pode estar praticando a sugestão e não a interpretação. Para o autor, esse questionamento sobre a contínua inexatidão interpretativa é importante para evitar que uma psicanálise se torne uma terapia da sugestão.

Como a transferência foi o único ponto considerado fundamental entre os participantes, a pesquisa verificou que sem a análise da transferência, nenhuma psicoterapia poderia ser considerada psicanalítica (GLOVER, 1955). Outra questão foi que quando há uma tentativa de “controle da transferência” por atitudes do analista (contratransferência), esse processo não passa de uma simples terapia comunicacional.

Nesse resultado, Glover (1955) constatou que sem algumas formas confiáveis de padronização da técnica, não é possível haver uma ciência em psicanálise. Para tal tarefa, já que não poderíamos padronizar o comportamento do paciente (pois a técnica que deve se adaptar à patologia e não a patologia à técnica), “deveríamos ser capazes de, no mínimo, padronizar o comportamento do psicanalista” (p.383).

Entretanto, na conjuntura do resultado de sua pesquisa, foi mais fácil dizer o que não era psicanalítico do que o que era psicanalítico.

Segundo o autor, antigamente, só o fato de o terapeuta dizer que seu trabalho se baseava na concepção de inconsciente, na sexualidade infantil, no recalçamento, no conflito e na transferência, já era o suficiente para que se intitulasse como psicanalista. Já na década de 1950, isso não era mais possível, pois o conhecimento psicanalítico se misturou com outros saberes psis, ao ponto de não sabermos até que nível esses critérios básicos se estenderam.

Até que ponto podemos estender este critério dependerá, em primeiro lugar, do grau em que podemos conseguir eliminar de nossas deliberações a influência de uma mística defensiva, esotérica, mas até agora não confessada. Embora a eliminação do esotérico deva ser uma das tarefas da análise de treinamento, há, a meu ver, poucos sinais de que esse objetivo importante tenha sido alcançado até o momento. Em segundo lugar, dependerá da medida em que podemos estabilizar a clínica juntamente com os critérios teóricos. Ambos os requisitos são, atrevo-me a dizer, de um momento extremo para o futuro da psicanálise; e eu sugeriria que eles não podem ser alcançados na amável atmosfera de dar e receber do simpósio habitual: eles exigem a aplicação próxima de métodos de pesquisa controlados em escala internacional. Se, como resultado dessas pesquisas, for necessário descartar algumas das suposições bastante simplistas que indiquei, tanto melhor para nossa ciência. A psicanálise não tem necessidade de manter as aparências, mas precisa delimitar com a maior precisão possível seus usos como agente terapêutico (GLOVER, 1955, p. 383 -384).

Entretanto, em 1977, Bleger (2003) fez um apontamento teórico sobre o enquadre clínico que não se opõe, mas se distancia da proposta de Glover. Sem se preocupar em encontrar critérios terapêuticos por meio da aplicação de métodos de pesquisa controlados em escala global, o autor nos diz que na constituição do enquadre psicanalítico existe uma peculiaridade que se diferencia de outros enquadres clínicos:

O certo – às vezes de forma permanente, outras temporariamente – é que o enquadramento se converte de fundo de uma Gestalt em figura, isto é, em processo. Mesmo nesses casos, no entanto, o enquadramento não se torna idêntico ao processo propriamente dito da situação analítica. (BLEGER, 2003, p. 47)

De acordo com o autor, se o enquadre clínico - ora de forma permanente, ora de forma temporária – se converte no processo, mas mesmo assim não se torna idêntico a ele, isso significa que, tendo como referência as demandas psíquicas ao

longo do tempo, ele transforma sua forma: abandonando alguns critérios, adotando novos, mantendo alguns fundamentais quando necessário e abandonando-os se for preciso também.

Sendo assim, para que seja possível pintar nosso setting, isso é, discorrer sobre dimensões, desdobramentos e condições contemporâneas do enquadre clínico psicanalítico, precisamos percorrer algumas etapas. Primeiramente adentraremos a perspectiva de Freud e sua trajetória para criar essa nova clínica no contexto de sua época. Nesse primeiro plano, pensaremos o setting em uma única dimensão: a da teoria da clínica (como se constitui e se desenvolve o enquadre entre psicanalista e paciente). Em segundo lugar, abarcaremos a difusão (internacionalização e institucionalização) da psicanálise ao longo do tempo, discorrendo sobre algumas dificuldades e contribuições da IPA e da psicanálise pós-freudiana para o enquadre clínico. Nesse segundo momento, o trabalho continuará pautado na dimensão da teoria da clínica, mas também se baseará em uma outra: a da formação do analista (a de como se tornar analista juntamente com os enquadramentos e processos clínicos que esse tem que passar para exercer tal atividade). Posteriormente, por meio das entrevistas realizadas com três psicanalistas brasileiros, vamos expor algumas reflexões e problematizações acerca das questões e condições que o enquadre clínico enfrenta na contemporaneidade. As entrevistas foram realizadas pessoalmente por meio da fala e gravadas em áudio para posterior análise. Justificamos nossa conduta de “escutar” os analistas, devido ao fato da clínica psicanalítica se realizar por meio de um processo de fala e escuta. Além disso, o processo da fala é mais primário e mais urgente, o que diz respeito às manifestações da subjetividade, sendo a composição escrita, um processo posterior mais elaborado.

Uma vez que nossa pesquisa não tem a mesma intenção da de Edward Glover, de localizar pontos de concordância e padronizar os critérios terapêuticos, faremos de forma diferente. Tendo como base os depoimentos dos entrevistados, colocaremos os temas em comum, no eixo das constantes. Já as singularidades e peculiaridades que eles elaboraram sobre tais questões, colocaremos no eixo das variáveis. Foi possível localizar dois grandes temas, duas dimensões nas entrevistas: a questão de montar o cenário clínico contemporâneo presencial (Montando o cenário na contemporaneidade) e a demanda contemporânea da psicanálise via internet e os desafios para se estabelecer um enquadre nesse

contexto (Psicanálise e internet: uma questão contemporânea). Por fim, faremos nossas considerações finais sobre o enquadre clínico psicanalítico, algumas de suas dimensões, desdobramentos e condições, que localizamos, na contemporaneidade.



## 1 O ENQUADRE CLÍNICO DE FREUD (OU “O *SETTING* PINTADO POR FREUD”)

Para discorrermos sobre o enquadre clínico criado por Freud, precisamos primeiramente delimitar alguns embasamentos que foram condições fundamentais para sua existência: método, teoria, técnica, espaço (sentido topológico), localização (sentido topográfico) e tempo. No entanto, para fins históricos e epistemológicos, devemos lembrar que a clínica psicanalítica surgiu dentro do contexto da clínica médica do final do século XIX e início do XX. Sendo assim, partiremos de brevíssimas pontuações sobre algumas bases constituintes (método, técnica, espaço e localização) da clínica médica no percorrer da história ocidental, para que, na sequência, possamos ter mais clareza sobre a origem do enquadre clínico psicanalítico e quais são suas aproximações, distanciamentos, limites e avanços. Quanto ao enquadre psicanalítico propriamente dito, discorreremos por meio de alguns textos dos *Artigos sobre a técnica* escritos por Freud para melhor compreensão sobre esse processo terapêutico.

### 1.1 Um breve contexto histórico clínico

Como se sabe, o termo *clínica* vem da palavra latina *clinicus* (médico que *visita* os pacientes em seus leitos), mas encontra origens mais remotas ainda no grego *klinike tekhnē* (prática à beira do leito) de *klinikos* (leito, cama, aquilo sobre o qual se deita). A clínica desde seus primórdios diz respeito à atividade do olhar, aquela do médico que, à cabeceira do doente, observa, examina manifestações, características e sinais da doença para fazer um diagnóstico e prognóstico e assim, realizar um tratamento (DORON; PAROT, 1998). Porém, de acordo com Moreira, Romagnolli e Neves (2007), nem sempre a prática médica se baseou em descrição de sintomas e sinais, busca do conhecimento de antecedentes da enfermidade, obtenção de diagnóstico e desenvolvimento de prognóstico.

Segundo as autoras, Hipócrates teria introduzido uma transformação na Medicina grega (que se encontrava mais próxima do mágico do que do racional) 2.500 anos atrás, ao tentar compreender a história da doença que provocava a necessidade de o paciente procurar tratamento. Tal transformação consistia na observação clínica, que o levou a criar a anamnese e defini-la como primeira etapa do exame médico. A anamnese, por sua vez, traz um pouco do conteúdo da *fala* e

*escuta* como participante no tratamento, porém, fala e *escuta* ainda voltadas para complementar e confirmar o olhar (a observação).

Com esse procedimento, o exame médico hipocrático objetivava a obtenção de dados para a elaboração do diagnóstico e prognóstico, utilizando-se de processos como medições de temperatura pela imposição das mãos, da observação cuidadosa, do apalpar o corpo e auscultar os batimentos cardíacos, entre outras atividades (MOREIRA; ROMAGNOLLI; NEVES, 2007). Por meio dos processos de observação, anamnese e exame, Hipócrates foi capaz de descrever mais de quarenta e cinco enfermidades, que prevaleceram até o século XVII (MOREIRA; ROMAGNOLLI; NEVES, 2007).

Como podemos ver, no que diz respeito ao espaço e localização de atuação profissional de tratamento aos pacientes, até antes do século XVIII não eram especificados e nem definidos, pois o médico realizava seu trabalho clínico onde a emergência da enfermidade aparecia, por exemplo, na residência do próprio paciente. Contudo, os estudos de Michel Foucault (1977) nos indicam que determinadas questões – negligência, falta de controle das atividades, abuso clínico, falta de ética medicinal, necessidade de isolamento do doente devido à descoberta de doenças contagiosas, entre outros – foram fatores que levaram à elaboração de um novo enquadre clínico que, dessa vez, contava com a vigilância generalizada, controle institucional estatal e, é claro, com uma *especialização* específica, um *lugar* de isolamento, reduzido aos fenômenos visíveis da ciência e adequado para a doença.

Seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência; a medicina torna-se tarefa nacional e Menuret, no início da Revolução, sonhava com cuidados gratuitos assegurados por médicos que o governo indenizaria entregando-lhes as rendas eclesiásticas. Seria, por isso mesma, necessário exercer um controle sobre esses médicos: impedir os abusos, proscriver os charlatães, evitar, pela organização; ao de uma medicina sã e racional, que os cuidados a domicílio não fizessem do doente uma vítima e não expusessem ao contágio os que o cercassem. A boa medicina deverá receber do Estado testemunho de validade e proteção legal; a ele cabe “estabelecer a existência de uma verdadeira arte de curar”. A medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados a domicílio só pode encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social. Entra-se em uma forma inteiramente nova e mais ou menos desconhecida, no século XVIII, de *especialização* institucional da doença (FOUCAULT, 1977, p. 20-21).

Dessa forma, esse novo enquadramento clínico atinge seu auge entre o final do século XVIII e o início do século XIX, devido às muitas descobertas no ramo da Biologia e às invenções que possibilitaram a instrumentalização médica (MOREIRA; ROMAGNOLLI; NEVES, 2007). Nessa perspectiva, ele também seguiu ao longo do século XIX como espaço institucionalizado da doença, parte da instauração do poder sobre homem como ser vivo, a qual a Medicina teve papel preponderante (FOUCAULT, 1999). Michel Foucault (1999) conceitua esse processo como *biopoder*, um poder que se incumbiu tanto do corpo, como da vida em geral (p. 302).

Com base nessa transformação (controle das atividades, espaço adequado, supervisão estatal e privada, ética, métodos e técnicas de tratamento...), o enquadre clínico do século XIX se encontrava no domínio das instituições médicas. Dessa forma, os pacientes passavam a ser atendidos somente dentro dessas instituições e nos consultórios particulares. Entretanto, devido à especificidade de alguns casos, os pacientes poderiam ser atendidos em suas residências ou em outros locais adaptados ao tratamento, porém, desde que analisados, controlados e autorizados pelas instituições médicas.

Esses então são alguns embasamentos do enquadre clínico médico que perdurou como o responsável pela produção de saúde até o início do século XX. Devemos nos atentar ao fato de que nessa época, entre as patologias que as instituições médicas combatiam, se encontrava uma das mais famosas psicopatologias: a histeria.

Desde a época de Hipócrates, acreditava-se que a histeria era uma patologia que atingia somente as mulheres, afinal o termo significava “perturbações no útero”. Porém, diferente do tempo de Hipócrates – quando se pensava que a histeria era causada por movimentos irregulares de sangue do útero para o cérebro - no final do século XIX e início do XX, ela foi entendida como uma psicopatologia.

Segundo o pensamento clínico dos tempos modernos (séculos XIX e XX), os sintomas histéricos eram a expressão manifesta da presença de um corpo estranho incrustado na psique da mulher, como um parasita. Esse corpo estranho seria uma ideia ou um grupo de ideias penetradas no espírito, fora da consciência da pessoa. Considerava-se que a histérica perceberia inconscientemente um acontecimento particular, que se tinha transformado. Essa percepção transformava o acontecimento em uma ideia ou conjunto de ideias que ficavam na mente como um elemento isolado. Esse elemento isolado (ideia ou conjunto de ideias), por sua vez, tinha uma

presença ativa patogênica. A doença se explicava pelo fato de que no interior da mente da histérica dominava, reinava, um corpo estranho (NASIO, 1999).

É nesse contexto que aparece Freud, mais um dos (poucos) médicos encarregados de tratar tal psicopatologia. Conseqüentemente, toda essa conjuntura possibilitou que ele criasse seu próprio enquadre clínico: o psicanalítico, que viria a se apresentar como um tratamento diferenciado em relação à histeria e a outras psicopatologias.

## 1.2 O caminho de Freud

Segundo Freud (1913/1996), o enquadre clínico psicanalítico se constitui numa combinação notável de embasamentos, ou seja, tanto se aproximando quanto se afastando de princípios dessa primeira clínica (médica). Sendo assim, iniciaremos o enquadre freudiano falando sobre o *método*, pois, uma vez que a palavra vem do grego (*met* - seguir + *hodós* – caminho), podemos entender melhor o caminho que o autor percorreu até chegar a essa elaboração.

A princípio podemos dizer que a psicanálise abrange tanto um método de *pesquisa das neuroses* (como a histeria, a neurose obsessiva e as fobias) quanto de *tratamento* baseado na etiologia descoberta (FREUD 1913/1996). Nas palavras do criador, esse método se iniciou com pesquisas sobre a histeria seguindo o rastro do trabalho sobre a histeria traumática de Charcot, juntamente com as investigações dos fenômenos da hipnose efetuadas por Liébeault e Bernheim.

A hipnose como um processo de tratamento da histeria tinha entre suas características mais fundamentais o uso da *sugestão* como forma de cura. Parafraseando Leonardo Da Vinci, Freud (1996b) nos diz que a sugestão no tratamento hipnótico realiza um trabalho *per via de porre*, ou seja, muito semelhante ao do pintor: aquele que deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali. Essa técnica buscava operar *per via di porre* devido ao fato de não se importar com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes de depositar algo “– a sugestão – que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica” (p. 247).

Contudo, uma das questões que se impunha à hipnose é a de que ela se constituía como um método censurável, pois apenas ocultava a *resistência* e impedia tanto ao médico quanto ao paciente o conhecimento do jogo das forças

psíquicas envolvidos no adoecimento. Ou seja, o paciente só teria como lidar com o *novo saber* depositado pelo médico pela via da sugestão. Logo, ele acabava por manter *velada*, ou se nos permitem dizer, *intocável* a dinâmica subjetiva que causava sua patologia. De fato, esse método apenas evadia (e não eliminava) a resistência e acabava por fornecer somente dados incompletos e resultados passageiros.

As constatações que comprovaram a ineficiência dos efeitos hipnóticos foram alguns motivos que contribuíram para que Freud continuasse sua pesquisa para além de tal metodologia. Nessa sequência, ele se inclina a outro método já conhecido: o *método catártico*, o qual era executado por seu ex-professor da faculdade, Joseph Breuer.

O nome já diz tudo: *catarse* vem do grego *kátharsis* que significa “purificação”, “evacuação”. Em última instância era um tratamento por meio da descarga emocional, do descarrego daquilo que faz adoecer. O procedimento consistia em levar a histérica até o ponto traumático e fazer com que ela o reproduzisse em atos, palavras ou imagens (NASIO, 1999). “O objetivo era — o próprio Breuer usava esta expressão — ampliar o campo da consciência, em outros termos, integrar o grupo de idéias isoladas na consciência” (NASIO, 1999, p. 23).

Um enquadre bem marcante em que acontecem as primeiras elaborações é no atendimento à histérica Anna O, realizado na casa da própria paciente no período de 1880 a 1882 (porém, publicado em 1895 na autoria de Breuer e Freud). O tratamento foi feito por Breuer, enquanto Freud acompanhava de perto, fazendo suas observações. Nesse tratamento, ele se deparou com a pertinência do método catártico quando a paciente dizia que se sentia aliviada ao falar, como a sensação de estar *limpando uma chaminé*.

Em outros termos, o que Freud observou é que à medida que Anna O falava, os sintomas desapareciam (algo próximo do que ela mesma nomeou como *cura pela fala*). Aqui então já podemos perceber a existência de dois princípios que participarão da composição do enquadre psicanalítico: o primeiro é o da fala, a narrativa do paciente sobre seu sofrimento como fundamental no tratamento; o segundo é a renúncia da *sugestão*, a *não utilização* dela como forma de tratar. Esses aspectos extremamente relevantes na composição do método psicanalítico começam a ganhar um estatuto singular, e a se desprenderem cada vez mais do olhar e da clínica médica tradicional.

As descobertas de Breuer já foram descritas tantas vezes que posso dispensar um exame detalhado das mesmas aqui. O fundamental delas era o fato de que os sintomas de pacientes histéricos baseiam-se em cenas do seu passado que lhes causaram grande impressão mas foram esquecidas (traumas); a terapêutica, nisto apoiada, que consistia em fazê-los lembrar e reproduzir essas experiências num estado de hipnose (catarse); e o fragmento de teoria disto inferido, segundo o qual esses sintomas representavam um emprego anormal de doses de excitação que não haviam sido descarregadas (conversão). (...) Mas a prática de investigar pacientes em estado hipnótico, com a qual me familiarizou Breuer – prática que combinava um modo de agir automático com a satisfação da curiosidade científica – era, sem dúvida, incomparavelmente mais atraente do que as proibições monótonas e forçadas usadas no tratamento pela sugestão, proibições que criavam um obstáculo a qualquer pesquisa. Há pouco tempo nos foi dada uma sugestão – que se propunha representar um dos mais recentes desenvolvimentos da psicanálise -, no sentido de que o conflito do momento e o fator desencadeante da doença devem ser trazidos para o primeiro plano na análise. Ora, isto era exatamente o que Breuer e eu fazíamos quando começamos a trabalhar com o método catártico. Conduzíamos a atenção do paciente diretamente para a cena traumática na qual o sintoma surgira e nos esforçávamos por descobrir o conflito mental envolvido naquela cena, e por liberar a emoção nela reprimida (FREUD, 1996g, p. 19-20).

Porém, tudo isso ainda não bastava! Segundo o próprio Freud (1996g), mesmo o método catártico sendo um estágio preliminar da psicanálise, o tratamento não avançava muito por meio dele, portanto, era preciso modifica-lo. Mas por quê?

Por mais que o método havia se emancipado da sugestão, ele ainda não havia abandonado o *estado hipnótico*. A fala do paciente no método catártico se mantinha em caráter focal (nos assuntos sobre os aspectos de adoecimento) o que exercia certo grau de influência sugestiva, e os colocava em estado hipnótico. Isso apresentava problemas para aqueles em tratamento, pois assim não era possível que se colocassem de frente com o que os fazia resistir. Em outras palavras: esse procedimento ainda deixava oculto o entendimento do jogo de forças psíquicas e não possibilitava a identificação da *resistência*, tal como afirmou Freud (1996b) em seu texto *Sobre a psicoterapia* de 1905. Portanto, a catarse, mesmo se mostrando mais avançada no tratamento em relação à hipnose, se configurava como uma forma impossível de produzir a cura, pois essa só pode ser alcançada após o enfrentamento da resistência.

O procedimento catártico pressupunha que o paciente fosse hipnotizável e se baseava na ampliação da consciência que ocorre na hipnose. Tinha por alvo a eliminação dos sintomas patológicos e chegava a isso levando o paciente a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez. Feito isso, emergiam no doente hipnotizado lembranças, pensamentos e impulsos até então excluídos de sua consciência; e mal ele

comunicava ao médico esses seus processos anímicos, em meio a intensas expressões afetivas, o sintoma era superado e se impedia seu retorno. Os dois autores, em seu trabalho conjunto, explicaram essa experiência regularmente repetida, afirmando que o sintoma toma o lugar de processos psíquicos suprimidos que não chegam à consciência, ou seja, que ele representa uma transformação (“conversão”) de tais processos. A eficácia terapêutica de seu procedimento foi explicada em função da descarga do afeto, até ali como que “estrangulado”, preso às ações anímicas suprimidas (“ab-reação”). Mas esse esquema simples da intervenção terapêutica complicava-se em quase todos os casos, pois viu-se que participavam da gênese do sintoma, não uma única impressão (“traumática”), porém, na maioria dos casos, uma série delas, difícil de abarcar (FREUD, 1996a, pp. 236).

Devemos lembrar que a inclusão da *resistência* no tratamento é uma característica fundamental da clínica freudiana que diverge da clínica médica tradicional. “Nesse sentido, Freud subverte a lógica do tratamento médico, pois, para ele, a resistência é fundamental no processo de cura” (MOREIRA; ROMAGNOLLI; NEVES, 2007, p. 613). Porém, precisamos entender que a *resistência*, por ser algo que permanece no jogo das forças psíquicas implicadas no processo de adoecimento, é uma questão de *caráter teórico* que levou Freud a repensar a catarse no enquadre clínico. Portanto, para entendermos o motivo das modificações do método e o novo caminho que ele encontrou para produção da cura, temos que ter ainda mais clareza sobre o que é esse procedimento clínico, o que nos exige por hora, obviamente, nos aprofundarmos no embasamento teórico da psicanálise.

### **1.3 Fundamentação teórica, mudança da técnica e concretização do método**

Em seu texto *Sobre a psicanálise* de 1913, Freud (1996f) nos dizia que, até então, o aspecto teórico da psicanálise era baseado nos estudos sobre os *processos mentais inconscientes* de Janet, porém com nítidas oposições que marcam a sua diferença. A primeira oposição se resume no fato de Freud ter declinado remontar a histeria como algo diretamente ligada à degeneração hereditária congênita; a segunda diz respeito ao fato de a psicanálise oferecer uma explicação dinâmica baseada na ação recíproca das forças psíquicas, e não somente mera descrição como no pensamento de Janet; por fim, a terceira é por ter atribuído a origem da dissociação psíquica (cuja importância também fora reconhecida por Janet) não a uma falha de síntese mental resultante de incapacidade congênita, mas sim a um

processo psíquico peculiar denominado por Freud como *recalque* (*Verdrängung*) (FREUD, 1996f).

Numa esquematização excessiva, os estudos de Janet atribuíam a origem do sintoma histérico a uma *ideia fixa inconsciente*. Esse viés teórico conseguiu provar que os sintomas histéricos estavam relacionados às reminiscências, os resíduos de experiências profundamente comovedoras, que haviam sido afastadas da consciência cotidiana, devido aos pormenores dos efeitos traumáticos da experiência. Avançando em relação à análise de Janet, Freud (1996b), baseia-se na concepção de que esses resíduos são *representações inconscientes* (a inconsciência de certos processos anímicos), a causa imediata dos sintomas patológicos.

Esse novo conceito de inconsciente que Freud trazia se distanciava tanto de ser uma ideia fixa como na escola francesa (estudos de Janet) quanto de ser uma espécie de inconsciente estático, como até então era reconhecido nos estudos filosóficos.

Mas não temam os senhores que isso nos precipite nas profundezas da mais obscura filosofia. Nosso inconsciente não é de modo algum idêntico ao dos filósofos, e além disso, a maioria destes nada quer saber sobre algo "psíquico inconsciente". (...) É que a vontade consciente estende-se apenas aos processos psíquicos conscientes, e toda compulsão psíquica é fundamentada pelo inconsciente. Tampouco devem os senhores temer que o enfermo sofra algum dano em função do abalo trazido pela entrada do inconsciente em sua consciência, pois podem explicar a si mesmos, teoricamente, que o efeito somático e afetivo da moção que se tornou consciente nunca pode ser tão grande quanto o da moção inconsciente. Só dominamos todas as nossas moções por dirigirmos para elas nossas mais elevadas funções anímicas, que estão ligadas à consciência. Mas também lhes é possível escolher outro ponto de vista para compreender o tratamento psicanalítico. O desvendamento e a tradução do inconsciente realizam-se sob uma resistência contínua por parte do enfermo. O afloramento desse inconsciente está vinculado ao desprazer, e é por causa desse desprazer que o doente o rejeita vez após outra (FREUD, 1996b, pp. 252).

Segundo Freud (1996a), não há nenhuma história clínica das psicopatologias (por ora, a histeria) sem algum tipo de amnésia, pois o sofrimento psíquico se dava pelo conflito da vida anímica, dos jogos de forças psíquicas entre consciência e inconsciente do paciente. Esse conflito era produto de algo que o sujeito anteriormente rejeitara (recalcara), ou seja, enviara ao inconsciente em consequência da regulação automática do desprazer. Assim então se constituía a



amnésia, como o resultado desse mecanismo psíquico denominado *recalcamento*, cuja motivação era identificada necessariamente no sentido de desprazer. Tais forças psíquicas que deram origem ao recalcamento estariam localizadas na *resistência*, a qual se opunha à restauração das lembranças. A *resistência*, por sua vez, se configura como um mecanismo psíquico derivado dos *pensamentos e moções* recalçados, a qual deturpa, distorce e impede a reprodução dessas mesmas formações subjetivas, causando assim um estado patológico no paciente.

Como já dito, uma vez que a metodologia catártica encontrara seu limite nesse seguimento, foi exigida uma concepção diferente do trabalho terapêutico, porém não contraditória a ela. Segundo esse novo ponto de vista freudiano, a perspectiva terapêutica consistia na possibilidade de livrar esses resíduos do recalcamento “de modo a permitir que parte do material psíquico inconsciente se torne consciente e privá-la assim de seu poder patogênico” (FREUD, 1996f, p. 227). Portanto, para que isso fosse possível, Freud introduziu algumas mudanças de *técnica*, o que posteriormente levou a novos resultados.

A alteração feita por Freud foi a de não mais conduzir o paciente a uma fala catártica, e sim, deixá-lo associar livremente enquanto fala. Essa nova técnica era então conhecida com *associação livre*, a qual o sujeito em questão era convidado a falar o que lhe viesse à mente, sem ser exercido qualquer outro tipo de influência. Dessa forma, a sessão prosseguia como uma conversa entre duas pessoas, com o detalhe de o paciente ser poupado de qualquer impressão sensorial passível de distraí-lo e perturbar-lhe a concentração da atenção em sua própria atividade psíquica (FREUD, 1996a).

Como podemos ver, essa associação não tem nada de livre, afinal, está presa aos aspectos do inconsciente. Porém, podemos pensar que ela ganha esse nome devido ao fato de ter mais liberdade de conduta em comparação a outros métodos (o catártico e o hipnótico) e também por não se encontrar presa, ou, tão pouco, ligada à sugestão.

Devido a essas associações estarem ligadas ao inconsciente, Freud pretendia levar em consideração as ideias incidentes que apareciam nas falas. Para isso, ele exortava os pacientes a se deixarem levar em suas comunicações. Mas, antes de exortá-los a um relato pormenorizado de sua história clínica, ele os instigava a dizer tudo o que lhes passavam pela cabeça, mesmo o que julgavam sem importância ou irrelevante. Outro detalhe importante dessa conduta era que Freud pedia com

especial insistência que os pacientes não excluíssem de suas falas nenhum pensamento ou ideia pelo fato de serem embaraçosos ou penosos.

Dessa maneira, aqueles que estavam em tratamento começavam a fazer associações por meio das ideias incidentes, e de outros conteúdos mentais manifestos em seus discursos. Tal procedimento permitia avançar das associações até as representações inconscientes recalçadas, ou em outros termos: das distorções ao distorcido. Dessa forma, aquilo que antes era inconsciente na vida psíquica, agora poderia tornar-se acessível à consciência.

Ainda parafraseando Leonardo Da Vinci, podemos dizer que a terapia analítica trabalhava *per via de levare*, tal como trabalha um *escultor* “que retira da pedra tudo que encobre a superfície da estatua nela contida” (FREUD, 1996b, pp .247). Essa psicoterapia não tinha a pretensão de acrescentar e nem introduzir nada de novo, mas sim, de tirar, trazer para fora o que estava ali formando a gênese do sintoma patológico, e a trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação era a sua meta.

Porém, como já mencionamos, os conteúdos inconscientes só poderiam ser acessíveis à consciência mediante a superação das resistências. Eis então uma questão, pois se a técnica da associação livre somente permitia chegar às resistências (representações, moções e pensamentos recalçados), como seria possível superá-las?

Ao falar sobre a arte da *interpretação* como forma de superação das resistências, Freud (1996a) respondeu a essa questão em 1904 no seu texto escrito em terceira pessoa: “O método psicanalítico de Freud”. A interpretação era a tarefa “de extrair do minério bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalçados” (pp. 238). As ideias, os sonhos, e todos os aspectos psíquicos que ocorrem ao doente, eram objeto do trabalho interpretativo que abriam a via de acesso mais direta para o conhecimento do inconsciente: “suas ações inintencionais e desprovidas de planos (atos sintomáticos) e os erros que ele comete na vida cotidiana (lapsos da fala, equívocos na ação etc.)” (p.238). Era por meio das experiências sobre as resistências típicas mais importantes que surgiam no decorrer do tratamento (tanto as ocorrências de ideias dos pacientes, quanto o entendimento da situação em que as ideias deixavam de ocorrer) que a interpretação operava estabelecendo uma série de regras empiricamente adquiridas para construir o material inconsciente.

Constatamos então que abandonando a hipnose e a catarse e, por consequência, utilizando a técnica da *associação livre* e a *interpretação*, Freud concretiza o *método* da psicanálise. Ou seja, em se tratando de metodologia, podemos afirmar agora com mais clareza que a psicanálise utiliza um *método interpretativo* de investigação e tratamento das neuroses. Porém, temos que ter ciência de que a clínica psicanalítica não é tão simples assim, afinal não podemos esquecer que a associação livre e a interpretação só operam sob um fenômeno fundamental: a *transferência*.

#### **1.4 A escuta na transferência: o *modus operandi* da psicanálise**

Em 1900, Freud atendeu durante três meses (de outubro a dezembro) uma paciente de dezoito anos, que ficou conhecida pelo pseudônimo: Dora. Ele escreveu sobre o caso no início de 1901, enquanto escrevia também *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, que inclusive foi publicado no mesmo ano. Diferentemente do último, o caso Dora só foi publicado em 1905, com o título *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Foi nesse caso que Freud mostrou o fino tecido das identificações múltiplas na histeria, aprofundou nos conceitos de sua teoria da sexualidade e, principalmente, da transferência (FRANCO, 2000).

Na época em que trabalhou no caso Dora, Freud ainda não havia pensado sobre a questão transferencial no enquadramento clínico e a falta desse reconhecimento implicou um manejo deficiente, que levou ao término prematuro da análise (FRANCO, 2000). Porém, posteriormente ao fracasso desse caso, Freud reconheceu claramente que o terapeuta participava da transferência e não só o paciente. Foi com essa experiência que ficou claro para ele que sua escuta de Dora determinou, ao menos em parte, o que ela iria dizer. Suas atitudes e interpretações poderiam abrir ou fechar a possibilidade do avanço da análise (FRANCO, 2000). Assim então, ele localizou o fenômeno dual da transferência, pois identificou as severas exigências que a histeria fazia ao médico e ao investigador (FREUD, 1996b). Essas exigências só poderiam ser tratadas “pelo mais dedicado aprofundamento, e não por uma atitude de superioridade e desprezo” (p. 26). Por fim cita Goethe: “Nem só a Arte e a Ciência/ No trabalho há que mostrar paciência” (p. 27). Enfim, o que ele queria dizer era que o analista estava implicado no processo e

somente com humildade e paciência poderia descobrir em que lugar era colocado pelo paciente ou em que lugar se colocava inconscientemente (FRANCO, 2000).

Enfim, o que Freud (1996c) percebeu foi que a transferência era um *fenômeno* que acontecia em todas as relações humanas, logo, na clínica não seria diferente. Portanto, para compreendermos por que “a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico, e como vem ela a desempenhar neste seu conhecido papel” (p.111), avançaremos mais um pouco na teoria psicanalítica sobre os processos de subjetivação.

A teoria freudiana nos revela que cada pessoa adquire um modo próprio de conduzir-se na vida erótica e amorosa. Esse método se constitui por meio da ação combinada de disposições inatas e de influências sofridas nos primeiros anos de vida. Essas precondições para enamorar-se se estabelecem nos instintos que satisfazem, e nos objetivos que determina a si mesmos no decurso daquelas. Nesse processo se produz o que ele chama de *clichê estereotípico*, isso é, aquilo que é constantemente repetido, reimpresso no decorrer da vida da pessoa “na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes” (FREUD, 1996g, p.111).

Suas observações demonstraram que somente uma parte daquelas pulsões (impulsos) que determinam o curso da vida erótica passou por todo o processo de desenvolvimento psíquico. Em consequência, essa parte é dirigida para a realidade, pois se encontra à disposição da personalidade consciente e acaba fazendo parte dela. Já a outra parte das pulsões sexuais (impulsos libidinais), encontra-se retida no curso do desenvolvimento, pois foi mantida afastada da personalidade consciente e da realidade. Essa parte foi impedida de expansão ulterior, mantendo-se assim na fantasia, ou então, permanecendo totalmente no inconsciente, isso é, de maneira completamente desconhecida pela consciência da personalidade.

Devido a essa necessidade de o sujeito amar não ser inteiramente satisfeita pela realidade, o destino de suas relações só pode ser *transferencial*, pois esse está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas. Ambas as partes de sua libido, tanto a que é capaz de se tornar consciente quanto a inconsciente, tem sua cota de participação na formação dessa atitude, isso é, desse fenômeno denominado *transferência*.

Sendo assim, é perfeitamente comum e inteligível que o investimento libidinal de alguém que se encontra parcialmente insatisfeito ocorra na relação clínica de maneira *transferencial*. Ou seja, que uma catexia que esteja pronta por antecipação seja *transferida* para a figura do psicanalista.

Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das 'séries' psíquicas que o paciente já formou. (...) Mas a transferência não se acha presa a este protótipo específico: pode surgir também semelhante à imago materna ou à imago fraterna. As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes. (FREUD, 1996g, p.112).

A transferência é esse fenômeno universal nas relações humanas em que os afetos, emoções, experiências, sentimentos e identificações da mais tenra infância são transportados do passado ao presente, transferidos das imagens primárias inconscientes para cada outra pessoa que estabelecemos relação. Já que na clínica nenhum dos envolvidos estão imunes a esse fenômeno, era preciso que o terapeuta se atentasse à transferência na fala dos pacientes, pois, por meio dela, eles faziam suas associações que conduziam ao conteúdo inconsciente. Mas, para se atentar à transferência, era preciso ter um manejo, uma articulação, um posicionamento diferente diante dela para que então o material inconsciente aparecesse e, assim, ao analisá-lo era possível interpretá-lo para produzir a cura.

Para fins de interpretação e identificação do material inconsciente oculto, cabia ao analista se posicionar recebendo os conteúdos transferenciais do paciente, mas com as importantes condições de: não ser complacente com essas demandas desejantes; jamais corresponder a tais exigências; não se fixar no lugar que é colocado pelo paciente e; muito menos, se defender por meio de posições morais ou valores pessoais. Seguindo essas recomendações, o terapeuta era capaz "de fazer uso de tudo o que lhe é dito, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão" (FREUD, 1996d, p.129).

Freud (1996d) nos diz que para se posicionar diante à transferência, o analista deve “voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente” (p.129). Ele prossegue a metáfora dizendo que é preciso que o analista se ajuste ao paciente, assim como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Como assim? Simples! O microfone emite ondas sonoras, que criam oscilações elétricas na linha telefônica. A função do receptor telefônico é transformar essas oscilações elétricas em novas ondas sonoras. Da mesma maneira então, por meio dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, o inconsciente do psicanalista deve ser capaz de reconstruir esse inconsciente que determinou as associações livres do paciente.

Podemos ir pouco mais longe dizendo que na transferência, o analista funciona como a captação e transmissão (captador + amplificador) do som na guitarra. Ou seja, assim que o músico toca suas notas na guitarra, o captador recebe esse som e envia o que capturou ao amplificador. O amplificador, por sua vez, devolve, transmite aquele som tocado, só que de forma reverberada e amplificada. A mesma coisa ocorre quando o paciente fala, pois, o analista escuta e devolve essa fala de forma amplificada, possibilitando o primeiro a enxergar as reverberações, oscilações e outros detalhes importantes que estão inseridos na composição de sua patologia. Percebendo uma conjuntura maior de elementos que constituem suas questões subjetivas, esse pode se apropriar de tal para interpretar e lidar com os sofrimentos psíquicos de forma mais possível. Sendo assim, verificamos que a mesma coisa acontece com o guitarrista: por intermédio do conjunto captador + amplificador, ele trabalha na composição da música por meio da amplificação e reverberação do som emitido por ele mesmo.

Teoricamente, todo esse posicionamento do analista perante a transferência é devido ao fato de ela revelar as fortes relações do analisando com suas resistências. A persistência e a intensidade da transferência na relação clínica constituem o efeito e a expressão da resistência. É verdade que esse fenômeno diz respeito a uma repetição de antigos amores transferidos para o novo encontro com o terapeuta, porém, é comum e extremamente humano temer o novo. Portanto, para lidar com tal situação, o paciente acabava se defendendo do desconhecido (o novo encontro) e, em consequência, satisfazia a resistência, o que o deixava mais distante dos aspectos inconscientes. Segundo Freud (1996c), “a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento, enquanto que, fora dela, deve ser

encarada como veículo de cura e condição de sucesso” (p. 112). Devido a esses acontecimentos desviantes, ele identificou duas categorias para a *transferência*: a *positiva* e a *negativa*.

A *transferência positiva* é subdividida em duas formas. Uma é aquela dos sentimentos amistosos e afetuosos que são admissíveis à consciência. A outra diz respeito à transferência de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. A psicanálise nos revela que em nossa vida real, as pessoas respeitadas e admiradas podem ser objetos sexuais para nosso inconsciente. Por isso na figura do psicanalista a transferência positiva pode ocorrer de modo a facilitar confissões do paciente, e isso pode tornar as coisas mais difíceis, pois exigiria um trabalho mais árduo para identificação das resistências.

Por sua vez, a *transferência negativa* diz respeito aos sentimentos hostis direcionados ao terapeuta. De acordo com Freud (1996c), por mais que esse tipo de transferência ocorresse no tratamento psicanalítico, sua manifestação era muito mais comum nas instituições. “Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado” (p.117). O que Freud observou é que a transferência erótica não possuía efeito tão inibidor nas instituições, pois lá, ela era encoberta ao invés de revelada, tal como acontece na vida comum. Essa transferência negativa presente nas instituições se manifestava como resistência ao restabelecimento, pois não levava o paciente a sair dela, mas sim o retinham aí e o mantinham distante da vida. “Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real” (pp. 117). Se por um lado a transferência positiva trazia mais dificuldades por exigir um trabalho mais refinado do psicanalista, por outro lado a transferência negativa gerava mais resistências que dificultavam o paciente a entrar em análise.

### **1.5 Paradigmas patético, estético e semiótico: os três pilares constituintes da clínica psicanalítica**

Como podemos notar, já temos as três condições fundamentais que, não somente se distanciam e subvertem a lógica da clínica médica, como também constituem o novo e singular enquadre clínico de Freud. São elas: 1) a inclusão da

*resistência* como fundamental no tratamento (MOREIRA; ROMAGNOLLI; NEVES, 2007); 2) o deslocamento de uma prática fundamentada no olhar sobre o fenômeno, para a prática fundamentada na *escuta do metafenomenal* (GUERRA, 2012); 3) a perspectiva de tratar o paciente (*protagonista* de sua própria fala/narrativa) como *sujeito* de sua história de adoecimento e não objeto dela.

Para sermos mais específicos, podemos dizer a mesma coisa usando outras palavras, outros termos que soam como mais adequados. Sendo assim, afirmamos que a clínica psicanalítica é constituída sobre esses três pilares: 1) *Resistência* (a inclusão da resistência no tratamento, o que até então, não era incluído no tratamento médico); 2) *Transferência* (mudança de uma prática fundamentada no olhar sobre o fenômeno, para a prática fundamentada na escuta do metafenomenal); 3) *Interpretação* (deixar de vincular-se necessariamente a uma patologia, e sim, veicular-se à *demanda do sujeito*: protagonista que pode interpretar e produzir a cura no decorrer do processo terapêutico).

Mesmo que Freud, até então, afirmara que o tratamento psicanalítico era um trabalho que operava *per via de levare* como o do escultor, é possível constatar que, de certa forma, ele *também opera per via de porre*, como o trabalho do pintor. Ou seja, por parte do analisando, o trabalho se dá a princípio *per via de porre*, pois é quando esse deposita na figura do analista (transferência) os conflitos (inconscientes e infantis) formadores de suas resistências. Embora isso seja uma repetição de coisas anteriores na cena clínica, não deixa de ser também um exercício de colocar, depositar conteúdos e formas ali – tal como o pintor coloca cores em sua tela. O analista, por sua vez, o ajuda a superar essas barreiras (interpretação) revelando suas raízes mais profundas, inconscientes – como o escultor retirando resíduos de sua pedra.

Outro aspecto interessante do enquadre clínico psicanalítico que o difere dos demais, é que sua constituição não é formada somente por sujeitos pertencentes a uma única e exclusiva categoria. A clínica médica, por sua vez, era composta exclusivamente pela categoria médica (sujeito) e a cura era o resultado do seu trabalho realizado naquele que se encontrava na posição de objeto: o paciente. Nesse caso, podemos dizer a mesma coisa da obra de arte (pintura, escultura, etc.) que é o resultado do trabalho feito pela única categoria: artista (pintor, escultor, etc). Ou seja, mesmo que a obra fosse feita por mais de uma pessoa, todos estariam na mesma categoria: artista.



Devido a tais semelhanças, não seria errado dizer que: “É o psicanalista que pinta o setting tal como é o artista que pinta o quadro (ou o médico que constrói a clínica)”, porém também não seria o mais adequado. Como dissemos, entre os dois (ou três) existe um pequeno detalhe: enquanto a construção do quadro é exclusiva do artista (e a da clínica médica, do médico), a do enquadre clínico psicanalítico não, pois o paciente também tem participação, como sujeito, no processo. Portanto, visto a impossibilidade de existência sob o domínio homogêneo categorial, concluímos que um dos pontos marcantes do enquadre clínico psicanalítico é por ser formado por meio da heterogeneidade das categorias: *psicanalista* e *paciente* (ou *analista* e *analisando*).

Ainda sobre a singularidade da clínica psicanalítica, seria o caso de dizer que ela opera por meio de *três paradigmas* relacionados com o *sentido*? O *patético* (sentido *pathos*), o *estético* (sentido *aesthesis*) e o *semiótico* (sentido *sema*)? Acreditamos que sim, pois segundo Didi-Huberman (2012), Leonardo da Vinci levou em consideração toda a extensão dessa rede para se referir à palavra *sentimento*, pois parece designar tanto o *sentimento* (patético), quanto a *sensação* (estético) e a *significância* (semiótico). Mas o que isso teria a ver com a psicanálise? Ora, basta analisarmos e confirmaremos que os três pilares da clínica psicanalítica têm relação com esses três paradigmas. Vejamos: a *resistência* está relacionada ao *sentimento*, *sofrimento* (paradigma patético), a *transferência* à *sensação* (paradigma estético) e a *interpretação* diz respeito à *significância* (paradigma semiótico). Como dito, devido à clínica psicanalítica ser composta por uma heterogeneidade de categorias, esses paradigmas atravessam os dois envolvidos.

É por isso que podemos hipotetizar que, para criar esse *setting* clínico, Freud se viu entrelaçado pelos três paradigmas. Atravessado pelo paradigma patético, ele levou em consideração aquilo pelo qual o paciente resistia, sintomatizava, adoecia, sofria psiquicamente (a inclusão da resistência no tratamento). Ao ser afetado por aquele do paradigma estético, ele se atentou ao fenômeno da transferência e estabeleceu certas condutas que possibilitavam a escuta da enunciação por meio do enunciado (mudança do paradigma da observação para o da escuta). Por fim, ele descobriu que por meio do paradigma semiótico era possível realizar um trabalho de interpretação que, feito junto ao analisando, poderia construir sua cura, significância, elaboração, simbolização de

seu sofrimento (tratar o paciente como protagonista de sua história de adoecimento e não objeto dela).

Na perspectiva do paciente, ocorre o mesmo entrelaçamento dos três paradigmas. Nesse caso, podemos dizer que o paradigma tem caráter patético no sentido de que é preciso adoecer para entrar em análise, ou seja, quando ele desenvolve uma neurose de transferência que revive os conflitos (inconscientes e infantis) formadores de suas resistências e que acabam se repetindo na cena clínica (ZYGOURIS, 2011 p.9). Já o paradigma estético ocorre em função de a transferência poder ativar e mexer com as qualidades do sentir do analisando, isso é, ao transportar seus sentimentos e afetos para a figura do analista, ele pode fazer suas associações. Dessa forma, é possível que ele escute o que ainda não havia escutado de sua própria fala, e até mesmo, em algumas situações, se impacte com sensações epifânicas. Sequencialmente, por fim, o paradigma semiótico se dá no processo de ele fazer interpretações para elaborar e ressignificar sua dor, seu sofrimento, seu lugar na (sua) história.

Com toda essa conjuntura, Freud nos introduz um novo enquadre clínico que não somente cria a *clínica psicanalítica*, como inaugura a *clínica psicoterápica*. É preciso lembrar que mesmo que a psicoterapia não fosse algo novo – pois era tida como mais um procedimento medicinal incluso no tratamento – Freud deu a ela esse novo e singular estatuto de clínica que não se limitava somente à perspectiva médica científicista.

Ainda hoje, a psicoterapia se afigura a muitos médicos como um produto do misticismo moderno, e, comparada a nossos recursos terapêuticos físico-químicos, cuja aplicação se baseia em conhecimentos fisiológicos, parece francamente acientífica e indigna do interesse de um investigador da natureza. Permitam-me, pois, defender ante os senhores a causa da psicoterapia e destacar o que pode ser qualificado de injusto ou errôneo nessa condenação. Em primeiro lugar, permitam-me lembrar-lhes que a psicoterapia de modo algum é um procedimento terapêutico moderno. Ao contrário, é a mais antiga terapia de que se serviu a medicina. Na instrutiva obra de Loewenfeld, *Lehrbuch der gesamten Psychotherapie* [1897], os senhores podem verificar quais eram os métodos da medicina primitiva e da medicina da Antigüidade. A maioria deles deve ser classificada de psicoterapia; induzia-se nos doentes, com vistas à cura, um estado de “expectativa crédula” que ainda hoje nos presta idêntico serviço. Mesmo depois que os médicos descobriram outros meios terapêuticos, os esforços psicoterápicos desta ou daquela espécie nunca desapareceram da medicina (FREUD, 1996a, p. 244 -245).

Freud achava importante que os médicos não renunciassem a psicoterapia, pois a outra parte muito interessada no processo terapêutico – o doente – não tinha nenhuma intenção de abandoná-la. Outro motivo pelo qual ele deu ênfase na psicoterapia foi porque percebeu que os médicos a praticavam constantemente, mesmo que não sabiam ou que não tinham essa intenção. Porém, se Freud não tivesse se atentado a esse olhar clínico para além do método científico no processo psicoterapêutico, a produção de cura se encontraria em desvantagem, pois o fator psíquico da influência que os próprios médicos exerciam sobre os pacientes se manteria completamente entregue aos enfermos. Dessa maneira, tornava-se incontrolável, impossível de dosar ou de intensificar, pois, uma vez que o médico se esforçasse em servir-se intencionalmente desse fator para dominá-lo, inevitavelmente acabava por reforçá-lo. Eis então um problema, um limite encontrado na proposta da psicoterapia científica.

O novo estatuto clínico da psicoterapia proposto por Freud andava na contramão, pois descobrira que as psicopatologias eram mais acessíveis às influências psíquicas inconscientes do que a qualquer outra medicação. “Não é um ditado moderno, e sim uma antiga máxima dos médicos, que essas doenças não são curadas pelo medicamento, mas pelo médico, ou seja, pela personalidade do médico, na medida em que através dela ele exerce uma influência psíquica” (FREUD, 1996a, pp. 245 -246). Freud (1996a) ainda comprovou que, mesmo que a psicoterapia psicanalítica tenha contribuído muito pouco na cura das psicopatologias em alguns casos, qualquer outro tratamento decerto nada teria realizado.

### **1.6 Tempo e pagamento: acordos fundamentais no início do tratamento**

Em relação ao *tempo*, Freud (1996e) nos diz em *Sobre o início do tratamento* de 1913, que atinha-se ao princípio de ceder uma determinada hora, isso é, a cada paciente era atribuída uma hora específica de seu dia de trabalho disponível. Embora não fosse um acordo muito convencional da área clínica e parecesse rigoroso demais ou até, indigno de sua profissão, Freud exergava esse procedimento como necessário. Tal acordo se tratava de uma hora pertencente ao analisando, o qual era o responsável por ela mesmo que não fizesse o uso.

Tender-se-á a indicar os muitos acidentes que podem impedir o paciente de comparecer todos os dias à mesma hora e esperar-se-á que sejam levadas em conta as numerosas indisposições intervenientes que podem ocorrer no decurso de um tratamento analítico prolongado. A minha resposta, porém, é: nenhuma outra maneira é praticável. Sob regime menos estrito, as faltas 'ocasionais' aumentam de tal forma que o médico vê sua existência material ameaçada; ao passo que, quando o acordo é seguido, acontece que impedimentos acidentais não ocorrem de modo algum, e moléstias intervenientes, apenas de modo muito raro. O analista quase nunca é colocado em posição de desfrutar de uma hora de lazer pela qual é pago e da qual se envergonharia; e pode continuar seu trabalho sem interrupções, sendo-lhe poupada a aflitiva e desconcertante experiência de descobrir que um intervalo pelo qual não se pode culpar está sempre sujeito a acontecer exatamente quando o trabalho promete ser especialmente importante e rico em conteúdo. Nada nos convence tão fortemente da significação do fator psicogênico na vida cotidiana dos homens, da frequência com que se simula doença e da inexistência do acaso, quanto alguns anos de prática da psicanálise segundo o princípio estrito da hora marcada (FREUD, 1996e, pp. 141 -142).

Mas e em casos de indubitáveis moléstias orgânicas que impossibilitavam os pacientes a zelarem pelo seu horário? Como organizar isso, já que eles mantinham seu interesse psíquico em comparecer à terapia? Nas palavras de Freud (1996e), cabia ao analista interromper o tratamento e se sentir no direito de empregar uma outra hora livre para o analisando. Posteriormente, assim que ele se restabelecesse, o analista deveria aceitá-lo de volta e dispor de outra hora vaga.

Segundo Freud (1996e), uma pergunta recorrente e importuna que o paciente costuma fazer ao psicanalista no início, é: 'Quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisará para aliviar-me de meu problema?' (pp. 143). Essas eram (e ainda são) perguntas com respostas desconhecidas, pois na perspectiva da terapia psicanalítica, elas não eram (ainda não são) interpretadas como nos outros tratamentos. Se era proposto um tratamento experimental de algumas semanas, era possível evitar fornecer respostas diretas a esse tipo de pergunta. No lugar disso, era mais adequado fazer um pronunciamento mais fidedigno ao final do período de prova.

Nossa resposta assemelha-se à resposta dada pelo Filósofo ao Caminhante, na fábula de Esopo. Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu 'Caminha'! e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria (FREUD, 1996e, pp. 144).

Esse expediente servia como um auxílio para superar as primeiras dificuldades, mas mesmo assim não era suficiente. Freud (1996e) observara que,

nas neuroses, o sujeito facilmente alterava o passo e, às vezes, fazia apenas progressos muito lentos. “Na verdade, a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível” (p.144).

Outra questão era que alguns médicos emprestavam apoio às vãs esperanças de tratamentos expressos e diagnósticos relâmpagos. Isso gerava um problema mútuo, pois o conjunto composto pela falta de compreensão interna por parte dos pacientes, e pela falta de engenhosidade por parte dos analistas resultava numa esperança de que a análise atendesse a exigências ilimitadas e no tempo mais curto.

Especificamente, a psicanálise operava de forma contrária, afinal sua perspectiva terapêutica é sempre uma questão de longos períodos, ou tal como Freud (1996e) dissera: de meio ano ou de anos inteiros – de períodos maiores do que o paciente esperava. Portanto, era dever do analista dizer isso ao analisando, antes que ele pudesse se decidir sobre o tratamento.

Também era dever do analista, chamar a atenção do sujeito (sem tentar assustá-lo) para as dificuldades e sacrifícios que o tratamento analítico envolve, de modo a privá-lo de qualquer direito de dizer mais tarde que “foi enganado para um tratamento de cuja extensão e implicações não se deu conta” (FREUD, 1996e, pp. 145). Um paciente que se deixara dissuadir por essa informação poderia se mostrar de algum modo, inadequado posteriormente. Freud (1996) afirmou que o número de progressos daqueles que enfrentaram com êxito esse primeiro teste, aumentava.

Não obrigo os pacientes a continuar o tratamento por um certo período de tempo; permito a cada qual interrompê-lo quando quiser. Mas não escondo dele que, se o tratamento é interrompido após somente um pequeno trabalho ter sido feito, ele não será bem sucedido, e poderá facilmente, como uma operação inacabada, deixá-lo em estado insatisfatório. Nos primeiros anos de minha clínica psicanalítica, costumava ter a maior dificuldade em persuadir meus pacientes a continuarem sua análise. Esta dificuldade há muito tempo foi substituída e hoje tenho de me dar aos maiores trabalhos para induzi-los a abandoná-la (FREUD, 1912/1996, pp 145).

A abreviação do tratamento analítico era um desejo justificável e sua realização era uma tentação dentro de várias orientações. Só que infelizmente, essa tentação opunha-se a um fator muito importante, a saber: a lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente. Afinal, como já havíamos falado, o que Freud (1913/1996) trouxera de contribuição para se pensar a subjetividade, era, em

última instância, a *atemporalidade* de nossos processos inconscientes. “Quando os pacientes se defrontam com a dificuldade do grande dispêndio de tempo exigido pela análise, não raro conseguem propor uma saída para ela” (pp. 145).

Mesmo que o analista seja certamente capaz de fazer muito, ele não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá. O seu trabalho consiste em colocar em movimento um processo de solucionamento dos recalcamientos existentes. Uma vez começado, esse segue sua própria rota e não permite que a ordem em que colhe seus pontos lhe sejam prescritas. Segundo a comparação de Freud (1913/1996), o poder do analista sobre os sintomas da doença é semelhante à potência sexual masculina. Em suas palavras, é verdadeiro que um homem possa gerar uma criança inteira, mas mesmo o mais forte deles “não pode criar no organismo feminino só uma cabeça, ou um braço, ou uma perna; não pode sequer determinar de antemão o sexo da criança” (pp. 146). Portanto, nessa relação, os pacientes destinados a serem mais bem acolhidos, são aqueles que se implicam com sua saúde “na medida em que esta é atingível, e colocam à sua disposição tanto tempo quanto foi necessário para o processo de restabelecimento” (p.146).

De acordo com Freud (1913/1996), concomitantemente com o acordo de tempo, o enquadre clínico psicanalítico tinha outro ponto de maior importância: o acordo de *dinheiro*. Como se sabe, devido ao fato de o capitalismo ser o sistema de produção dominante e atingir seu apogeu no século XX, o *dinheiro* era (e é até hoje) um *modus operandi* de estabelecimento de laços sociais. Não diferente, sem dúvida alguma, ele se encontrava presente no estabelecimento da relação analítica. Embora não o mencionamos como um dos embasamentos formadores do enquadre clínico psicanalítico, devemos inserí-lo agora nesse contexto.

No entanto, não utilizaremos o termo *dinheiro*, como fez Freud e Liberman. Por acharmos mais adequado, o substituiremos pelo termo *pagamento*. Justificamos essa conduta devido à existência de casos em que pagamento da análise não se dá por meio do dinheiro.

O *pagamento* diz respeito aos honorários do psicanalista. O analista, a princípio, não deve discutir a consideração com o pagamento, mas é importante que ele sustente que ao lado disso, poderosos fatores sexuais encontram-se envolvidos no valor que é atribuído ao paciente. “Ele pode indicar que as questões de dinheiro são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais

– com a mesma incoerência, pudor de hipocrisia” (FREUD, 1913/1996, pp.147). Mesmo que esteja determinado a não concordar com essa atitude em seus negócios com os pacientes, o analista necessita tratar de assuntos de pagamento (no caso de Freud, dinheiro) com a mesma franqueza com que deseja tratar as questões relativas à vida sexual.

Nesse contexto, Freud (1913/1996) ainda dizia que o mais adequado seria o psicanalista se colocar na posição do cirurgião: aquele que é franco e caro por ter à disposição métodos de tratamentos que podem ser úteis. Segundo o autor, essa era uma atitude mais respeitável e eticamente menos objetável por reconhecer os próprios direitos e necessidades relacionados ao pagamento. Tudo isso era para que o analista não desempenhasse o filantropo desinteressado, posição que não se pode ocupar na realidade sob a pena de ser prejudicado ou de queixar-se da falta de consideração e do desejo de exploração evidenciado pelos pacientes.

Outro ponto importante era que o terapeuta deveria abster-se em fornecer tratamento gratuito e não fazer exceções em favor de colegas ou suas famílias, afinal um tratamento gratuito significa muito mais para um psicanalista do que para qualquer outro profissional da área (FREUD, 1913/1996). O atendimento a um paciente significa uma parte considerável do tempo de trabalho que o psicanalista dispõe para ganhar a vida – um sétimo ou um oitavo – durante um período de muitos meses. “Um segundo tratamento gratuito efetuado ao mesmo tempo privá-lo-ia de um quarto ou de um terço de sua capacidade de ganho, o que seria comparável ao prejuízo infligido por um grave acidente” (p.147).

Mas a questão do atendimento gratuito não era problema somente para uma das partes. Se por um lado o psicanalista obtinha algum prejuízo, por outro, o paciente era o maior prejudicado nessa situação. Freud (1913/1996) constatou que no caso de atendimentos gratuitos, o paciente não conseguia trabalhar frente suas resistências, pois elas só aumentavam. Logo, o sujeito não entrava em análise e o tratamento não obtinha muitos progressos.

Posso aventurar-me a formar julgamento sobre isto, visto que, durante dez anos ou mais separei, uma hora por dia, e às vezes duas, para tratamentos gratuitos, porque desejaria, a fim de penetrar nas neuroses, trabalhar frente a tão pouca resistência quanto possível. As vantagens que busquei por este meio não apareceram. O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico – em moças, por exemplo, a tentação inerente à sua relação transferencial, e, em moços, sua oposição à obrigação de se sentirem gratos, oposição oriunda de seu complexo paterno

e que apresenta um dos mais perturbadores obstáculos à aceitação de auxílio médico. A ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários ao médico torna-se, ela própria, muito penosamente sentida; todo o relacionamento é afastado do mundo real e o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se por dar fim ao tratamento (FREUD, 1913/1996, pp.147-148).

Visto que nessas condições freudianas, o pagamento por meio do dinheiro era uma condição fundamental para o estabelecimento do enquadre clínico, como que ficaria a situação das pessoas pobres? Como a terapia psicanalítica seria acessível a elas? Segundo Freud (1913/1996), tanto por razões externas quanto internas, a psicanálise seria *quase* inacessível a essas pessoas. Sua constatação devido às razões externas se encontra duvidosamente no nível da crença. Essa crença era de que alguns eram forçados a uma vida de árdua labuta devido à necessidade, e por isso, eram menos facilmente dominados pela neurose. Pelo lado das razões internas, a experiência demonstrava que quando um sujeito pobre produzia uma neurose, permitiria tratá-la com muita dificuldade. Esse poderia reivindicar, por direito de sua neurose, a piedade que o mundo lhe recusou à aplicação material, e então, abster-se da obrigação de combater sua pobreza por meio do trabalho. Nessa situação, o terapeuta não poderia evitar tratar da neurose de uma pessoa pobre pela psicoterapia, porém, seria exigido dele uma terapia prática diferente. Ainda assim, na perspectiva de Freud (1913/1996), ocasionalmente era comum depararmos com pessoas merecedoras que se achavam desamparadas sem culpa alguma de sua parte, nas quais o tratamento não remunerado não se defrontava com nenhum dos obstáculos mencionados, e conduzia a excelentes resultados.

Já no que concernia às classes médias, Freud (1913/1996) confirmou que a despesa envolvida na psicanálise era excessiva apenas na aparência. A excessividade aparente se localizava no fato de nenhuma comparação ser possível entre a saúde e a eficiência restauradas. Outro ponto desse aparente exagero de despesa se encontrava em um moderado dispêndio. Ou seja, quando adicionados custos incessantes das casas de saúde e do tratamento médico e então, contrastados com o aumento de eficiência e de capacidade de ganhar a vida resultante de uma análise bem-sucedida. Aqui o psicanalista teria o direito de dizer que seus analisandos fizeram um bom negócio, afinal “nada na vida é tão caro quanto a doença – e a estupidez” (FREUD, 1913/1996, p 149).



### **1.7 Noções de espaço e localização, apontamentos sobre o divã e outros manejos técnicos**

Segundo Radmilla Zygouris (1999), tal enquadramento clínico como sendo da ordem do manifesto “exige um acordo prévio entre as duas partes, mesmo que pareça ser imposto pelo analista como se não houvesse escolha” (p. 18). Sendo assim, podemos avançar dizendo que o enquadre clínico psicanalítico (freudiano) é um lugar. Mas não qualquer um, pois é um lugar que possibilita o *espaço entre* analista e analisando – a transferência – onde, ao mesmo tempo, são reconhecidas (trabalhadas) as resistências e desenvolvidas as interpretações. Esse pensamento nos chama atenção para inclinarmos aos embasamentos relacionados ao *espaço* e a *localização* presentes na sua constituição clínica freudiana.

Não há muito segredo no que diz respeito à espacialização psicanalítica, pois ela não exige tamanha especificidade. Para ocorrer uma análise é preciso um espaço que exija certa segurança, de modo que, analisando e analista possam se sentir à vontade. É extremamente necessário que os dois estejam protegidos de incômodos exteriores, como sons, barulhos, ruídos, presença de terceiros, pois esses fatores podem vir a atravessar, comprometer, e até mesmo, inviabilizar a terapia. No demais, é um espaço adequado para que não somente o analisando, mas também o analista deixe alguns detalhes relacionados a si mesmo, como os que estão presente na arquitetura e arrumação de seu consultório.

Em relação a esse arranjo geral dos detalhes da sala de atendimento, Gustavo Henrique Dionisio (2014) nos diz que o olhar sobre os demais objetos “dão brecha para que o analisando consiga experimentar algo do ‘sabor pessoal’ que cada analista possui: quais são os livros, os quadros, as imagens dispostas, quais as coleções oferecidas à vista e daí por diante” (p.4). Dessa forma, podemos dizer que a construção espacial clínica deve possibilitar não somente a manifestação da fala, mas também a do olhar. Porém, o olhar na clínica psicanalítica possui características peculiares: a observação do paciente ao experimentar algo do “sabor pessoal” do analista é um olhar que fala, enquanto a atenção flutuante do psicanalista cara a cara na poltrona é um olhar que escuta.

Quanto à localização, o enquadre clínico psicanalítico continuava se orientando de modo semelhante aos padrões da clínica científica. Sim, o local de

atuação profissional de atendimento aos pacientes continuava sendo no consultório de Freud, às vezes em alguma instituição clínica e, quando necessário, na residência daqueles que estavam impossibilitados de sair de lá. Porém, as condições de realização da práxis terapêutica psicanalítica não exigiam necessariamente os mesmos rigores e características da clínica médica. Já que a possibilidade de trabalho subjetivo residia na condição de haver um espaço (sem interrupções de outra ordem) onde um possa falar e outro possa oferecer uma escuta, então era possível que a análise ocorresse em outros lugares.

Uma vez percebida que a terapia psicanalítica não dependia das condições da clínica científica, Freud fez atendimento para além do enquadre convencional, em outras localizações. Podemos citar os dois casos em que isso ocorreu: o atendimento à Katharina, durante um passeio nas montanhas e, o atendimento ao maestro e compositor musical Gustav Mahler, caminhando pelas ruas da cidade. É claro que, nesses casos, em comparação ao consultório (a instituição médica ou a residência) eles estavam mais expostos a forças externas que viessem a balançar o processo terapêutico. Mas, mesmo assim, tais localizações podem configurar um espaço adequado desde que ambos estejam comprometidos com o tratamento e implicados a lidar com esses empecilhos.

Para concluirmos sobre a construção do enquadre clínico psicanalítico, precisamos falar sobre mais uma condição fundamental, a última base constituinte que nos resta mencionar: *a técnica*. Os *elementos técnicos* da psicanálise dizem respeito ao manejo e conduta do terapeuta diante o conteúdo trazido pelo paciente. É verdade que já dissemos sobre alguns desses elementos fundamentais: 1) a técnica da associação livre; 2) os manejos, posições e condutas de escuta do inconsciente na transferência; e 3) o posicionamento diante dos acordos de tempo e pagamento. Porém, ainda restam mais algumas pontuações importantes sobre a técnica psicanalítica, sobre as quais precisamos discorrer.

De acordo com Freud (1996d) nas suas *Recomendações*, o sentimento mais perigoso que se impunha ao psicanalista era o da *ambição terapêutica* de alcançar algo que produzisse efeito convincente sobre outras pessoas. Isso não apenas o colocava num estado de espírito desfavorável para o trabalho, mas o deixava impotente contra certas resistências do analisando, cujo restabelecimento, dependia primordialmente da ação recíproca de forças nele. Diante dessa situação durante o tratamento psicanalítico, a recomendação técnica de Freud (1912/1996) era de que

os terapeutas tomassem como modelo, o *cirurgião*, aquele “que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível” (pp.128). A justificativa para essa exigência emocional no analista é que ela criava condições mais vantajosas para ambas as partes. Para ele, constituía uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que poderia lhe dar. “Um cirurgião dos tempos antigos tomou como divisa as palavras: ‘*Je le pansai, Dieu le guérit*’ (*Fiz-lhe os curativos, Deus o curou*). O analista deveria contentar-se com algo semelhante” (pp.128-129).

Outra tentação que surgia dentro da atividade psicanalítica era a da *ambição educativa*. “Quando as inibições evolucionárias estão solucionadas, acontece, espontaneamente, que o médico se encontra na posição de indicar novos objetivos para as inclinações que foram liberadas” (FREUD, 1913/1996, pp.132). Essa ambição não era nada mais que natural, pois o terapeuta havia se esforçado por transformar em especialmente excelente uma pessoa que ele lutou para livrar da neurose e que, agora, determinava altos propósitos para seus desejos. Mas novamente aqui, o psicanalista deveria tomar a conduta técnica de se controlar. Fazendo isso, seria possível que ele se guiasse pelas mais singulares capacidades do analisando em vez de por seus próprios desejos. “Se os pressionarmos indevidamente no sentido da sublimação e lhes cercearmos as satisfações instintuais mais acessíveis e convenientes, geralmente tornar-lhe-emos a vida ainda mais árdua do que a sentem ser, de qualquer modo” (pp. 132).

O psicanalista teria que, acima de tudo, ser tolerante com a fraqueza do paciente, e contentar-se em ter reconquistado certo grau de capacidade de trabalho para uma pessoa mesmo de valor apenas moderado. “A ambição educativa é de tão pouca utilidade quanto a ambição terapêutica” (FREUD, 1913/1996, pp. 128). Para Freud, os esforços no sentido de usar o tratamento analítico para ocasionar a sublimação, ou educar o sujeito para dar qualquer outro destino para a pulsão, estão longe de ser aconselháveis em todos os casos.

Por último, ainda sobre as considerações técnicas da psicanálise, temos que dizer sobre um importante *cerimonial* que concerne à *posição* na qual o tratamento é realizado. Para que o procedimento pudesse se iniciar pelo o material psíquico trazido pelo paciente (sua história de vida, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância), Freud (1913/1996) atinha-se ao plano de fazer com que

esse se *deitasse num divã*, enquanto se sentava atrás dele, fora de sua vista. Apesar de essa disposição técnica possuir uma base histórica remanescente do método hipnótico (por meio do qual a psicanálise se desenvolveu), Freud resolveu mantê-la por diversas razões. A primeira era por causa de um motivo pessoal do criador da psicanálise. Freud enquanto psicanalista não suportava ser encarado fixamente por outras pessoas durante oito ou mais horas por dia. Enquanto escutava o paciente, ele queixava-se de acabar se entregando à corrente de seus próprios pensamentos inconscientes. Devido a isso, não desejava que suas expressões faciais influenciassem o paciente ao falar, e nem que desse ao mesmo, material para interpretação.

Em relação ao paciente, sua maior preocupação era que esse pudesse adotar tal posição como um incômodo e se rebelar contra o analista, especialmente em casos onde o impulso de olhar (escopofilia) desempenhava papel importante em sua neurose. Sendo assim, a ideia de insistir nesse procedimento técnico tinha o propósito de impedir que a transferência se misturasse imperceptivelmente às associações do paciente. Utilizando o divã como instrumento, Freud (1913/1996) sofisticou o enquadre psicanalítico, pois essa técnica possibilitou isolar a transferência, permitindo que ela aparecesse no devido tempo, nitidamente definida como resistência. “Sei que muitos analistas trabalham de modo diferente, mas não sei se esta variação se deve mais a um anseio de agir diferentemente ou a alguma vantagem que pensem obter dela” (FREUD, 1913/1996, pp. 149).

Concluindo, podemos dizer que, desde a segunda década do século XX até hoje, o enquadre clínico psicanalítico revelado por Freud se constitui basicamente por esses mesmos elementos fundamentais. Porém temos que deixar claro que, ao longo do tempo, a psicanálise passou por outras modificações teórico-práticas que a deixou ainda mais sofisticada, principalmente no que diz respeito à conceituação do aparelho psíquico.

Outro fator de extrema importância que ocorreu ainda no século XX, foi o fato de a psicanálise ter se internacionalizado e institucionalizado tanto no campo epistemológico da subjetividade, quanto no campo da prática psicoterápica. Com esses e outros fatores, conseqüentemente várias outras questões da contemporaneidade se impunham ao enquadre clínico psicanalítico. Essa conjuntura fez (e ainda faz) com que os analistas ficassem cientes das novas demandas clínicas e também exigiu deles muita implicação e atenção para repensar, modificar,

sofisticar, e enfim, criar outras condições de análise para além daquelas já estabelecidas nesse primeiro enquadre clínico.

## 2 O ENQUADRE CLÍNICO AO LONGO DO TEMPO: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA IPA E DA PSICANÁLISE PÓS-FREUDIANA

Até o momento discorreremos sobre a criação do enquadre apenas pela perspectiva do criador. No entanto, temos que ter clareza de que ele não esteve sozinho o tempo todo no sentido *strictu sensu* da formação do caráter clínico da psicanálise.

Segundo Daniel Kuperman (2014), o que funda a transmissão da experiência psicanalítica é a consagrada obra freudiana sobre os aspectos mentais inconscientes na cena ornírica: *A interpretação dos sonhos* (publicada em 1898 e datada de 1900). A interpretação do sonho de Irma contida nessa obra nos remete a dois marcos importantes na constituição do enquadre clínico: o isolamento de Freud no campo psicanalítico e o conseqüente convite à transferência que irá congrega discipulos dispostos a fazer de seu interesse próprio, uma luta em nome da causa psicanalítica (KUPERMANN, 2014).

O esplêndido isolamento de Freud (*splendid isolation*, tal como ele mesmo se refere em 1914 na História do Movimento Psicanalítico) ocorreu devido ao seu embasamento teórico clínico sustentar que a haveria sexualidade desde a infância. Nesse argumento, como vimos, as psicopatologias seriam causadas pelo retorno dessas representações infantis inconscientes que haviam sido recalçadas. Essa teorização não encontrava diálogo nos estudos acadêmicos e científicos, o que teve como consequência um distanciamento de Freud tanto desses meios, quanto dos grandes mestres como Joseph Breuer.

No entanto, de acordo com Elisabeth Roudinesco (2016), essa estranha disciplina, ainda em construção, chamada psicanálise – situada a meio caminho da arqueologia, da análise literária, da medicina, da psicologia e da antropologia – jamais foi reduzida a seu inventor por ser uma simples abordagem clínica da psique humana. Para realizar seu sonho de conquistar uma nova terra prometida, de tornar o Sócrates dos tempos modernos, Freud deveria executar o seu projeto. Porém ele não poderia se limitar ao ensino universitário e científico, era preciso fundar um movimento político para isso (ROUDINESCO, 2016).

É por isso que as grandes contribuições teóricas publicadas no sonho de Irma chamaram a atenção de estudiosos europeus não pertencentes ao mundo acadêmico vienense. Por volta de 1902 alguns desses homens acabam por se reunir

em torno de Freud como discípulos. Essa união marca o fim do isolamento de Freud como o único psicanalista e o início dos primeiros grupos, e por que não dizer, das primeiras instituições psicanalíticas.

Contudo, durante o período de vida de Freud, o enquadre clínico passou por variações de pouco peso por parte de outros terapeutas que pertenciam ao cenário psicanalítico. As proposições com o pretexto de modificar e adaptar o processo analítico as novas demandas tiveram um processo bastante lento para serem levadas em consideração, e também para serem reconhecidas.

Ao longo deste texto, entenderemos algumas dificuldades que, juntamente com Freud, os analistas tiveram para pensar novas propostas para terapia psicanalítica. Ainda no período freudiano, discorreremos um pouco sobre a contribuição de Ferenczi em relação à elasticidade da técnica e também do modelo de sistematização da formação psicanalítica da escola de Berlim para a ampliação prática clínica.

Posteriormente, falaremos do período pós-freudiano, mais conhecido como “era das escolas”, em que o enquadre clínico psicanalítico passou por variações de maior qualidade e em maior quantidade. Porém, daremos maior ênfase nas contribuições das escolas kleiniana e lacaniana, devido ao fato de, até hoje, serem as mais populares no mundo, inclusive em nosso país. E, para concluir essa seção, falaremos de forma extremamente breve, sobre o período que é considerado o da psicanálise contemporânea e como ela se encontra atualmente no Brasil e no mundo.

## **2.1 Construindo o enquadre com Freud nos tempos modernos**

Nas palavras de Renato Mezan (2014), no período de 1895 a 1918, a psicanálise era quase exclusivamente sinônimo de “pensamento de Freud” e se caracterizou por duas fases. A primeira teve uma duração de quase sete anos, tendo o seu término por volta do ano de 1902. O início dessa fase é marcado pela publicação dos *Estudos sobre a histeria* ainda em conjunto com Breuer, e na sequência pelo *Projeto para uma psicologia científica*. O seu término é marcado pela publicação da interpretação do sonho de Irma, que chamou atenção de outros profissionais no mundo. A segunda fase se inicia por volta de 1902, quando esses

profissionais se reuniram em torno de Freud, dando fim ao seu período de isolamento e início à institucionalização e internacionalização da psicanálise.

Na primeira fase, o marco clínico da *Interpretação dos sonhos* pode ser considerado um convite à transferência, uma chamada aos leitores mostrando o quanto esses poderiam ter benefícios com o procedimento terapêutico que tratava as questões inconscientes. Como se não bastasse, havia todo um embasamento teórico-prático que demonstrava, aos profissionais, a possibilidade de construção desse enquadre clínico em qualquer lugar do mundo.

Deniel Kupermann (2014) nos diz que na estrutura desse convite à transferência, há um guia – aquele que conhece o caminho da interpretação. “Há um saber em jogo, e um mestre, na fundação inaugural desse saber” (p. 39). Vejamos:

Por conseguinte, passarei a escolher um de meus próprios sonhos e, com base nele, demonstrarei meu método de interpretação. No caso de cada um desses sonhos, far-se-ão necessárias algumas observações à guisa de preâmbulo. – E agora devo pedir ao leitor que faça dos meus interesses os seus próprios por um período bastante longo, e que mergulhe comigo nos menores detalhes de minha vida, pois esse tipo de transferência é obrigatoriamente exigido por nosso interesse no sentido oculto dos sonhos (FREUD 1900/1996, p. 113).

Em consequência desse convite, temos o início da segunda fase que marca a difusão do saber psicanalítico, mesmo que ainda se mantenha como o “pensamento de Freud”.

Como dissemos, tal difusão tem início em 1902, ano que trouxe várias transformações no campo psicanalítico, a começar por reconhecimentos ao próprio criador. Em fevereiro desse ano, Freud foi promovido ao título acadêmico de *professor extraordinário*, que na época, representava grande prestígio para um médico vienense. Com isso, no outono, um grupo de jovens médicos passou a se reunir em torno dele tendo o interesse de conhecer melhor a clínica psicanalítica (KUPERMANN, 2014).

### 2.1.1 Parte 1 (1902 – 1908): A dominância do pensamento de Freud e os primeiros grupos psicanalíticos

Em seu texto *A história do movimento psicanalítico*, Freud (1996g) nos diz que esse jovens médicos o buscaram com a intenção de aprender, praticar e difundir



o conhecimento da psicanálise por meio de um estímulo: o conhecimento de um colega que havia experimentado os efeitos da terapêutica psicanalítica. Nesse caso, estamos falando de Wilhelm Stekel, que depois do contato com *A interpretação dos sonhos*, identificou alguns problemas psíquicos, e assim procurou Freud e se submeteu a uma análise com o mestre que, aparentemente, foi bem-sucedida.

Sendo assim, os encontros se iniciaram com um convite pessoal de Freud a Sketel e outros três médicos vienenses: Max Kahane, Rudolf Heitler e Alfred Adler. As reuniões passaram a acontecer na própria casa de Freud, nas quartas-feiras durante o período da noite, as quais já receberam os nomes de “noitadas psicológicas das quartas-feiras”, “sessões das noites de quarta-feira” (ROUDINESCO, 1989, p.100) e, segundo Jones (1989), o que ficou mais conhecido deles de “Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras”.

O funcionamento do encontro se dava inicialmente com um dos membros apresentando um caso clínico, um texto escolhido ou uma questão teórica, dando sequência a uma abertura para a discussão entre os demais. Com essa dinâmica o grupo passou a crescer rapidamente e se tornar bastante heterogêneo, pois passava a contar também com a participação de escritores e educadores. Elisabeth Roudinesco (1989) ressalta que a ampliação do grupo seria o reflexo do mundo conflitante que viviam esses homens. Essas pessoas tinham influências das teorias de Darwin no pensamento científico, da filosofia de Nietzsche no campo moral e ético, dos estudos de Charcot na psiquiatria, entre outros (Kraepelin na nosologia, o socialismo na esfera política, movimentos literários e de vanguarda nas artes), e estavam dispostas a discutir e expor tais conflitos.

Em 1906, a Sociedade Psicológica das Quartas-feiras contava com dezessete membros e contratara como secretário, Otto Rank, o qual passou a redigir de forma detalhada as atas das sessões. Kupperman (2014) nos diz que essas atas revelavam os três pilares de trabalho em conjunto que compunham as discussões. O primeiro era a *obrigatoriedade da fala* – toda pessoa presente na sessão tinha a obrigação de participar nas discussões. O segundo diz respeito à *autoexposição científica* – um incentivo de expor as próprias questões, problemas e fracassos (*distúrbios neuróticos*) no grupo. Por fim, o terceiro pilar característico dessas sessões se estabelecia com a palavra de encerramento da discussão propagada pelo mestre, ou então, como diria Peter Gay (1989), com a *palavra final e decisiva de Freud*.

Em setembro de 1907 a sociedade interrompe suas atividades devido à ausência de Freud, que estava passando suas férias em Roma. Ainda nesse contexto de férias na Itália, Freud envia uma carta aos integrantes (datada do dia 22), comunicando a dissolução do grupo. Segundo Jones (1989), o mestre psicanalítico estava preocupado com as “mudanças naturais” nas relações humanas, já que para alguns membros, pertencer ao grupo não significa mais o que significou anos atrás. Essas mudanças ocorriam em função da falta de tempo, da perda de interesse pelo assunto, ou mesmo porque “as relações pessoais ameaçavam mantê-lo afastado” (p.25). Para lidar com tal situação, Freud avisava aos que quisessem renovar sua participação no grupo, que notificassem Otto Rank até 1º de outubro. Na mesma carta circular, também era proposto que “o expediente da dissolução/reorganização fosse feito a cada três anos” (KUPERMANN, 2014, p. 43).

O grupo estava repletamente dominado por um caráter disputa e competição. Por volta de 1908, Gay (1989) nos diz que a abolição do *comunismo intelectual* era uma proposta que se situava entre as discussões sobre a mudança do funcionamento da Sociedade. Ou seja, por meio dessa proposta, cada idéia teria que ser tratada como propriedade privada do autor, que por sua vez, engrossava cada vez mais o aspecto hostil e por que não, infantil dessa *horda selvagem* (ROUDINESCO, 1989). Para Kuppermann (2014), essa era uma questão que ameaçava construção de enquadramentos clínicos, pois tal atitude começava a “se distanciar da concepção psicanalítica de uma produção de saber dada a partir da interação de inconsciente a inconsciente” (p. 43).

Um fator de grande importância nessa dissolução era que Freud não estava satisfeito com o grupo ao seu redor, pois a impressão que os vieneses causavam aos estrangeiros que iam visitá-lo não era nem um pouco animadora (KUPERMANN, 2014). Vejamos: Karl Abraham, após sua primeira visita à Sociedade em 1907, criticou ironicamente o grupo numa carta a Max Eitingon; Biswanger, após uma sessão das quartas-feiras, também em 1907, diz que Freud comentou desanimadamente: “então, agora o senhor viu a turma”; e Ernest Jones ao conhecer o grupo em 1908, também não se impressionou (KUPPERMANN, 2014).

Esses contatos estrangeiros que Freud fizera, principalmente no ano de 1907, refletiam os primeiros indícios do caminho de internacionalização da psicanálise. Podemos começar falando sobre três visitantes de Zurique que eram ligados à

Clínica de Burgholzi – instituição reconhecida internacionalmente por ser vanguardista em pesquisa sobre doenças mentais. Esse grupo de visitantes suíços era composto por Max Eitingon, Ludwig Biswanger (os quais já citamos) e pelo terceiro membro, Carl Gustav Jung.

Eitingon conseguiu enxergar alguns avanços – porpostos pelo enquadre clínico psicanalítico – no tratamento das psicopatologias, então recorreu a Freud buscando orientação em um caso grave em que trabalhava. Como já mencionamos, ele assistiu a algumas reuniões da Sociedade Psicológica das quartas-feiras e em sua permanência de duas semanas em Viena também acabou por fazer algumas sessões de psicanálise com Freud. Jones (1989) considera esse acontecimento como a *primeira análise didática* da história do movimento psicanalítico. Por sua vez, a primeira análise didática foi um desdobramento do enquadre clínico que nos revelou a importância de uma nova dimensão: a do terapeuta fazer análise com outro analista (produção de saber por meio da interação de inconsciente para inconsciente), atividade que Freud nunca teria feito em sua vida. Esse marco potencializou novas aptidões para que esses estabelecessem enquadres com os pacientes. Quanto às noções de *espaço* e *localização*, a flexibilidade do enquadre clínico desde seus primórdios foi ampla, afinal a análise de Eitingon com Freud se deu em três ou quatro sessões durante a noite enquanto andavam pelas ruas da cidade.

Já Biswanger acompanhou Jung em uma sessão das quartas-feiras e iniciou uma relação com Freud que foi “marcada pelo respeito e independência frente ao movimento psicanalítico” (KUPERMANN, 2014, p. 46). Carl Jung, por sua vez, mantinha correspondências com Freud desde o primeiro encontro que tiveram em fevereiro de mesmo ano (1907). Como se sabe, essa relação entre o professor Freud e o brilhante aluno Jung, se tornará uma das mais fundamentais para a difusão e institucionalização da clínica psicanalítica no mundo.

Em dezembro – último mês do conturbado ano de 1907, que como vimos, foi repleto de rupturas para a primeira instituição psicanalítica das quartas-feiras – entra em jogo Karl Abraham. Esse também havia trabalhado na Clínica de Burgholzi, mas devido à falta de perspectivas em Zurique, havia se mudado para Berlim para praticar psicanálise. Sua mudança a Berlim se deu devido aos trabalhos que enviara a Freud, o qual gostou e fez o convite para encontrá-lo em Viena. Desse encontro se desdobrou uma sólida amizade entre os dois, que não somente fez de Abraham um

dos analistas de maior destaque na primeira geração, como também o fez fundar em 1908, uma nova instituição - a Sociedade Psicanalítica de Berlim.

No ano de 1908 foi a vez do húngaro Senador Ferenczi que se submeteu a uma análise com Freud e logo ficaram íntimos. Segundo Kupperman (2014) tal análise veio a ser paradigmática nos problemas encontrados na análise didática. Em 1913, o explorador dos incansáveis limites da clínica psicanalítica, Ferenczi, fundou em seu país a Sociedade Psicanalítica Húngara.

O representante da psicanálise na Inglaterra era Ernest Jones, que teve seu primeiro encontro com Freud ainda em 1908, no Congresso de Salzburg (KUPERMANN, 2014). Em 1913, ele funda a Sociedade Psicanalítica de Londres, se tornando então o responsável pela difusão da psicanálise em língua inglesa. Jones também se tornou o primeiro historiador da psicanálise, autor da consagrada obra *A vida e obra de Sigmund Freud*.

Enfim, podemos dizer que o fim da Sociedade Psicológica das Quartas-feiras e o novo rumo da institucionalização de psicanalítica (Sociedade Psicanalítica de Berlim), foi produto desses encontros, nos quais “esses homens inauguraram um importante capítulo na história do movimento psicanalítico” (KUPERMANN, 2014, p. 46).

### 2.1.2 Parte 2 (1908 – 1918): a internacionalização da psicanálise (IPA) e a dificuldade de flexibilidade do enquadre clínico

O movimento internacionalista teve início no ano de 1910 durante o 2º Congresso de Psicanálise em Nuremberg. Esse evento foi um marco, pois lá foram discutidos grandes planos para o futuro da psicanálise. Podemos começar discorrendo sobre *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, trabalho apresentado por Freud, o qual previa o reconhecimento social e aumento do poder terapêutico da psicanálise e também sugeria a erradicação da neurose na civilização como um efeito profilático do saber psicanalítico. Outro ponto importante desse congresso foi o projeto da Associação Psicanalítica Internacional (IPA) proposto e apresentado por Senador Ferenczi.

O projeto de Ferenczi possuía dois pontos centrais a serem abordados: o exame crítico da patologia das associações (que entrava em contraposição à própria idéia da Associação Psicanalítica) e o questionamento dos meios empregados na

difusão e proteção da causa psicanalítica (KUPERMANN, 2014). Segundo o próprio autor, um Congresso de Psicanálise não deveria se limitar apenas a discussões sobre método do enquadre clínico, mas tratar também de questões ligadas aos meios de luta utilizados na difusão cultural da psicanálise: “devemos não somente trabalhar, mas também lutar por nossa causa” (FERENCZI, 1911/1968, p.1).

Uma das funções políticas contida nos meios de difusão da psicanálise na proposta de Ferenczi era fazer de Jung presidente da Associação Psicanalítica Internacional. Na verdade, essa “função política” diz mais respeito ao desejo de Freud de tornar suas idéias acessíveis aos espíritos científicos da época por meio do emprego dos métodos da psicologia estudados por Jung. “Jung é exaltado como o *Américo Vesúcio da psicanálise*, que conduziu os colonos ao continente descoberto por Freud/Colombo” (KUPERMANN, 2014, p.48).

Por outro lado, antes mesmo de propor o funcionamento da Associação, Ferenczi fez uma análise clínica das patologias das associações revelando que nesse contexto reinava a futilidade, a megalomania pueril e a obediência cega. Segundo ele, a estrutura das associações era comparada a uma família, sendo o presidente representando o pai e a hierarquia entre os membros representando a hierarquia entre os irmãos. “Amor e ódio pelo pai, afeição e inveja entre os irmãos” (FERENCZI, 1911/1968, p. 167). Segundo Kupermann (2014), Ferenczi teria profetizado a obra freudiana *Totem e tabu*, dois anos antes de sua composição.

Para Enriquez e Enriquez (1971), Freud ocupava o lugar de pai no registro inconsciente dos analistas da primeira década, ou seja, a condição tranferencial para fazer da psicanálise uma instituição.

Sendo assim, na visão de Ferenczi, a Associação deveria funcionar como uma família em que o pai não detivesse uma autoridade dogmática e que operasse uma atmosfera de confiança mútua. Essa confiança mútua deveria dar conta do reconhecimento das capacidades de cada um, do controle da inveja e da divisão do trabalho. Referindo-se às fases de investimento libidinal, Ferenczi compara futilidade e ambição com as zonas erógenas, onde a satisfação poderia ser obtida por meio excitação dessas no contexto institucional. Outro problema seria o do “amor objetal”, ou seja, se a busca de satisfação recaísse sobre a psicanálise como o próprio objeto de estudo.

Já na visão freudiana – a visão do pai sobre a criação da IPA – o projeto da Associação possuía três finalidades gerais. A primeira tinha um caráter mais básico,

o de organizar o movimento psicanalítico. A segunda se trata da mudança de seu enquadre geográfico: a transferência de seu centro em Viena para Zurique. Por fim, a terceira é consequência da segunda: dotar esse novo centro psicanalítico de um chefe capaz de cuidar de seu futuro (FREUD, 1996g, p.55).

A organização do movimento psicanalítico significava a proteção da psicanálise de abusos de popularidade e o cuidado com sua transmissão e ensino. A transferência do centro psicanalítico de Viena para Zurique e a escolha de um novo chefe se dá por algumas razões. Uma delas é porque Zurique se apresentava como o local mais indicado para a difusão da psicanálise devido à importância da Clínica de Burgholzli que, como já dito, era a instituição em que os primeiros psicanalistas estavam associados. Motivo outro era porque Freud (1996g) achava desvantajoso centralizar as atividades psicanalíticas em Viena por causa da questão judaica: “retrair para o segundo plano tanto a mim como a cidade onde nasceu a psicanálise” (p.56). Numa carta destinada a Abraham, escrita em 1908, logo depois do 1º Congresso de Psicanálise, Freud revela o problema da questão judaica e a importância atribuída ao novo chefe – Carl Gustav Jung. Nela estava escrito: “A adesão dele (Jung), portanto, é sobretudo valiosa. Eu já estava quase dizendo que foi apenas o surgimento dele na cena que removeu da psicanálise o perigo de se tornar uma questão nacional judaica” (JONES, 1989, p. 61). Nesse caso, Jung – filho de pastor protestante – era visto como o psiquiatra promissor que afirmaria o caráter universal e cosmopolita da psicanálise, na liderança do movimento.

De acordo com Kupermann (2014), Freud teria dito: “a partir de agora não transfiram mais a mim. Transfiram a Jung”. Essa transferência das transferências era o que marcava a criação da IPA que, nas palavras de Elisabeth Roudinesco (1989), fazia com que a psicanálise deixasse de ser um movimento vanguardista para tornar-se uma instituição. Como já dissemos, em consequência disso temos a criação de outros institutos em terras europeias como a Sociedade Psicanalítica Húngara fundada por Ferenzci e a Sociedade Psicanalítica de Londres fundada por Ernest Jones, ambas no ano de 1913.

Entretanto, já que se tornar analista e construir o enquadre clínico são questões de filiação, devemos discorrer sobre os desdobramentos (que por muitas vezes, foram problemas e contradições) da mudança do centro psicanalítico para Zurique e da aposta no coordenador Jung. Peter Gay (1989) considera que o envolvimento de Freud com Jung não passa de uma reedição de antigas amizades,

como já havia acontecido semelhantemente no caso de Fliess e também, mesmo com menos intensidade, nos casos de Sketel e Adler. Kupermann (2014) propõe que por meio das cartas trocadas com esses amigos, Freud se aproximava da situação analítica – “o acesso a alma, associação livre” (p. 53). Um exemplo verificável se encontra nas correspondências a Fliess, em que Freud fazia sua autoanálise, colocando Fliess na posição de analista. O rompimento com Jung, que veremos logo mais, se daria pela não aceitação desse desdobramento clínico: as interpretações e pontuações de Freud nas cartas, e também em encontros pessoais.

Devido a esse caráter clínico na relação de Freud com Jung diante da Associação Psicanalítica Internacional, Kupermann (2014) sugere que talvez seja melhor não tratar isso como amizade, mas sim como transferência. Afinal de contas, se estamos pensando essa amizade com reedição de antigas e decisivas amizades anteriores, estamos falando de uma amizade baseada na idealização narcísica, logo, a negação da diferença parece ser um equívoco. Definitivamente então, estaríamos falando sobre transferência entre pai e filho.

Marilena Chauí (1987) nos diz que o que estaria em jogo nessa relação transferencial seria a *recusa do servir* por parte de Jung, afinal o que Freud buscava nele era um aluno brilhante que perpetuasse a *sua* obra e não um chefe de escola responsável por uma obra singular. Já Jung procurava em Freud um pai compreensivo, e não um mestre preocupado em encontrar um sucessor que preservasse seu legado (KUPERMANN, 2014).

Os dois haviam se encontrado pela primeira vez em fevereiro do ano de 1907 e, segundo Gay (1989), o encanto foi mútuo, pois eles teriam conversado durante mais ou menos 13 horas interruptas. Por mais que Jung encarasse o encontro com o Freud como o acontecimento mais importante de sua vida, os impasses desse encontro também se manifestavam desde cedo. De acordo com Joel Birman (1989), o jovem suíço se mostrava resistente tanto na esfera teórica da psicanálise quanto na esfera do relacionamento pessoal com o mestre. Os impasses no campo teórico era a sua não aceitação da teoria sexual e do conceito de libido sexual, o que por sua vez tocava num fantasma de Freud. Olhando pelo lado do criador da psicanálise, esse fantasma voltara a assombrar sua vida, afinal remetia àquela situação enfrentada no passado: a desaprovação e desapontamento dos médicos e cientistas diante da teorização da sexualidade infantil. Na esfera do relacionamento pessoal, os impasses aparecem refletidos nas correspondências entre eles.

Segundo Roustang (1987), diferentemente de Freud que respondia às cartas sempre de imediato, Jung era irregular, levando vários dias para responder. Para Freud, essa demora de resposta às cartas era uma prova de resistência, enquanto para seu pupilo, isso era reflexo de se sentir pressionado a responder às suas demandas transferências. Nesse ponto, podemos perceber que ambos se recusam a enxergar os impasses teóricos e afetivos: as cartas de Jung estão repletas de denegações e as de Freud de esperança (GAY, 1989).

Grosso modo, o que acontecia era que Jung transferia a Freud religiosamente, com alto grau de idealização no plano afetivo, mas tentava sustentar as diferenças no plano teórico (KUPERMANN, 2014). Freud, por sua vez, transferia a desilusão vivida com Fliess a Jung, sendo incapaz de enxergá-lo sem as lentes narcísicas que o fazem herdeiro de sua obra. “Jung, ao perceber o risco da associação com Fliess, tenta escapar da armadilha a que ambos estão submetidos propondo substituir uma “amizade entre iguais” por uma entre pai e filho” (p.57).

Ora, Jung parecia ter elementos suficientes para avaliar a relação entre Freud e Fliess não como amizade entre iguais, mas como confronto dual cujo rompimento culminou em paranoia. Assim, se tinham razões de sobra para evitar uma reedição desse tipo, acaba, no entanto, optando pelo modelo pai-filho. Dificilmente em outra situação um psicanalista avaliaria o relacionamento entre pai e filho como “fácil e livre de tensões”. Jung queria uma distância “adequada e natural”, mas, sem conseguir enxergar além de sua posição filial, não consegue a possibilidade real de amizades entre iguais com Freud (KUPERMANN, 2014, p. 58).

Em 1909, ambos foram convidados por Stanley Hall para participar numa série de conferências das comemorações do vigésimo aniversário da Universidade de Clark. Ferenczi, convidado por Freud, os acompanhou nessa viagem para America em que ocorreram dois eventos que balançaram ainda mais essa relação. O primeiro foi no dia anterior ao embarque, em Bremen, em que Jung insistia no assunto dos achados pré-históricos que foram desenterrados no norte da Alemanha. Freud interpretou essa insistência como desejo de Jung contra sua morte e desmaiou. O segundo evento foi durante a viagem, dentro do navio enquanto exerciam uma realção de enquadramento clínico: a de interpretar os sonhos uns dos outros. Um sonho de Freud havia sido interpretado por Jung até os seus limites e para prosseguir, era preciso entrar em maiores detalhes da vida íntima do primeiro.



Esse momento então traz uma hipótese interessante que poderia contribuir para se pensar a sofisticação do enquadre clínico psicanalítico: Se a psicanálise revela em sua teoria, processos mentais que se desenvolvem com todos os humanos, então, até mesmo o seu criador poderia se beneficiar com a relação transferencial da análise (obviamente com outro analista) para lidar com suas questões psíquicas. É claro que esse suposto analista de Freud não precisava ser Jung, porém tal caso poderia trazer elementos genuínios para se pensar em novas técnicas de manejo, e avançar em descobertas teórico-clínicas.

Porém, o mestre se negou a revelar esses detalhes, tentando justificar que ele mesmo não poderia ser analisado. Essa atitude, vinda do próprio Freud, nos mostra que mais uma dificuldade se apresentava para outros analistas em relação a seus avanços e contribuições para o enquadre psicanalítico. Segundo a visão de Freud, sua autoridade seria colocada em risco, caso ele fosse analisado por outro (GAY, 1989).

Em dezembro de 1912, Jung retomou esse episódio enviando uma carta destinada a Freud, a qual desencadeou o processo de ruptura pessoal entre eles. Kupermann (2014) destaca um ponto importante desse desabafo. Vejamos:

Nessa mesma carta, Jung dirige uma dura crítica ao campo psicanalítico como um todo: “O lamentável é que os psicanalistas são tão dependentes da psicanálise como os nossos o são da sua crença na autoridade. Qualquer coisa que possa fazê-los pensar é descrita imediatamente como complexo”. Jung refere-se aqui à tendência entre os psicanalistas, que já se apresentava de forma bastante ampla, de analisar toda produção teórica divergente do estabelecido por Freud pelo prisma da neurose pessoal (p. 59).

Em resposta, Freud aconselha que cada um dê mais atenção a sua própria neurose do que à do outro (KUPERMANN, 2014). Outra questão ainda nesse contexto do ano de 1912 é que Jung havia informado Freud que queria fazer uma resenha crítica sobre o último livro daquele, que havia rompido com a psicanálise no ano anterior – Adler. Apesar de ter aprovado as intenções de Jung, Freud fez um comentário de esclarecimento político que colocava fim aos rumores de que o discípulo estaria “virando a casaca” para o lado de Adler (KUPERMANN, 2014). A resposta de Jung foi de pura indignação e, como se não bastasse, acompanhada de um ato falho que culminaria no último ato dessa relação. “Jung pretendia escrever: ‘Nem mesmo os inimigos de Adler consideram-me um deles (ihrigen)’, mas o escrito

foi: ‘Nem mesmo os inimigos de Adler consideram-me um dos seus (Ihrigen)’(335J, p.604)” (KUPERMANN, 2014, P. 59).

Em resposta, Freud aponta e analisa o lapso, o que deixa Jung perplexo. A tentativa do mestre (ou como considerava Jung: pai) era de amortecer as palavras de seu aprendiz, apontando que em Viena ele era acusado do contrário, de ter pouquíssima preocupação com a análise de seus alunos, o que segundo Kuppermann (2014), só fizera aumentar o equívoco. Logo na sequência, sem aguardar muitos comentários de Jung, Freud redigiu uma nova carta que oficializou o fim do relacionamento pessoal entre eles.

“A réplica de Jung sela o rompimento: ‘Acedo ao seu desejo de que abandonemos as nossas relações pessoais, pois eu nunca forcei a amizade com ninugém’ (334J, p.612, 6/1/1913)” (KUPERMANN, 2014, p. 60). E assim, uma relação que se iniciou mal-entendida, se desfechava por meio de um ato falho que por um lado aponta a “aceitação da realidade no lugar da ilusão neurótica” (p.60); por outro, como já havíamos teorizado, “a recusa do poder, a recusa do servir” (p.60). O problema é que essa negação de Jung, concomitantemente, em relação a Freud e ao enquadre psicanalítico, teve como consequência, a reunião de um grupo de homens de confiança em torno do criador para constituir uma “velha guarda” da psicanálise (p.60). Aqui localizamos mais uma vez o fato do enquadre psicanalítico, mesmo com outros analistas em jogo, estar se restringindo novamente ao pensamento e à autorização de Freud diante das novas descobertas e elaborações.

Nessa época (ano de 1912), Jung ainda era o presidente da Associação Internacional de Psicanálise. No mês de julho, Jones e Ferenczi – os “homens de confiança” da psicanálise – cientes dos impasses da relação de Freud com Jung (que estava condenada) e de sua ameaça ao cenário psicanalítico, encontraram-se em Viena para discutir a situação. Nessa discussão, Ferenczi deu forma a um meio de assegurar a proteção da causa psicanalítica. Sua proposta era de que um pequeno grupo da IPA fizesse análise com Freud, para que assim pudesse representar a “teoria pura não adulterada por complexos pessoais” (GROSSKURTH, 1991, p. 46). Essas pessoas de confiança seriam estabelecidas em diferentes centros onde os iniciantes iriam aprender o ofício (KUPERMANN, 2014).

A nova forma de Ferenczi para a difusão da psicanálise acabava por nos revelar o que estava em jogo na formação do psicanalista:

(...) o saber psicanalítico só pode ser transmitido a partir da experiência de uma análise pessoal, o que vincula saber e prática; como consequência, está embutida nessa proposta a ideia que a transmissão da psicanálise é regulada pela transferência, e que a transferência (a Freud) seria o melhor instrumento para evitar “adulterações teóricas” com base em complexos pessoais (KPERMANN, 2014, p. 61).

Por um lado, tal procedimento possuía um lado conservador de estreitar ainda mais o saber psicanalítico na relação exclusiva com Freud, desacelerando assim sua ampliação. Por outro, a análise didática (que, como vimos, teve início com Eitingon e Freud) deixava de ser apenas um marco importante e passava a ser fundamental na formação do psicanalista e, em consequência, nos desdobramentos de suas relações com os pacientes. Tal aspecto novo no enquadre clínico de 1907, a partir de então, passava a ser uma exigência que potencializava novas contribuições e, por que não, novas possibilidades de enquadramentos clínicos.

Porém, mesmo sendo considerada boa e ideal, a proposta ferencziana mostrou-se impossível de ser executada. A alternativa para essa questão surgiu de Ernest Jones quando sugeriu a organização de um Comitê formado por analistas dignos de confiança em torno de Freud. O Comitê se configurava como uma espécie de “guarda” que assumia o compromisso de não se afastar dos princípios fundamentais da teoria psicanalítica e a função da defesa de sua causa. Nesse caso, qualquer singularidade ou ponto de vista que pudesse variar dos princípios da psicanálise, deveria ser submetido aos restantes membros do grupo antes de ser defendido (JONES, 1989, p. 161).

Ernest Jones enviou uma correspondência a Freud no dia 20 de julho explicando o projeto do Comitê. Freud ficou entusiasmado com essa ideia de conselho secreto para o desenvolvimento posterior da psicanálise, e também para a defesa de sua causa contra possíveis acidentes e personalidades que pudessem ocorrer após sua morte. Em uma de suas passagens contida na carta de resposta a Jones, podemos verificar sua aceitação: “Ouso afirmar que a vida e a morte me seriam mais fáceis se eu soubesse da existência dessa associação para velar por minha criação” (GROSSKURTH, 1991, p.47).

Freud sugeriu alguns nomes para compor o Comitê, como Abraham, Sachs e Otto Rank, que já havia sido convidado por Ferenczi. Composto então por esses seis membros (Jones, Ferenczi, Sachs, Abraham, Rank e Freud) representantes dos maiores centros psicanalíticos da Europa, o Comitê teve sua primeira reunião em 25

de maio de 1913 na cidade de Viena. Zelando pela 'pureza' dos princípios da clínica psicanalítica, nesse encontro eles discutiram uma crítica de Ferenczi à teoria da libido de Jung. No final desse encontro, Freud presenteou cada um deles com um anel de ouro e também passou a usar um desses, tendo a cabeça de Júpiter com entalhe (KUPERMANN, 2014).

“A formação do Comitê secreto caracteriza o primeiro momento de retorno transferencial a Freud” (KUPPERMAN, 2014, p.62). Como vimos, essa dinâmica de funcionamento e essas articulações em relação aos anéis identificatórios dos membros, inaugurou o período histórico em que a psicanálise era governada secretamente por uma espécie de “*cosa nostra*” (KUPERMANN, 2014, p. 63).

O Congresso de Monique, realizado em setembro de 1913, nos revela como se dava essa estratégia de atuação política do Comitê. Haveria nova eleição para a presidência da IPA, na qual Jung seria reeleito, afinal era apoiado pelo contingente de Zurique. Em consequência, Abraham propôs que o Comitê e os seus respectivos grupos formassem um bloco de abstenção para poder expressar a desaprovação por Jung. O resultado dessa atitude foi que 22 dos 52 participantes do Congresso não votaram. Outra expressão de desaprovação foi o fato de todos os membros do Comitê terem apresentado trabalhos que faziam críticas às teorias de Jung. Após o Congresso, Jung saiu enfraquecido tanto no âmbito teórico quanto o registro político (KUPERMANN, 2014). Segundo Grosskurth (1991), Jones escreveu uma carta a Freud, esperançoso de que ele estivesse gratificado em “ver que dessa vez teve uma guarda pessoal ativa para assistí-lo” (p. 62). Esse ponto marca o fato de que o Comitê passaria a escolher os futuros presidentes, supervisionando o andamento da IPA, mas exercendo um poder paralelo ao dela.

É importante lembrar que, desde os primórdios da psicanálise, até mesmo quando ainda estava sozinho no assunto, Freud já postulava que a proibição da crítica e da discussão e o silêncio sobre elas eram o que fazia a manutenção da moralidade, que, por sua vez, participava na limitação e na proibição do pensamento (KUPERMANN, 2014). “Freud denuncia, assim, a lógica da ilusão, lógica da qual nem mesmo a psicanálise está livre” (INGLEZ-MAZZARELLA, 2015, p. 131). Mas, mesmo com tal denúncia, nesse contexto parece que fora foracluído o fato de que Freud, seus escritos e a psicanálise poderiam ser utilizados numa relação alienante, isso é, como verdade absoluta, saber inquestionável, ou em outras palavras: como um texto sagrado a ser seguido.

É importante nos atentarmos que Freud manifesta o seu aspecto infantil, nesse processo de transmissão psíquica do enquadre clínico, em outro momento no ano de 1914. Nesse ano ele publica um texto chamado *A história do movimento psicanalítico*, no qual podemos localizar outro retorno transferencial em que reivindica a sua posição de mestre e fundador da psicanálise. No texto ele discorre sobre o desdobramento das transferências com Jung e Adler, que resultou nas motivações inconscientes que teriam levado seus discípulos a se afastarem dele e da psicanálise. Em termos mais precisos, podemos dizer que é onde a tônica acaba recaindo no infantil dos discípulos: “(...) em resumo, ambos são infantis, têm resistência à psicanálise e querem tomar o lugar que é de Freud” (KUPERMANN, 1996, p. 24).

No texto, Freud manifestava seu pensamento de que a psicanálise teria o destino inevitável de despertar rancor e provocar oposição. Além disso, o autor ainda afirmava o caráter *underground* dela, apontando o lugar dos dissidentes (KUPERMANN, 2014). Vejamos a última passagem de seu desabafo:

Os homens são fortes enquanto representam uma idéia forte; se enfraquecem quando se opõem a ela. A psicanálise sobreviverá a essa perda e a compensará com a conquista de novos partidários. Para concluir, quero expressar o desejo de que a sorte proporcione um caminho de elevação muito agradável a todos aqueles que acharam a estada no submundo da psicanálise desagradável demais para o seu gosto. E possamos nós, os que ficamos, desenvolver até o fim, sem atropelos, nosso trabalho nas profundezas (FREUD 1996g, p. 82).

Nas palavras de Elisabeth Roudinesco (1989), o ponto que marca o advento do enquadre psicanalítico nos tempos modernos é a última etapa do seu processo de institucionalização, ainda durante o período freudiano. Essa etapa é caracterizada pela padronização e sistematização da formação psicanalítica. Todas essas razões – transferenciais, resistenciais e interpretativas – que analisamos, foram motivos que levaram à padronização psicanalítica. Tendo isso em vista, era preciso formar psicanalistas que fossem capazes de trabalhar no enquadre clínico proposto e também que se tornassem aptos a escutarem novas demandas e, assim, criarem novos enquadres.

### 2.1.3 Parte 3 (1918-1939): a sistematização da formação de psicanalistas e outras formulações sobre a elasticidade do enquadre

A primeira vez que se cogitou a criação de um instituto para a formação de psicanalistas foi no Congresso de Budapeste em 1918. Pensando num futuro próximo, Freud sugeriu que a psicanálise deveria se preparar para atender à demanda de psicoterapia para as massas (KUPERMANN, 2014). “Para isso, seria preciso repensar a técnica, bem como formar analistas suficientes para a tarefa” (p. 69). Além da psicoterapia para as massas, a instituição teria originalmente mais duas funções: a formação de analistas e a pesquisa em psicanálise. Nunberg, ainda no Congresso, sugeriu que só poderia estar autorizado a analisar aquele que fosse previamente analisado (BALINT, 1948).

Assim então se encerra a primeira fase da psicanálise, aquela em que o enquadre clínico era essencialmente cristalizado no “pensamento de Freud”. Segundo Renato Mezan (2014), esse ponto importante no ano de 1918 deu início a segunda fase. Tal período se caracterizou pela presença simultânea da figura de Freud – que continuou construindo seu pensamento e introduzindo alterações significativas – e “de fatores cuja operação conjunta favoreceu a existência de focos de produção psicanalíticas autônomos” (p. 49). Esse segundo período durou até 1939 – ano da morte de Freud.

Durante a revolução húngara em 1919, Ferenczi fundou em Budapeste, um instituto de psicanálise que atendia a essas três finalidades: a formação de analistas, a pesquisa psicanalítica e a ideia de estabelecer um enquadre clínico com as massas (psicoterapia para as massas). Porém, meses depois, a instituição fora liquidada pela contrarrevolução. Em 1920, ano seguinte, Eitingon, Simmel e Abraham fundaram a Policlínica e o Instituto Psicanalítico de Berlim – que veio a se tornar o paradigma dos demais institutos psicanalíticos subsequentes (KUPERMANN, 2014). Aqui cabe uma observação de Balint (1948) de que apesar da proposta inicial de Freud e Anton von Freund, os institutos de psicanálise só tiveram sucesso na implementação de um sistema de formação. Os outros dois pontos fundamentais na constituição clínica – a pesquisa e psicoterapia para o público - parecem ter sido relegadas.

A questão postulada por Balint (1948) nos faz pensar que os institutos psicanalíticos supervalorizaram a formação do analista. Num relatório em 1922, Eitingon colocava a análise pessoal como parte do currículo da formação em Berlim (KUPERMANN, 2014). Em 1924, o mesmo instituto publicou o primeiro regulamento sobre a formação que consistia em três partes: formação teórica, análise pessoal e

trabalho clínico supervisionado (análise de controle) (BALINT, 1948, p.165). A formação durava em média três anos, sendo dois deles reservados para a análise de controle, dois períodos para o estudo teórico e no mínimo seis meses para a análise pessoal. Esse modelo tripartido de formação foi adotado em todos os demais institutos e encontrou algumas resistências principalmente em Viena e Budapeste.

Em 1923, em resposta a esse modelo, Ferenczi ressalta uma questão clínica que é, ao mesmo tempo, teórica e técnica: a de que não há diferença entre análise de formação e análise terapêutica – “análise da formação é simplesmente psicanálise” (apud BALINT, 1948). Nesse sentido, a tônica conceitual da crítica recaía sobre o tempo, pois segundo o autor: não se deveria estabelecer *a priori* a duração da análise de formação, assim como não se estabelecia na análise terapêutica (KUPERMANN, 2014). Mesmo com a reivindicação, todo instituto continuou a estabelecer a duração desejada da análise, erro pelo qual qualquer iniciante seria criticado pelo supervisor (BALINT, 1848).

Em se tratando da análise de controle (trabalho clínico supervisionado), sua prática já havia se iniciado em Berlim antes da regulamentação, no ano de 1920 quando da fundação da Policlínica. “Com a obrigatoriedade de análise na formação, estabeleceu-se a separação entre a análise de controle e a análise de formação. O analista supervisor deveria ser outro, diferente do analista didata” (KUPERMANN, 2014, p. 71). Por mais que a crítica de Ferenczi fosse pertinente, o movimento, o trânsito entre analistas diferentes apresentava pontos vantajosos para a ampliação do pensamento psicanalítico e para a formação do analista. Esse procedimento fortalecia o estabelecimento de outro enquadramento clínico – o da supervisão clínica, que por sua vez gerava ressonâncias que extendiam o alcance psicanalítico.

O sistema de formação de Berlim era inspirado no sistema universitário alemão, em que o aluno era estimulado a passar alguns períodos em universidades diferentes. Sendo assim, o aluno poderia iniciar a formação psicanalítica em instituto e concluí-la em outro. Porém, a visão das escolas vienense e húngara era outra, e a ênfase dessa divergência recaía sobre a análise de controle (KUPERMANN, 2014).

Segundo a perspectiva das duas escolas, o trabalho clínico supervisionado deveria ter início enquanto o candidato ainda estivesse em análise, pois assim apostavam na possibilidade dele ser capaz de analisar psicanaliticamente a sua contratransferência. O estudo teórico também deveria se iniciar durante a análise pessoal do candidato, porém o ponto de divergência era que a análise de controle

era entendida como análise de contratransferência. Sendo assim, havia a crença de que a supervisão do trabalho clínico seria mais bem-feita se fosse realizada pelo próprio analista pessoal, pelo menos no primeiro caso clínico atendido pelo candidato (KUPERMANN, 2014).

De acordo com Balint (1948), a proposta do trabalho clínico supervisionado se iniciar durante a análise da formação foi rapidamente aceita em Berlim, apesar dos impactos que causou. Porém, a recomendação de que fosse feita pelo próprio analista pessoal suscitou grandes resistências.

Em consequência desse conflito e com o intuito de homogenizar a formação psicanalítica entre as escolas de diversos países, no congresso de Homburg em 1925 foi criado o Comitê Internacional de Formação. Eitingon apresentou três proposições preliminares: 1) a formação não deveria atender a iniciativas individuais; 2) cada sociedade deveria se responsabilizar pela aceitação ou recusa de um candidato perante à IPA, a qual ratificaria a decisão; 3) regulamentação da noção de análise de controle. O instituto de Berlim defendia essa proposta pela alegação de fornecer ao futuro psicanalista uma dupla referência: o analista didata e o analista de controle (KUPERMANN, 2014). As propostas do modelo de Berlim foram aceitas por unanimidade, o que conseqüentemente fez com que o projeto fosse adotado no ano seguinte no congresso de Bad Homburg (ROUDINESCO, 1989).

Sendo assim, o procedimento de formação psicanalítica passava a funcionar oficialmente da seguinte maneira:

A comissão (de ensino) admite ou rejeita irrevogavelmente o candidato segundo a impressão obtida no decorrer de três entrevistas preliminares; o candidato submete-se inicialmente a uma análise pessoal de seis meses de duração pelo menos; compete à comissão designar o analista didata; a partir do parecer do didata, a comissão decide o momento em que a análise pode ser considerada suficientemente avançada para que o candidato participe das etapas ulteriores da formação; posteriormente, a comissão decide também quando a sua análise pode ser considerada como terminada. O candidato deve engajar-se, por escrito, a não se denominar analista antes de sua admissão formal à sociedade (BERNFELD, 1962, p. 464-465).

Até hoje, o modelo “tripartido” e o papel decisivo das sociedades psicanalíticas na formação são os aspectos mais comuns das instituições. Segundo Kupermann (2014), esses procedimentos parecem até hábitos naturais que sempre estiveram lá como essenciais na formação do psicanalista. Porém, como vimos, tal implementação caracterizou-se por uma verdadeira revolução, já que dessa vez,



Freud finalmente deixara de ser o único e exclusivo foco transferencial para as mudanças e adaptações do enquadre clínico psicanalítico.

Na síntese de Renato Mezan (2014), o que se verifica nesse período é que o próprio Freud atual não coincide integralmente com o Freud do passado. As novas reflexões não entram em sintonia com as ideias postuladas anteriormente. De acordo com o próprio autor: “As hipóteses regionais que elaborou ao longo de trinta ou quarenta anos de trabalho não se harmonizam sem resto, e é justamente esta diversidade interna à doutrina de base que alimenta e legitima o debate” (p. 50). Outros fatores de vários gêneros também se agregaram a esse fator.

Entre esses fatores, estão os de ordem clínica, os de ordem teórico-conceitual e os de ordem institucional (tal como já discorreremos um pouco). Segundo Mezan (2014), no que diz respeito aos fatores de ordem clínica, a psicanálise se estendeu às situações e patologias estudadas por Freud sem que esse tenha esgotado, como no caso da teoria das neuroses e dos sonhos. As novas situações exigiram enquadramentos diversos e novas formas de abordagem que suscitaram discussões acaloradas (Melanie Klein e Anna Freud discutindo sobre a análise infantil, por exemplo).

Além da organização sistemática da formação psicanalítica, outros fatores de ordem institucional se alastraram ao longo desse período de difusão. Entre eles podemos citar a ampliação da categoria de profissionais a exercer a psicanálise. Se antes era de interesse somente dos médicos e restrito a eles, agora contava com a participação de não médicos para a formação, fazendo com que esses atuassem como terapeutas no enquadre clínico. Embora o peso da opinião de Freud fosse decisivo, os psicanalistas não precisavam mais do contato direto dele e nem dependiam de sua arbitragem. O criador finalmente deixara de ser o pivô dessas redes de transferência para se refratar por diversos focos, o que originou uma geração de analistas que mais o via como um autor do que como objeto pessoal de amor ou de rivalidade (MEZAN, 2014).

É por isso que Ferenczi não parou apenas nos questionamentos sobre a forma e o tempo das análises – tanto a pessoal quanto a de controle – na formação dos psicanalistas. A fim de produzir avanços em relação aos limites teóricos-práticos do enquadre clínico em geral, o autor deixa uma grande contribuição no ano de 1928 ao publicar sua obra: *Elasticidade da técnica psicanalítica*.

[...] a confiança em nossas teorias só pode ser condicional, pois o caso em questão talvez seja a famosa exceção da regra, ou talvez a necessidade de se modificar algo na teoria em vigor até então. [...] A modéstia do analista não é pois uma atitude que se aprenda, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber (Ferenczi, 1928, p. 101)

Nessa obra, Ferenczi (1928) dizia que o analista deveria ceder às tendências do paciente assim como um elástico, ou seja: “sem abandonar a pressão na direção de suas próprias opiniões enquanto a inconsistência de uma dessas duas opiniões não estiver plenamente comprovada” (p. 102). Esse conceito de elasticidade abrangia a ideia de que a técnica não deveria ser um conjunto de regras. Por outro lado, poderia até ser, mas desde que uma das regras fosse a abertura que pudesse mantê-la sob constante crítica e reformulação que os fatos clínicos exigissem. Embora propusesse que o psicanalista trabalhasse com suas convicções, nos alertava para que ele estivesse disposto a abandoná-las, caso fosse preciso.

O autor enfatiza a ideia de que o enquadre não está pronto para todas as demandas psíquicas e está sujeito a alterações que, desde a proposta de Freud (mesmo com suas limitações para se adequar a variações que não eram suas), estão em jogo no tratamento clínico. Como um grande explorador dos limites clínicos psicanalíticos, Ferenczi, de certa forma, profetizou uma fundamental teorização que Etchegoyen (2004) futuramente fez: a de que, exclusivamente na psicanálise, é o fazer clínico que conduz a elaboração teórica, metodológica, técnica e toda a construção do enquadre, inclusive a própria teorização da técnica, do enquadre, do método, etc.

Somente na psicanálise podemos ver como uma determinada abordagem técnica conduz, de modo inexorável, a uma teoria (da cura, da enfermidade, da personalidade, etc.) que, por sua vez, gravita retroativamente sobre a técnica e a modifica para torná-la coerente com os novos achados – e assim indefinidamente. Talvez nisso se baseie a denominação um tanto pretensiosa de teoria da técnica, que tenta não apenas dar um respaldo teórico à técnica, mas também salienta a inextricável união de ambas (ETCHEGOYEN, 2004, p. 21).

Ainda no tema da elasticidade, Ferenczi (1928) também abordou a influência da subjetividade e dos processos mentais do analista na técnica clínica. Inclusive, considerou esses como parte da segunda regra fundamental da psicanálise.

Houve, todavia, e ainda há, no interior da técnica psicanalítica, muitas coisas que se tinha a impressão de serem individuais, pouco definíveis com

palavras; logo de início o fato de, neste trabalho, a importância que parecia ser atribuída à “equação pessoal” era bem maior do que o que se podia aceitar na ciência. O próprio Freud, em suas últimas comunicações sobre a técnica, deixava livre o campo para outros métodos de trabalho em psicanálise, paralelos ao dele. É bem verdade que essa declaração é anterior à época da cristalização da segunda regra fundamental da Psicanálise, de que quem quer que queira analisar os outros deve ser antes ele próprio analisado (FERENCZI, 1928, p. 97).

Na sequência do texto, Ferenczi (1928) parece compreender que a análise pessoal diminua as diferenças técnicas, pois se as dificuldades subjetivas dos psicanalistas fossem eliminadas, ela os tornaria capazes de controlar seu viés pessoal na aplicação de uma técnica uniforme. Porém, a chamada “equação pessoal”, aquilo relativo à indeterminação, ainda permanecia em questão. Ferenczi a nomeia como *tato psicológico* e afirma que aí estão implicadas variáveis como:

[...] saber quando e como se comunica algo ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para se tirar conclusões; que roupagem dar à comunicação se for o caso; como reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e esperar outras associações; em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. (FERENCZI, 1928, p. 97).

Nas palavras de Mezan (2014), “essas mediações mais consistentes e mais opacas entre cada analista e Freud representam uma alteração essencial nas condições subjetivas e individuais da produção de conceitos dentro da disciplina” (p. 51). Isso nos leva a mencionar os fatores de ordem teórico-conceitual que transformaram o movimento psicanalítico nesse período. Segundo o autor, a diversidade geográfica trazida devido à implantação da psicanálise em países exteriores ao de origem, somada à variedade de experiências clínicas e a uma estrutura mais rígida de formação, favoreceu diferentes vertentes de interpretação da obra de Freud. Tais interpretações se acentuaram em certos conjuntos de noções e dimensões dentre a massa dos escritos freudianos.

A princípio pouco evidentes, esses matizes de interpretação vão fazer furejar aos poucos o “Freud americano”, o “Freud kleiniano”, o “Freud húngaro”, todos reivindicando com maior ou menor veemência a exclusividade da leitura correta daquilo que em breve se poderá chamar de “herança” freudiana. Outro aspecto centrífugo consiste no fato de que, em determinadas questões, a opinião de Freud já não é aceita unanimemente (por exemplo, a ideia da pulsão de morte, ou sua leitura da sexualidade feminina). O jogo combinado de uma série de recortes privilegiados e do

confronto com determinados conceitos de áreas afins (nem sempre as mesmas, aliás, e nem sempre escolhidas pelos mesmos critérios) irá redundar na elaboração de hipóteses cada vez menos diretamente dedutíveis do corpus freudiano: está aberto o caminho para a formação das escolas (MEZAN, 2014, p. 51).

Freud morre em 1939, ano de início da Segunda Guerra Mundial. A psicanálise desmantela-se na Áustria, Hungria e Alemanha em decorrência das perseguições fascistas. Nesse contexto, ocorrem emigrações dos psicanalistas para a Inglaterra e para as Américas, o que faz com que a língua alemã deixe de ser a predominante na psicanálise, e ceda seu lugar para a língua inglesa. “Dos primeiros discípulos de Freud, apenas Jones sobrevive à guerra; quando esta termina, a geografia da psicanálise experimentou profundas mudanças, e tem um novo período” (MEZAN, 2014, p. 51).

## **2.2 O enquadre clínico pós-freudiano: a colaboração das escolas kleiniana e lacaniana**

O período pós-freudiano que se iniciou por volta de 1940, foi o que podemos chamar de “era das escolas”, época em que “a psicanálise apresenta-se dividida em tendências que seguem uma evolução própria” (MEZAN, 2014, p. 51). Nesse contexto formaram-se núcleos de manerias e teorizações divergentes na prática analítica, que se cristalizaram em torno de autores centrais que foram os protagonistas dos embates institucionais.

Podemos dizer que era o momento em que se organizaram quatro grandes correntes psicanalíticas: a psicologia do eu nos Estados Unidos, a tendência kleiniana e a escola das “relações de objeto” na Inglaterra, e o lacanismo na França. Essas desencadearam potencialidades psicanalíticas que estavam contidas em seus próprios focos teóricos e enquadramentos clínicos. Porém, segundo Mezan (2014), existia certa impermeabilidade entre essas diferentes trajetórias como: pouca reciprocidade nas citações e a formação codificada que privilegiava textos canônicos e autores em cada tendência.

Nessa ocorrência verificamos que as escolas kleinianas e lacanianas tiveram maior difusão, destaque e popularidade ao redor do planeta, inclusive no Brasil. Devido a esse fato, daremos ênfase em algumas contribuições dessas duas escolas

em relação ao enquadre clínico. Entretanto, para contextualizar a importância de ambas nesse cenário, abordaremos antes, de forma breve e sem aprofundamento, alguns apontamentos sobre o período que foi considerado a “era das escolas”.

### *2.2.1 Breves considerações sobre a “era das escolas” (1940-1975)*

Alguns dos fenômenos importantes desse período de 1940 até mais ou menos 1975, foi a difusão do kleinismo na América do Sul, a predominância americana no seio da Associação Internacional e o surgimento de uma psicanálise sólida na França (MEZAN, 2014). “É como se, dos fatores centrífugos do período anterior, tivesse resultado uma etapa de decantação” (p. 52). Cada grupo cultivava seu jardim psicanalítico de modo relativamente isolado, sem muita preocupação com o que se passava com os demais (p. 52). Para cada escola, a relação com as outras se configurava de maneira específica: “por exemplo, entre os kleinianos e o grupo das relações de objeto, a porosidade é bem maior que entre ambos e a psicologia do ego e/ou a elaboração lacaniana” (p. 52).

Para entendermos como esses autores e escolas criaram seus enquadres clínicos de maneira singular, tomaremos como ponto de partida aquilo que foi comum a todas as representações de suas origens: a derivação da raiz freudiana (MEZAN, 2014). Como vimos, as origens da conceituação de Freud vêm primeiramente do fato de ele pensar e inventar por meio da clínica e de sua autoanálise: “para elucidar tanto o enigma da histeria quanto da morte de seu próprio luto neurótico pela morte do pai” (MEZAN, 2014, p. 29). Nessa conjuntura, ele se debruça sobre a sexualidade e os sonhos, o que o faz avançar nas investigações e no pensamento. Em segundo lugar, vem por meio do clima cultural, ou seja, contexto em que encontra modelos do que é a psique, do que são emoções e pensamentos, de fazer ciência e de linguagem. Esse clima é localizado na literatura européia e nas teorias científicas do século XIX (Sófocles, Shakespeare, Cervantes, Kant, Goethe, Darwin, Charcot, etc) que foram instrumentos que forjaram seus conceitos e ultrapassaram a mera somatória dos materiais com que são produzidos (MEZAN, 2014). Em terceiro lugar, sua conceituação vem também por meio da própria leitura e interpretação de suas obras. Vejamos: em 1920, Freud era tributário da clínica, do clima histórico cultural em que se formou e do Freud de 1900, 1919 e 1915 (MEZAN, 2014).

Do ponto de vista epistemológico, a obra freudiana se desdobra em quatro dimensões. Começamos pela metapsicologia, uma teoria geral da psique que é composta por uma noção de aparelho psíquico constituído por instâncias que estão em conflito entre si por variações energéticas geográficas e quantitativas: “há, portanto, uma tóptica, uma dinâmica e uma economia psíquicas” (MEZAN, 2014, p. 30). Em segundo lugar, há uma teoria do desenvolvimento e da gênese da subjetividade, um modelo esquemático universal em que cada sujeito preenche em sua história concreta: a passagem pelo narcisismo, as sucessões das fases libidinais e a travessia do Édipo. Como consequência dessas duas primeiras dimensões, existe uma teoria do funcionamento normal e patológico da psique que propõe soluções para os conflitos fundamentais, e determinam a emergência de estruturas neuróticas, perversas ou psicóticas, suas defesas e fixações. Em quarto e último lugar, há o ponto de nosso maior interesse, em que iremos nos aprofundar um pouco mais: a concepção do processo clínico psicanalítico, isso é, das modalidades interventivas capazes de mudar o funcionamento psíquico e dos obstáculos dessa finalidade, que se antepõem tanto do lado do analista quanto do lado do paciente. Em outras palavras, é a conceituação onde se situam as noções do enquadre clínico como transferência, resistência e interpretação (MEZAN, 2014).

Segundo Renato Mezan (2014), somente quatro autores ou grupo de autores pertencentes às quatro grandes escolas que foram capazes de sobrepor coerentemente a todas as vertentes da teoria freudiana: Melanie Klein, os analistas reunidos em torno da teoria das relações de objeto como Fairbairn e Winnicott, os fundadores da psicologia do ego (Loewenstein, Hartman e Kris) e, por fim, Jacques Lacan. Existe o caso de Wilfred Bion que compunha o quadro dos pensadores originais da psicanálise, porém, pensamos como Mezan (2014) por também não sabermos dizer se seus trabalhos preenchem os critérios para qualificarmos como “escola” de um sistema de psicanálise.

Ao mesmo tempo, torna-se simples compreender no que essas escolas são derivações da matriz freudiana: em sua metapsicologia, elas preservam a descoberta básica de Freud – o inconsciente – e a ideia fundamental do conflito psíquico; em sua teoria do desenvolvimento, mantêm a ideia essencial de uma permanência do infantil no psiquismo adulto; em sua teoria do funcionamento normal e patológico, operam com a categoria basilar de defesa, em consequência da qual o sintoma se define como compromisso entre forças psíquicas opostas; na forma de conduzir o processo analítico e de refletir sobre ele, trabalham com os processos e com os conceitos de transferência, de resistência, em virtude do que utilizam como meio

privilegiado de intervenção terapêutica a interpretação do discurso produzido durante a sessão (MEZAN, 2014, p. 31).

Começaremos então com a psicanálise nos Estados Unidos, fazendo breves considerações sobre alguns fatores de natureza sociológica e epistemológica que nortearam o enquadre desse lugar.

A disciplina freudiana entra em contato com uma cultura cujo ideal é o *self-made man*, que valoriza os aspectos da adaptação social e do êxito econômico (MEZAN, 2014). É a época dos anos 1920 e 1930, quando está em formação a primeira geração nascida em solo americano (filha dos imigrantes que aportaram na América entre 1880 e 1914). Nessa geração estavam os pacientes dos psicanalistas dos anos 1940 e 1950, época em que o prestígio social da psicanálise encontrou seu apogeu (MEZAN, 2014). A psicanálise vê-se num debate com a tradição psicológica anglo-saxã que se enraíza no empirismo associacionista, no pragmatismo e no behaviorismo – uma psicologia acadêmica respeitada, desenvolvida nos laboratórios e universidades (MEZAN, 2014).

Quanto à questão teórica, essa escola dá ênfase aos processos de integração e maturação, o que por sua vez, busca uma afirmação em sua natureza científica (o que significa ser capaz de ser empiricamente testada por observadores independentes na perspectiva positivista). Essa visão psicanalítica contribuiu para o estudo da paranoia (matriz clínica), pois enfatiza o enriquecimento das ideias de Freud, o “desenvolvimento lógico e natural” de certas ideias freudianas pelas contribuições das disciplinas consideradas conexas, como a psicologia e a sociologia (MEZAN, 2014, p. 44).

Na França, a psicanálise se aclimatou em influências totalmente diferentes das ciências empíricas estadunidenses e das ciências sociais inglesas, pois não teve que se justificar frente ao behaviorismo, e nem defender sua cientificidade em termos positivistas. Até os anos 1960, a disciplina psicanalítica irá se converter num dos pilares do *stablishment* intelectual parisiense, se havendo com a tradição psiquiátrica de Esquirol, Pinel, juntamente com a tradição de uma psicologia compreensiva pouquíssima atraída por experimentos laboratoriais, com a voga filosófica de Bergson e com as tendências dos anos 1930 – o hegelianismo, o marxismo e a fenomenologia (MEZAN, 2014).

Os primeiros a se interessar pela psicanálise na França, não foram médicos, psiquiatras ou psicólogos, mas sim literatos e artistas marcados pelo surrealismo e filósofos cujo horizonte de pensamento era Heidegger, Husserl e Hegel (MEZAN, 2014). A formação psicanalítica francesa era mais humanística, afinal ela jamais detivera em mãos o poder de impedir a habilitação dos não médicos (ou “leigos”, termo utilizado anteriormente por Freud). Quanto a leitura, o modo francês de ler Freud era tributário da *explication de texte* na qual os parisienses eram imbatíveis. Podemos ver isso manifesto no pensamento de Lacan, que apontou a necessidade de estudar minuciosamente a obra fundadora e que, criticado com severidade, fornece inúmeras questões com que trabalha (MEZAN, 2014).

Já no território inglês, o interesse dos psicanalistas quase se configurava como uma exclusividade no trabalho clínico e nas questões internas da Sociedade. Segundo Mezan (2014), isso teve um efeito paradoxal, pois por mais que o inglês fosse a língua oficial da psicanálise nesse momento e a IPA tivera extrema importância no cenário inglês, foi mínima a influência dela sobre a cultura em geral. Já no resto do mundo, aconteceu o contrário, pois o ambiente social e científico “impregnou a psicanálise com características que a tornam distintamente *British*” (p. 38). Nos textos escritos em Londres, podemos localizar essa tradição empirista de como os analistas (de qualquer tendência) concebem o funcionamento psíquico e a maneira de formular e testar suas hipóteses teóricas.

Na questão social podemos perceber o “jeito inglês” nas manifestações que concorrem no âmbito do enquadre clínico, ou seja, na transferência entre paciente e analista. “A prática inglesa dá grande ênfase às interpretações transferenciais, o fato de uma sessão ter ocorrido na sexta ou na segunda-feira tem um relevo que não encontramos em relatos vindos de outros países” (MEZAN, 2014, p. 39). Talvez isso se dê pelo fato de que, segundo os analistas ingleses, o caso da maioria das pessoas que buscavam análise se tratava de uma estrutura *borderline* ou psicótica. Isso diz bastante respeito a como nesse cenário a matriz clínica vai produzir alterações, trazendo inovações para a intervenção terapêutica psicanalítica. Basta observarmos que a psicose é a matriz clínica dos kleinianos, winicottianos e bionianos, mesmo que no caso de Bion ainda exista uma teorização sobre o “núcleo psicótico” dos neuróticos.

No que diz respeito à leitura freudiana, verificamos que as escolas inglesas aprofundaram certas concepções e aplicaram em novos territórios ou então até



pouco explorados. Um exemplo disso é a criação de novos enquadres clínicos, com a análise de crianças e de certos tipos de psicose realizado por Melanie Klein; o fato de levar a psicanálise para pediatria e estudar as delinquências de crianças em situação de privação como fez Donald Winnicott (escola das relações de objeto), e de se pensar uma psicanálise de grupo como fez Wifred Bion.

Entre todos esses grandes psicanalistas e escolas, as novas ideias sobre o enquadre clínico que mais se destacaram no mundo e, principalmente no Brasil (onde é nosso território de pesquisa), foram as de Melanie Klein e de Jacques Lacan. Por isso seguiremos falando sobre a importância dessas contribuições do enquadre nos próximos capítulos.

### 2.2.2 Mudanças clínicas de Melanie Klein

Aprofundando no pensamento de Melanie Klein, percebemos que ela criou um sistema em situação de *continuidade* com o pensamento do fundador da psicanálise (MEZAN, 2014). É aqui que encontramos um movimento diferente no período pós-freudiano, pois a autora se encontra mais fiel ao espírito da psicanálise do que as opiniões do mestre de Viena. Uma ocorrência que exemplifica essa diferença foi o fato de Melanie Klein – partindo da matriz clínica de análise de crianças com severos sintomas obsessivos – ter criado o sistema da *Psicanálise da criança* em 1932 com a proeminência de que nele existem as noções de angústia e de agressividade primária. Esse ato se tornou inovador devido à insistência da autora na capacidade de transferência de crianças muito pequenas, mantendo frente a elas uma postura de analista e se distanciando de tratar isso como espaço pedagógico.

Essa continuidade diz respeito a uma *superação* dos limites encontrados da obra. Porém todo esse movimento não se contrapõe ao que é de cunho psicanalítico, afinal, ainda se mantém uma tópica, mas a diferença se encontra na formulação. Exemplo disso é o que encontramos na formulação teórica freudiana: ego/id/superego; e na kleiniana: em termos de mundo interno e de posições depressiva e esquizoparanóide (MEZAN, 2014). Além do mais, verificamos que as contribuições de Melanie Klein à terapia psicanalítica se desenvolveram por meio de textos mais tardios de Freud, como *Além do princípio do prazer* (1920), *O ego e o Id* (1923) e *Inibição, sintoma e angústia* (1926) (NEVES, 2007).

Por parte da obra kleiniana, encontramos a superação dos limites freudianos não somente nos conceitos citados acima (das posições e do mundo interno), mas sim em toda sua contribuição teórica sobre as etapas mais primitivas do desenvolvimento psicosssexual, as fantasias inconscientes e as primeiras defesas contra a angústia (NEVES, 2007). Há também uma variação na formulação do desenvolvimento do eu, do supereu e sobre a situação edipiana. Klein também deu um novo status ao objeto e às relações objetais internas. No âmbito do desenvolvimento infantil, a autora enxerga os mecanismos de introjeção e projeção como atuantes desde o início da vida psíquica em bebês. Em consequência, “a interação entre introjeção e projeção foi posteriormente desenvolvida intensivamente nos estudos que culminaram na conceituação da identificação projetiva” (NEVES, 2007, p. 22).

Podemos dizer que o *setting psicanalítico* propriamente dito, é um conceito técnico muito caro aos analistas da escola inglesa em geral, pois se refere ao *cenário* onde a análise acontece (NEVES, 2007). Especificamente na visão de Klein, o *setting* diz respeito ao conjunto de recursos e procedimentos colocados no atendimento e que são oferecidos ao paciente. Tal processo tem início nas relações de espaço (espaço físico do consultório com seus móveis e objetos) e tempo (estabelecimento da frequência das sessões); e se desdobra até “a pessoa do analista com sua atitude adequada e as interpretações que ele dá ao analisando” (NEVES, 2007, P. 22).

Como podemos ver, até aqui, o enquadre para Melanie Klein não diverge em nada daquele proposto por Freud, afinal a técnica kleiniana se fundamenta rigorosamente em conceitos psicanalíticos freudianos, sendo seu contexto formal o mesmo de uma análise freudiana. Não somente o cenário que é o mesmo da análise clássica, mas também todos os aspectos essenciais e princípios psicanalíticos tal como foram apresentados por Freud, continuam sendo respeitados (SEGALL, 1982).

Hannah Segall (1982) ressalta que o *setting* kleiniano mantém como fatores constituintes: a frequência de sessões semanais, tendo como ideal o número de cinco sessões; o uso do divã; e a interpretação como o instrumento essencial de trabalho do analista, aquele capaz de evitar rigorosamente todas as formas de apoio, crítica, julgamento, conselho, reassseguramento e encorajamento. Porém, em relação ao manejo da interpretação, algumas características se diferenciam do estilo freudiano.

Para Klein, a interpretação visava a buscar e possibilitar um contato que fosse emocionalmente vivo em relação às experiências vivenciadas pelo analisando (NEVES, 2007). A autora enxergava “a experiência emocional como a base da vida psíquica, como o que lhe dá significado e que existe e acontece tanto no consciente como no inconsciente” (p. 22-23). Aqui podemos localizar a diferenciação, pois, para Freud, a emoção era subproduto da vida pulsional que se constituía como uma vivência consciente, ou seja, um elemento que indicava a presença de um conflito pulsional inconsciente (NEVES, 2007).

A importância que Klein conferia às emoções inconscientes como fator central da vida psíquica dos indivíduos – que a organizava e lhe dava significado – era uma característica básica de seu enquadre, que a diferencia de outras vertentes psicanalíticas. Em decorrência, o objeto da interpretação era a fantasia inconsciente, que poderia ser apreendida basicamente pelo que o paciente dizia tanto na associação livre, como por meio da transferência e contratransferência. Em síntese, a interpretação deveria abranger tudo que, de alguma maneira, o analisando mostrava ao analista, tudo que fosse parte de um convite que ele fazia ao analista para que esse conhecesse e participasse do seu mundo interno. No enquadre kleiniano, as fantasias inconscientes deveriam ser interpretadas e trabalhadas no *aqui e agora dentro da sessão*, não deixando de abranger sempre a situação transferencial global: fantasias relacionadas ao analista, ao *setting* e à análise (NEVES, 2007).

A singularidade interpretativa da clínica kleiniana era a procura, no material inconsciente, das relações entre a experiência emocional do paciente e o movimento da sessão (NEVES, 2007). Essa forma de interpretar era considerada como a mais terapêutica. Strachey (1934) denominou isso com “interpretação mutativa”, ou seja, aquela que tinha condições de colocar o paciente em contato direto com uma fantasia que estava em ação naquele instante, possibilitando assim conexões e *insights* que propiciavam uma autêntica mudança psíquica.

Mudanças nas fantasias inconscientes se relacionam com mudanças psíquicas e com o funcionamento global do paciente. A interpretação deve ser descritiva dos movimentos e da dinâmica interna do paciente. Então, sabemos que em seu mundo interno, a pessoa tem tudo: representação de si mesma, objetos, relações e conflitos causados pelos mais diversos estados e experiências emocionais (NEVES, 2007, p. 23).

Há também variações de conduta clínica diante da transferência no sistema kleiniano. Para a psicanalista, a transferência era o resultado da externalização de relações internas de objeto sob a pressão exercida pela ansiedade, cujas origens remontavam aos mesmos processos que promoveram as primeiras relações objetais (introjeção e projeção, cisão, identificação projetiva, idealização, etc.) (NEVES, 2007). Sendo assim, para os psicanalistas kleinianos, a transfêrencia não reside na relação entre passado e presente como pensava Freud, mas sim, na relação entre mundo interno e mundo externo (NEVES, 2007). Logo, as imagos dos pais (ou de quaisquer objetos) como representações de vivências e de lembranças acontecidas no passado, não eram o que estava em jogo na transferência desse sistema terapêutico.

Segundo a autora, tal concepção exigia uma atenção e manejo diferenciados durante a sessão clínica. Vejamos:

Minha concepção de transferência como algo enraizado nos estágios iniciais do desenvolvimento e nas camadas mais profundas do inconsciente é muito mais ampla, envolvendo uma técnica através da qual, a partir da totalidade do material apresentado, são deduzidos os elementos inconscientes da transferência. Por exemplo, relatos de pacientes sobre suas vidas, relações e atividades cotidianas não só nos oferecem uma compreensão do funcionamento do ego, mas revelam igualmente as defesas contra a ansiedade suscitadas na situação de transferência, caso exploremos seu conteúdo inconsciente. O paciente está fadado a lidar com conflitos e ansiedades, revividos na relação com o analista, empregando os mesmos métodos a que recorreu no passado. Isto quer dizer que ele se afasta do analista como tentou se afastar de seus objetos primários; tenta cindir a relação com eles, mantendo-os como figuras boas ou más; deflete alguns dos sentimentos e atitudes vividos em relação ao analista para outras pessoas em sua vida cotidiana, e isto é parte da atuação (KLEIN, 1952, p. 78 – 79).

Como vimos nas próprias palavras da autora, a psicanálise kleiniana não via a transferência somente por meio do que aparecia no material verbalizado na sessão, mas sim, como uma situação total que se relacionava a conflitos, sentimentos relativos situações repetidas, etc. (NEVES, 2007). A partir de Klein, a transferência passou a ser vista sempre como algo dirigido ao psicanalista. Eis então que o terapeuta deveria ter o manejo técnico-clínico de interpretar *a* e *na* transferência, mostrando que aquilo que aparece na análise era a realidade do mundo interno, que não somente estava se emergindo, mas também sendo expressada e experimentada naquele momento (NEVES, 2007).

Essa então seria a contribuição mais essencial que caracterizava o enquadre clínico kleiniano como uma variação do freudiano: “a perenidade e a dimensão

ampla da experiência emocional como material primordial e contínuo do trabalho da análise” (NEVES, 2007, p. 25). Os movimentos do corpo, gestos, as mímicas faciais, isso é, tudo vindo do material não verbal, se configurava como uma forma de se fazer análise (claro que, concomitantemente com o material verbalizado). Enfim, tudo que o paciente mostrava ao analista era motivo para o segundo perceber o mundo interno do primeiro: como ele funcionava, como se davam as relações entre seu eu, seus objetos e as relações objetais entre si. “É esta visão de conjunto que dá à transferência uma concepção dinâmica de movimento ininterrupto, do mesmo modo como se dá a emergência e o funcionamento das fantasias” (NEVES, 2007, p. 25).

Entretanto, se na Inglaterra o movimento kleiniano privilegiou o último Freud, na França a variação foi outra, pois ao contrário de Klein, Lacan privilegiou o primeiro Freud. Para o autor, o centro de gravidade da clínica psicanalítica não recaía mais sobre a tônica da angústia e da posição depressiva, mas sim, da cadeia significativa e da simbolização (MEZAN, 2014).

### *2.2.3 O enquadre clínico lacaniano*

A contribuição de Lacan para o enquadre clínico psicanalítico é bastante interessante, pois é um pouco mais complexa, e lembra as ideias de Heidegger acerca da história da filosofia. Para ele, o esquecimento da descoberta freudiana era o traço fundamental da história psicanalítica, com o agravante de que ele começou a ser fomentado pelo próprio Freud, em seus escritos dos anos 1920, que deslocaram o eixo da teoria da análise do inconsciente para o eu (MEZAN, 2014). Toda essa visão impunha um retorno a Freud que visava a recuperar a agudeza e o relevo da concepção de inconsciente e salvar o “conhecimento freudiano” do perigo de se tornar absolutamente antifreudiano (p. 28). Tendo em vista que sua concepção metapsicológica (por meio da tópica freudiana estruturada como eu/isso/supereu) foi formulada em termos de real/imaginário/simbólico, podemos perceber que tal retorno incorporava as aquisições da antropologia estrutural (como a noção de simbólico), da linguística de inspiração sassuriana, da leitura de Hegel iniciada na França por Kojève, da matemática, etc (p.28).

Ora, a utilização extremamente hábil desse instrumental por parte de Lacan – instrumental que não se encontrava à disposição de Freud – resulta numa interpretação da obra deste, que conduz a teses possivelmente fecundas, mas que não se encontram nos textos aos quais se pretende efetuar um retorno, tais como a de que “o inconsciente está estruturado como uma linguagem”, ou “a relação sexual não existe” (MEZAN, 2014, p. 28).

Se para Klein a matriz clínica escapava ao registro das neuroses de transferências freudianas, se dirigindo para crianças pequenas e esquizofrênicos, para Lacan a matriz se dirigia para os paranoicos. A ponto de demonstrar a natureza dialética na psicanálise, Lacan inventou a noção de estágio do espelho e lançou as bases da teoria do ego como instância da alienação interna (MEZAN, 2014). Porém, para que aplicasse o dispositivo psicanalítico a essa matriz, foi preciso refiná-lo não somente em termos teóricos, mas também em termos técnicos.

A fim de mostrar que a regra fundamental, a poltrona, o divã e todos os outros elementos característicos do processo analítico se tornaram, com o tempo, uma espécie de constante invariável com a qual se identificaram os psicanalistas, Lacan propõe algumas subversões, a começar, pelo lugar do analista (NASIO, 1999, p.10). No enquadre lacaniano, o psicanalista deveria ocupar o lugar do semblante do domínio, ou seja, o lugar do semblante da direção (o semblante de ser o mestre), porém sem esquecer que se trata apenas de um semblante. “Ora, o analista se distingue por fazer de uma função que é comum a todos os homens um uso que não está ao alcance de todo o mundo, quando ele porta a palavra falada” (LACAN, 1998, p.352). Nessa conjuntura ele é tocado por uma verdade que, ao mesmo tempo, é uma verdade para o analisando (NASIO, 1999).

Segundo Nasio (1999), esse ponto de ser tocado por uma verdade vai dar início ao que Lacan chama de “sequência da transferência” ou “sequência transferencial”. Portanto, aqui seria preciso orientar, de certa maneira, o processo da análise “em função de um objetivo e de acordo com um índice, com uma referência” (p.10). O objetivo mais imediato de fazer surgir a sequência da transferência é o índice oferecido pelas diferentes modalidades da fala do analisando. Mais exatamente, é o índice constituído pelas diferentes modalidades das demandas do analisando.

Nesse momento da transferência, ou melhor, nesse ponto de ruptura denominado como “sequência transferencial”, o analista deve deixar a posição de direção do tratamento, ou seja, abandonar a posição de domínio por meio da qual ele conduzia o tratamento, até então (NASIO, 1999). Fazendo isso, ele passa a

ocupar outro lugar: o de objeto de transferência. De acordo com Lacan (1998), o analista nessa posição “pode responder ao sujeito do lugar que quiser, porém não quer mais nada que determine esse lugar”. (p. 351). Esse procedimento mostra que a direção de uma análise pode orientar-se segundo diferentes fases ou momentos do tratamento. Essas fases ou momentos serão divididos, separados “de acordo com um critério que é aquele do tipo de relação que o analisando tem com a sua fala”. (NASIO, 1999, p.11).

Por meio das concepções clínicas lacanianas, Nasio (1999) divide o processo do enquadre em quatro fases. A primeira é mais conhecida como *fase de retificação subjetiva*. “Ela ocorre durante a primeira ou as primeiras entrevistas, no quadro do face-a-face com o paciente”. (p.11). Ela funciona da seguinte maneira: particularmente no fim da primeira entrevista e na seguinte, o paciente é introduzido a uma primeira localização da sua posição na realidade que ele apresenta ao psicanalista. Ele pode falar de sua realidade em diversos aspectos (familiar, conjugal, trabalhista, etc). O que realmente importa ao analista nesse momento é o material referente “à relação que a pessoa que faz uma consulta mantém com os seus sintomas” (p. 11).

Tal relação com os sintomas não deixa de ser uma relação de sentido, pois o paciente dá um sentido a cada um dos seus distúrbios e sofrimentos. É nesse nível de sentido, então, que o psicanalista tem que fazer a primeira intervenção, que, segundo a expressão de Lacan, é denominada como “retificação subjetiva”.

No enquadre de Lacan, retificação subjetiva significa a intervenção do analista no nível da relação do Eu do sujeito (paciente) com os seus sintomas (NASIO, 1999). É por isso, que desde a primeira entrevista, é essencial discernir o motivo da consulta, a razão pela qual um sujeito decidiu recorrer a um terapeuta, afinal, a relação do Eu com o sintoma, se decide principalmente na relação com a primeira decisão de recorrer a um outro.

A retificação subjetiva consiste em dar uma resposta que possa restituir alguma coisa da relação que o paciente tem com o seu sofrimento. Isso seria intervir sobre o próprio ponto em que ele o explica, e “levar em conta a maneira pela qual ele o faz, a teoria que ele tem sobre isso, o porquê do seu sofrimento e como ele sofre” (NASIO, 1999, p.12). Há muitas demandas implícitas desse tipo, que não apenas se encontram presentes na fase de retificação subjetiva, mas também ao

longo de toda a análise. Essas vão variar em função do desenrolamento e da evolução do tratamento.

A Segunda fase é aquela de estabelecer de vez o enquadre clínico com o paciente. De acordo com Nasio (1999), essa fase é constituída por dois Atos psicanalíticos fundamentais: em primeiro lugar é o Ato de aceitar analisar o paciente, e segundo, o Ato de enunciar a regra fundamental (p.13).

Por meio dos dois Atos, o psicanalista transmite ao paciente a sua própria relação simbólica com a psicanálise, mas sem que o segundo se dê conta disso (NASIO, 1999, p.13). Podemos também chamar esse estabelecimento de “quadro transferencial”. Nesse quadro, a relação do analista com a psicanálise, veiculada nos dois atos, “será o primeiro objeto de transferência com o qual o analisando terá que se confrontar: a relação do analista com a psicanálise” (p.13). Esse objeto transferencial posteriormente criará um efeito determinante em relação ao aparecimento e desaparecimento dos sintomas.

Porém, esse quadro transferencial (ou “objeto de sugestão” como diz Nasio) é algo que se configura inconscientemente, ou seja, algo que intervém sem que analisando e psicanalista percebam (NASIO, 1999). Os lacanianos defendem a ideia de que esse momento é o tempo da demanda de amor, ou seja, uma demanda de amor aberta e suscitada pelo enquadre clínico (quadro transferencial, quadro da análise) em que se configura o caráter ritual das sessões por esse objeto de sugestão, pela regra enunciada, pelo silêncio e pela presença discreta do analista durante esse período.

É uma demanda de amor no sentido de uma fala em expectativa. Essa demanda de amor se manterá enquanto o analisando não descobrir que, finalmente, é uma demanda inaceitável. Enquanto isso, a sugestão se instala. Essa segunda fase de que falamos é a fase da sugestão ou fase da demanda de amor (NASIO, 1999, p. 15).

A terceira fase diz respeito ao momento do *modus operandi* da psicanálise, ou seja, o momento da transferência. Nessa fase, a demanda de amor sofre decepção, pois é quando vai descobrir seu caráter inaceitável e sua carência, e se transforma em outra demanda, a de uma fala mais pura e passional (NASIO, 1999). Em consequência disso, é o momento em que se desdobra a agressividade, ódio, violência e profunda ignorância passional.



Lacan entende o caráter passional de acordo com uma concepção hindu, em que existem três tipos: o amor, o ódio e a ignorância (NASIO, 1999). Aqui se trata de um amor que fere, o amor da decepção, que, a qualquer momento, pode se tornar erotomania. Há também uma aproximação do pensamento de Lacan com o início da teoria freudiana, juntamente com uma conceituação singular, pois de acordo com Nasio (1999), tal fase “se caracteriza pela emergência, pelo retorno do recalcado dos significantes ligados às pulsões” (p.16).

Essa fase transferencial é quando se dá o aparecimento de significantes e representações aos quais certas pulsões estão ligadas e, conseqüentemente, quando a resistência começa a fortalecer.

Freud, falando da resistência, dizia: “Quanto mais nos aproximamos do núcleo patógeno, mais forte é a resistência.” O “núcleo patógeno” — vamos retomar a imagem — seria o cerne do Eu. Ele considera o Eu como uma instância composta de múltiplas imagens produzidas por identificações imaginárias. E, no centro do Eu, algo que não é o Eu, um elemento que seria o Gozo que habita no Eu, o verdadeiro objeto do Gozo, situado no centro do Eu (NASIO, 1999, p.16).

O momento da transferência ocorre quando essas camadas imaginárias desaparecem e só resta a última camada, a mais próxima desse objeto (NASIO, 1999). Essa última camada é o que os lacanianos chamam de demanda mais pura, ou seja, a demanda mais representativa da pulsão recalcada. É quando então aparece a imagem mais próxima do objeto no centro do Eu, uma vez que nada mais existe do Eu. Aqui então se localizam os elementos passionais do amor, do ódio e da ignorância (NASIO, 1999). Para Nasio (1999), esses são os momentos mais dolorosos tanto para o analisando quanto para o analista. Ainda de acordo com o autor, é muito mais fácil o terapeuta se manter na etapa anterior, a etapa da “sugestão da demanda de amor” (p.16).

Nesses momentos fecundos de transferência dolorosa (expressão de Freud em O Homem dos Ratos), o analista deve ocupar o lugar do objeto, desse núcleo no cerne do Eu. Portanto, diante dessa experiência do momento transferencial, o psicanalista deixa o lugar de intérprete — aquele lugar que assumiu o papel de dirigir o tratamento e onde se defronta com o fato de vir a esse lugar atribuído pelo analisando — que é o lugar do objeto desse núcleo no cerne do Eu (NASIO, 1999).

A resistência, nesse momento é a que Lacan enuncia como sendo uma resistência dos analistas. Eis então uma questão para o enquadre clínico psicanalítico que até então não se falava, pois segundo o autor, o analista também resiste e essa resistência do analista diz respeito desse “não querer chegar a esse momento passional da seqüência transferencial” (NASIO, 1999, p.17).

A palavra “resistência” está sempre em relação com o Eu, pois é um fenômeno no nível das camadas imaginárias. “A resistência do Eu é aquela que este opõe para não viver a experiência de abertura do Eu até o objeto de Gozo, que jaz em seu cerne, no seu centro” (NASIO, 1999, p.18). Assim se configura o momento mais fecundo da análise, pois é quando o analisando tem uma oportunidade de “ser privado de”. “Os analistas lacanianos são muitas vezes considerados como aqueles que frustrariam seus pacientes” (p.18).

É justamente na pregnância visual que essa forma imaginária conserva de suas origens que está a razão de uma condição que, por mais crucial que a sintamos nas variações da técnica, raramente é tirada a limpo: a que requer que o analista ocupe na sessão um lugar que o torne invisível para o sujeito: a imagem narcísica, com efeito, só faz produzir-se mais pura com isso, e o campo fica mais livre para o proteísmo regressivo de suas seduções (LACAN, 1998, p. 348).

Na clínica lacaniana, isso é chamado de “falta a ser”. O sujeito em questão (o paciente) é confrontado não só com a inaceitabilidade da demanda de amor, mas também é confrontado com a falta a ser. O que jaz no centro do Eu é uma falta, ou seja, um ponto enigmático e fundamental. Na terminologia lacaniana, esse ponto é chamado de objeto “a” ou objeto de Gozo (NASIO, 1999, 18).

Nessa etapa fecunda, o psicanalista deve fazer silêncio, porém, há várias formas de silêncio. O silenciar do analista é o de fazer “silêncio-em-si” para fazer surgir o Grande Outro. “Se o analista faz ativamente silêncio em si, é ele que dirige o tratamento. Se não o faz, ignora quem conduz o tratamento nesse momento”. (NASIO, 1999, p. 18).

Nas palavras de Lacan (1998), “é na medida em que o analista faz silenciar em si o discurso intermediário, para se abrir para a cadeia das falas verdadeiras, que ele pode instaurar sua interpretação reveladora” (p. 355). Portanto, essa condição de fazer silêncio em si, a fim de que surja o grande Outro, é o momento

transferencial em que se realiza a quarta e última etapa: a da interpretação (NASIO, 1999).

Esse processo costuma ser chamado de “x” do analista, o “x desconhecido do analista”, e não é à toa que Lacan nomeou muitas vezes em seus textos como: “desejo do analista” (NASIO, 1999, p. 46). O desejo do analista é o lugar do objeto recoberto pelo véu de um falo imaginário, opaco e enigmático. “É só com essa condição que o analista poderá ocupar esse lugar” (NASIO, 1999, p.46). Isso significa que todo o comportamento do analista – a maneira como convida o paciente entrar, como usa as palavras para fazer suas intervenções, o tom de voz, a duração destas, etc – contribui para que ele venha a ocupar tal lugar. Ao ocupar esse lugar, automaticamente ele institui, sem saber e sem perceber, o Outro. Por sua vez, o Outro é o referente, “o interlocutor dos novos sintomas que vão aparecer e que vão trazer a significação (interpretação) transferencial” (NASIO, 1999, p. 46).

Quando os analistas lacanianos fazem silêncio em si, estão se aproximando do objeto insatisfatório da pulsão e da imagem enigmática, fazendo aparecer o Outro. Dessa forma eles fazem surgir a autoridade, isso é, instituir a autoridade do Sujeito Suposto Saber. Essa autoridade existe em qualquer terapia, porém é somente na psicanálise que ela – como a dimensão do Outro interlocutor dos sintomas portadores da significação transferencial – “nasce graças ao comportamento técnico de um operador, de um prático que sabe evocar a natureza opaca do objeto” (NASIO, 1999, p. 46).

Porém, para que uma interpretação reveladora fosse instaurada ao paciente, não bastava somente que o analista ocupasse esses lugares diante da transferência e resistência, foi preciso articulação de novas condutas práticas. Para tal, Lacan formulou dois novos recursos clínicos: um relacionado ao tempo da sessão e outro a técnica de intervenção. Mais precisamente, estamos falando do *tempo lógico* e o *corte* na sessão.

Devido à atemporalidade do inconsciente já defendida por Freud, Lacan teoriza que o funcionamento de uma sessão de análise acontece num tempo que não é cronológico e sim no “tempo” de uma interpretação – lógico. Para isso, ele encerrava a sessão fazendo um corte quando o paciente estava totalmente entregue ao gozo ou à resistência, pois assim era possível frustrá-lo, angustiá-lo, possibilitando esse se mover e fazer novas significações (interpretações).

Essas mudanças de ordem teóricas e técnicas trazidas por Lacan no enquadre clínico incomodou bastante a Associação Internacional, pois alguns requisitos relativos à teorização psicanalítica, aos números de sessões, a duração e pagamento ainda permaneciam inalteráveis na instituição. Devido a essa questão, Lacan introduz mais uma alteração, só que dessa vez em termos institucionais. Segundo Daniel Kupermann (2014), com essas desavenças na IPA, Lacan rompe relações com a IPA e cria a Escola Freudiana de Paris em 1964 – a primeira Instituição Psicanalítica não ligada diretamente ao projeto de Freud e a IPA. É aqui que Lacan faz um corte transferencial com Freud e mostra que é possível fazer psicanálise em um novo enquadre não controlado por esse primeiro institucional.

### **2.3 Breves apontamentos sobre a psicanálise contemporânea**

Na perspectiva histórica de Renato Mezan (2014), o período pós-freudiano conhecido com a “era das escolas” teve o seu início por volta de 1940 (ano após a morte de Freud) e o fim por volta de 1970/75. Do final dessa época até hoje, a psicanálise se inclina progressivamente a outros temas, além da herança conceitual proposta por Freud. Esses temas consistem num complexo conjunto de determinações entrecruzadas de ordem conceitual, clínica e vinculadas a disciplinas com as quais a psicanálise mantém interlocuções (MEZAN, 2014). Mas se esses aspectos já eram desenvolvidos na “era das escolas” por que colocamos uma barra no período de 1970/75? Simplesmente porque, diferente de como aconteceu no passado, nesse novo momento podemos perceber um diálogo, uma comunicação mais sólida entre autores de diferentes escolas, e uma certa maturidade de um grupo de analistas “cujas elaborações teórico-clínicas dificilmente se enquadram nas divisões que prevaleciam na ‘era das escolas’” (MEZAN, 2014, p. 52). Além disso, houve uma diminuição da intensidade produtiva, do grau de originalidade de contribuições, e também a morte dos principais líderes das escolas, que acabaram por sugerir novos elementos no cenário psicanalítico e marcam o encerramento de uma época e início de outra (MEZAN, 2014).

Ainda dentro do esboço cronológico de Renato Mezan (2014), atualmente existem duas vertentes psicanalíticas que se defrontam. A primeira parece estender à época das escolas como se a barra dos anos 1970 não existisse, pois nela encontramos ortodoxos de todas as matizes.

Para esta vertente, tudo se passa como se Lacan, Klein ou quem quer que seja seu líder espiritual a psicanálise tivesse atingido um cume intransponível, restando aos pósteros apenas a tarefa de manter intacta a herança que cada qual reputa verdadeira. Daí o aspecto repetitivo de suas contribuições, reduzidas no mais das vezes ao comentário e à ilustração, embora ocasionalmente brilhantes. São escritos de epígonos, um pouco à maneira que se reuniam em torno de Freud, embora sem o frescor e sem a dimensão épica daqueles primeiros heróis da psicanálise (MEZAN, 2014, p. 53).

A segunda vertente é constituída por vários autores que têm mais em comum uma postura do que uma ligação doutrinal (Mezan, 2014, p. 53). São aqueles que transitam por diferentes campos escolásticos para construir um pensamento. Como exemplo, temos o caso de André Green que trouxe a contribuição de pensar à importância do silêncio do analista no enquadre clínico e de Joyce McDougall, ao se inclinar a temas que implicavam a participação da psicanálise, como demonstrado em seus trabalhos sobre a psicossomática. Também compõem essa vertente autores que escolheram trilhar uma trajetória própria, porém pouco à margem das escolas institucionalizadas. Exemplo disso é o caso de Wilfred Bion (que já falamos), Christopher Bollas, Heinz Kohut, Sonard Stein, Piera Aulagnier. Esses trabalhos eram construídos por uma coerência própria dos autores, que não cobriam o conjunto da problemática psicanalítica escolástica do período anterior, e nem pretendiam ser o ponto de convergência de uma corrente institucionalizada, embora fossem influentes de modo difuso (MEZAN, 2014).

No Brasil, embora a psicanálise tenha aparecido ainda no penúltimo ano do século XIX, a sua institucionalização aconteceu de maneira um pouco mais tardia, porém não muito diferente dos outros países. No que diz respeito à difusão, a psicanálise deu suas caras no ano de 1899, por meio de Juliano Moreira, professor catedrático na Faculdade de Medicina de Salvador. Em conferência, Moreira foi o primeiro brasileiro a citar artigos científicos de Freud, quando a prática clínica da psicanálise ainda não havia sido estabelecida em Viena, ou seja, quando a psicanálise se encontrava no período de esplêndido isolamento de Freud (SALIM, 2010). Já o primeiro trabalho brasileiro escrito sob a inspiração da psicanálise, foi a tese de doutorado intitulada *Psicanálise – a sexualidade nas neuroses* de autoria de Genserico de Souza Pinto, um médico cearense, a qual foi defendida em 26 de dezembro de 1914, na Faculdade Nacional de Medicina (SALIM, 2010).

Em 1927, Durval Marcondes e Franco da Rocha escreveram um comunicado a Freud sobre a fundação da Sociedade Brasileira de Psicanálise – a primeira da

América Latina, que renasceu como Grupo Psicanalítico de São Paulo em junho de 1944 (SALIM, 2010). Entretanto, somente no período da “era das escolas”, em 1951, no Congresso da IPA em Amsterdã, tornou-se a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, a primeira instituição psicanalítica do país (SALIM, 2010). No Rio de Janeiro, a instituição ficou sob o domínio da Associação Internacional no ano de 1955. Já em Porto Alegre, isso somente ocorreu em 1963. Na cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, a Sociedade Brasileira de Psicanálise foi criada no ano de 1991 (novo nome da antiga Sociedade de Psicologia de Ribeirão, fundada em 1971).

Com a influência das contribuições das escolas pós-freudianas, a análise didática no Brasil ocorreu como na América do Sul em geral: com fortíssima influência dos ensinamentos kleinianos, e com o corte transferencial de Lacan e a nova forma de institucionalização sob grande influência de sua teoria (MEZAN, 2015). Hoje, no país, acontece como no resto do planeta: o enquadre clínico é visto de vários ângulos, composto pelas mais diversas formulações, aberto a outras formações profissionais (não mais restrito aos médicos e psicólogos) e atento às demandas clínicas contemporâneas.

Entretanto, por mais que, atualmente, existam inúmeras instituições psicanalíticas independentes, além das quatro Sociedades ligadas a IPA (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Ribeirão Preto), ainda paira um discurso inflexível sobre a forma de fazer análise, ou melhor, sobre como constituir o enquadre clínico psicanalítico. É muito comum ouvirmos (até mesmo de pacientes) que para fazer psicanálise é preciso comparecer pelo menos cinco dias nas sessões, cada uma delas deve durar necessariamente cinquenta minutos (nem um segundo a mais e nem a menos), e o valor do pagamento não pode ser alterado, pois tem que ser o tal valor já estabelecido pela instituição.

Como podemos perceber, nesse segundo século de existência, a disciplina fundada por Freud atravessa uma fase de contornos menos nítidos do que os que a precederam (MEZAN, 2014). Tal indefinição é um sinal de vitalidade, pois significa que a prática continua a colocar problemas para a reflexão teórico/clínica que exigem a invenção de novas ferramentas conceituais. Renato Mezan (2014) nos dá exemplos desses problemas contemporâneos: Como se dá o processo terapêutico em uma época em que cada vez é mais raro o paciente poder vir mais de uma vez por semana nas sessões? Quais são as novas patologias? A psicanálise pode

desenvolver instrumentos para lidar com a drogadição e a anorexia? Ainda existe uma fase de latência na sexualidade infantil, num período em que a experiência das crianças é influenciada de modo exacerbado pela mídia e pela publicidade?

Esses são apenas alguns exemplos de rumos que a psicanálise tem tomado no contemporâneo e que (em relação a nós, na posição de analistas) nos convidam e exigem refletir sobre seus desdobramentos.

### **3. O ENQUADRE CLÍNICO SEGUNDO ALGUNS PSICANALISTAS CONTEMPORÂNEOS**

Para melhor entendermos o que alguns psicanalistas pensam sobre o enquadre clínico e os desdobramentos na contemporaneidade, resolvemos “escutá-los”. Para isso, fizemos uma entrevista individual com três analistas que aceitaram participar do trabalho. Pensamos que, por ainda estarem trabalhando no cenário psicanalítico contemporâneo, os participantes poderiam partilhar sobre o que enxergam em relação aos desafios, problemas e limitações do enquadre clínico. Além do mais, foi dada a possibilidade de expressarem quais saídas, elaborações e reflexões tiram disso.

É importante deixar claro que, inicialmente, o objetivo dessa pesquisa era investigar, por meio de entrevistas semiestruturadas, o que alguns psicanalistas pensam sobre a condição da clínica contemporânea. Como já dissemos, optamos pela entrevista devido ao fato de se estruturar pela via da fala e escuta, pois essa se aproxima da prática psicanalítica por ser mais urgente e primária em relação às demandas da subjetividade e do inconsciente. A escolha da entrevista semiestruturada também se dá devido à aproximação da técnica de associação livre em que os entrevistados respondem a uma pergunta inicial, mas ficam livres para compor a resposta, não sendo extremamente pontuais. Outro ponto importante é que outras perguntas realizadas pelo entrevistador se evocaram a partir dos discursos dos entrevistados.

As entrevistas foram os primeiros processos a serem feitos na elaboração de todo o trabalho. Após a análise de todas elas, implicaram-se noções de embasamento e contextualização para discorrer sobre o assunto. Mais uma vez, o processo de elaboração desse trabalho se aproximou do processo clínico psicanalítico, pois após a escuta dessas manifestações discursivas, foi preciso um processo de reconstituição, embasamento, contextualização e problematização do enquadre clínico psicanalítico ao longo do tempo, até se chegar à contemporaneidade.

Os três entrevistados são brasileiros e residem na cidade de Ribeirão Preto – SP. Todos atuam no cenário psicanalítico na própria cidade de Ribeirão Preto, exceto o entrevistado 3 que, além de trabalhar nessa cidade, atende em mais duas outras cidades da região. Nesse capítulo, discorreremos sobre as reflexões e propostas



que os entrevistados fizeram sobre o enquadre clínico psicanalítico, porém, por questões éticas, omitiremos quaisquer informações que possam levar à identificação deles. Usaremos nomes fictícios, não somente para preservar a identidade, como também para evitar que os leitores estabeleçam qualquer tipo de identificação pessoal com os analistas entrevistados. Por se tratar de um trabalho de fala, o reconhecimento deve se dar exclusivamente pela fala e não pelo falante, que permanecerá misterioso.

Como dissemos, as entrevistas são semiestruturadas e foram realizadas pessoalmente e individualmente com cada um deles e todas gravadas em áudio. O período das entrevistas ocorreu de agosto a outubro de 2017 e todas elas foram realizadas no próprio consultório de cada um dos participantes. O roteiro de perguntas (Anexo I) teve a função de ser um guia para a realização da entrevista e foi estabelecido no presente formato após a primeira entrevista (Entrevistado 1). As questões contidas no roteiro foram, ou não, utilizadas de acordo com o andamento da conversa, sempre tendo em vista a temática central da pesquisa.

As perguntas iniciais eram sobre dados objetivos (nome, idade, quanto tempo de experiência clínica). Em seguida, entramos nas particularidades para escutar a visão dos entrevistados diante do enquadre clínico psicanalítico, sempre buscando as suas singularidades. As questões buscavam elaborações, no sentido investigativo, de um indício que leva à possibilidade de montagem do território, no qual o participante se subjetivou, com as relações estabelecidas por ele, um discorrimento da experiência no enquadre clínico e suas perspectivas quanto ao futuro.

Buscamos necessariamente esses três entrevistados por conhecermos seus trabalhos e sabermos que cada um deles segue uma das três vertentes da psicanálise na contemporaneidade segundo a definição de Renato Mezan (2015). Sendo assim, temos o Entrevistado 1 que segue a vertente de transitar por diferentes campos escolásticos para produção do seu pensamento; o Entrevistado 2 que segue uma vertente escolástica da “era das escolas”, que, no caso, é a lacaniana; e o Entrevistado 3 que também segue uma trajetória própria (assim como o Entrevistado 1), porém pouco à margem das escolas institucionalizadas, que, no caso, é uma afinidade e ligação com estudos bionianos.

No início de cada entrevista lia-se um termo de consentimento (Anexo II), aprovado pelo Comitê de ética da UNESP, em que o participante era avisado sobre

o conteúdo da pesquisa, do tempo de duração da entrevista, os possíveis riscos e encaminhamentos, se assim fosse a vontade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos entrevistados. O tempo das entrevistas estava previsto para duração entre uma hora a uma hora e meia, e se caso fosse necessário, marcaríamos uma segunda entrevista para terminar a discussão sobre as questões levantadas. Entretanto, isso foi necessário somente com o Entrevistado 1 que, devido aos seus horários, só poderia dar entrevistas na duração de, no máximo, cinquenta minutos (que coincidentemente ou não, é tempo tradicional da sessão psicanalítica). Sendo assim, temos o Entrevistado 2 (anexo IV) com o tempo de 1 hora 01 minuto; o Entrevistado 3 (anexo V) com 1 hora e 28 minutos; e o Entrevistado 1 (anexo III) tendo a primeira entrevista com a duração de 48 minutos e 23 segundos, e a segunda com duração de 20 minutos e 54 segundos, somando um total de 1 hora e 9 minutos.

Não assumimos uma pretensa posição de neutralidade, afinal sabemos que as perguntas, tendo uma posição de questionamento em relação aos limites e extensões do enquadre clínico, puderam ter efeitos na vida dos entrevistados, já que os três, durante e ao final da entrevista agradeceram pelo espaço, e disseram que passaram a refletir em novas formas para antigas questões, e em questões que não haviam pensado.

Entendemos que os procedimentos adotados nas entrevistas, ao mesmo tempo em que possibilitaram enxergar certas nuances, delimitaram o próprio modo de observar o objeto a ser investigado. Os procedimentos são parte da articulação de saber que se estabelecem no campo da produção de conhecimento. “Propor um procedimento é pensar em certas estratégias de pensamento baseadas em teorias, conceitos e ideias que a constituem, como os óculos que dão as dimensões do objeto visado, além de permitir determinada visão” (SANTOS, 2014, p. 74-75). O procedimento de discorrimento e análise das entrevistas que usamos é o da a psicanálise implicada (FRAYZE-PEREIRA, 2005), isso é, um modo interpretativo que não visa à confirmação da teoria, mas sim, que busca traçar novos sentidos sobre o enquadre clínico e seus desdobramentos na contemporaneidade.

Tendo em vista a nossa experiência psicanalítica, ouvimos as entrevistas e fizemos uma escuta similar à “clínica da primeira entrevista” em psicanálise, com uma ressalva principal, de que nós trouxemos a demanda, não o contrário. O trabalho psicanalítico se dá sempre por meio da queixa do sujeito, por essa razão

não são entrevistas preliminares, propriamente ditas, já que não foram realizadas sob a transferência do enquadre psicanalítico tradicional (HERRMANN, 1991). Colocamos no horizonte o método psicanalítico de associação livre durante a fala dos participantes, para que pudessem ficar à vontade e seguir os fios soltos nos seus discursos. Pensamos que assim seria possível propiciar aos entrevistados significar e ressignificar os limites diante do tema, ou seja, construir uma noção totalmente singular em relação ao seu *setting* psicanalítico.

As três entrevistas ocorreram em duas partes. A primeira parte ocorre com a primeira pergunta que foi feita a todos: “O que é o enquadre clínico psicanalítico?”. Com essa pergunta, os três participantes começaram a responder e algumas outras perguntas relacionadas a essa primeira parte foram feitas, outras vezes não houve necessidade, pois alguns foram mais profundos na resposta que outros. Entretanto, sem exceção, os entrevistados ao responderem a primeira pergunta, chegaram a um ponto importante, uma questão conflitante para o enquadre psicanalítico na contemporaneidade. Sendo assim, passamos para a segunda parte da entrevista, em que perguntamos sobre esse tema: “Como fica a questão de se fazer psicanálise via internet?”.

Portanto, discorreremos sobre o que encontramos nas entrevistas partindo dessas duas dimensões: “Montando o cenário na contemporaneidade” - que diz respeito à clínica presencial - e “Psicanálise e Internet: uma questão contemporânea” - uma clínica na dimensão virtual. No eixo das constantes, isso é, dos elementos comuns que apareceram nos entrevistados, veremos que estão presentes os temas problematizados, e alguns conceitos psicanalíticos em que se embasaram para construir seus enquadres e pensarem a questão da internet. Entretanto, a forma, a maneira, o manejo, a interpretação e a elaboração que cada um tem de seu enquadre e suas questões contemporâneas, estarão no eixo das variáveis, ou mais precisamente, das singularidades (DIONISIO, 2018).

Por fim, faremos nossas considerações finais, analisando juntamente o eixo das constantes (sincrônico, que se repete) e o das variáveis (diacrônico, singularidades) dos entrevistados, articulando com textos psicanalíticos contemporâneos que também constituem e problematizam aspectos acerca do enquadre clínico psicanalítico. Entretanto, sabemos das nossas limitações e que não conseguiremos abarcar todas as informações contidas nas entrevistas e nem nos textos.

### 3.1. Montando o cenário na contemporaneidade

Nomeamos a primeira parte das entrevistas como “Montando o cenário na contemporaneidade” devido ao procedimento que os participantes passaram. Eles ficaram livres para responder à primeira pergunta: “O que é o enquadre clínico psicanalítico?”. Dessa forma, eles explicaram sobre como montam os seus cenários clínicos na dimensão presencial e fizeram algumas associações acerca do que pensam sobre a realidade contemporânea.

Diante da interpretação que fizemos sobre cada um dos entrevistados, podemos localizar três pontos em comum que apareceram em seus discursos, sobre montar o enquadre clínico: a transferência, a situação do divã e a questão do lugar. Sendo assim, colocamos tais pontos no eixo das constantes e classificamos como: *transferência*, *divã* e *lugar*. Portanto, nessa seção narraremos suas elaborações para entendermos algumas formulações que estão no eixo das variáveis (singularidades) na composição do enquadre clínico psicanalítico de cada um.

#### 3.1.1 A transferência

Tendo a pergunta “O que é o enquadre clínico psicanalítico?” como a única em comum a todos os participantes, sem exceção, os três iniciaram suas respostas pela via da transferência. Obviamente, como psicanalistas, os entrevistados foram de encontro ao que Freud postulou e Glover confirmou: o enquadre clínico só pode ser produzido na relação transferencial, pois ela é a constituinte fundamental. Entretanto, nessa questão, é importante lembrarmos de uma antiga premissa freudiana: a diferença de tratamento entre a neurose atual e a neurose de transferência.

Segundo Radmila Zygouris (2011), “Freud distinguia a oferta de tratamento conforme se tratasse das neuroses atuais ou das neuroses de transferência, ou seja, a histeria e a neurose obsessiva” (p.8). A neurose atual é aquela que, mesmo não excluindo os conflitos inconscientes, se deve a uma dificuldade presente (ZYGOURIS, 2011). Esses casos não se relacionavam transferencialmente com o passado e a sexualidade infantil (complexo Édipo), portanto eram motivos de indicação para uma psicoterapia. Já a neurose de transferência é a que, devido à

presença do analista, revive os conflitos inconscientes e infantis que, por meio da transferência, acabam se repetindo na clínica. Freud acreditava que “pudesse haver passarelas entre as neuroses atuais e as de transferência” (ZYGOURIS, 2011, p. 9), por isso advertia aos analistas que recebessem os pacientes durante algumas semanas, antes de se decidirem pelo tratamento.

De acordo com Zygouris (2011, p. 13), às vezes é preciso anos de “preparação” para que um paciente possa usufruir de uma “análise” clássica. Tais anos de preparação são constituídos por processos complexos e silenciosos que se assemelham a uma psicoterapia. Nesse contexto, pode ser que alguns acabem fazendo uma análise secreta e discreta disfarçada de terapia, afinal “trata-se de uma análise totalmente atípica e subterrânea, na qual as expressões discursivas não figuram em primeiro plano” (ZYGOURIS, 2011, p. 13).

Podemos perceber no discurso dos entrevistados que, para identificar e diferenciar uma neurose atual de uma neurose de transferência, e, conseqüentemente fazer um trabalho de passarela entre psicoterapia e psicanálise, é preciso realizar três procedimentos. O primeiro diz respeito a acolher o paciente, levando em conta suas queixas. O segundo constitui-se numa escuta mais atenciosa para poder identificar uma demanda e implicação psíquica (neurose atual ou de transferência). E, por fim, após ter encontrado um norteamto para a demanda, é feito o contrato analítico para estabelecer um tratamento psíquico.

Por mais que esses aspectos – 1) acolhimento, 2) demanda e 3) contrato – apareçam como pontos em comum (ora de maneira direta, ora indireta) no discurso dos participantes, vamos colocá-los no eixo das variáveis (singularidades). Justificamos essa atitude devido ao fato de cada um deles ter dado mais ênfase a um procedimento em específico em relação aos outros dois. O fato de ter dado mais importância a um procedimento, diferenciou cada um deles dos outros dois e deixou a composição mais singular. Em outras palavras, o que aconteceu foi que um deles se ateve mais à questão do acolhimento, o outro deu mais importância à questão da demanda e o último, enfatizou a importância do contrato. Portanto, para melhor entendermos como se constituiu esse enquadre na transferência, e, a ênfase que cada um deu, vamos discorrer sobre alguns aspectos principais que eles mencionaram.

Começamos então pelo Entrevistado 1 que inicia sua resposta dizendo que “a palavra enquadre clínico é ampla o suficiente *pra dar muito pano pra manga*”

(ENTREVISTADO 1, 2017). Ele se questiona sobre o que estamos falando quando mencionamos o termo “enquadramento clínico”. A acepção é sobre a situação de “enquadrar” poder ser a de “restringir”. E se caso for, se pergunta o que seria a clínica do restringir? “Seria o caso de criar dispositivos onde há um enquadre clínico parametrizado por um conjunto de técnicas, métodos e etc.?” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Sendo assim, ele continua: “o enquadre clínico é onde há algo facilitador da emergência do inconsciente”. O psicanalista ainda diz que se pode dizer no plural “enquadres clínicos” pois essas variações vão depender da identificação com os autores, do conjunto técnico e da postura do analista; já que historicamente foram elencadas como atitudes interessantes do analista ter. Ele ainda argumenta que esse plural (enquadres) tem sido sempre interessante, pois é dependente de visões e conduções dentro da psicanálise (escolas, analistas, elaborações, etc) ao longo do tempo.

Porém, no discurso seguinte diz que o enquadre de uma forma geral e que não varia de escola para escola e de autor para autor, “é algo que diz respeito a um acolhimento, a uma escuta, uma relação, onde há a situação da facilitação da emergência de um inconsciente” (ENTREVISTADO 1, 2017). Ele ainda se questiona que se caso existir, em psicanálise, um enquadre clínico que, em última instância, não vise à emergência do inconsciente, não sabe o que significa. Se isso acontece, ele afirma: “Então não sei o que estamos fazendo”.

Terminado essa sentença, o entrevistado menciona a forma de promover ou proporcionar essa emergência do inconsciente por meio de um conjunto técnico, que visa a otimizar o método. Ele conclui que, por conta de o método da psicanálise ser interpretativo, determina-se essa forma por meio de certos postulados teóricos que existem no campo psicanalítico.

Em sua perspectiva sobre a abordagem kleiniana, afirma existir todo um conjunto da situação clínica em que o que predomina são mecanismos esquizoparanoides. Porém, diz que essa conjuntura não existe ou não é predominante em outras clínicas psicanalíticas, afinal nelas existem outras coisas. No exemplo da clínica lacaniana, ele afirma que, para que esse conjunto de técnicas busque otimizar o método, o enquadre é constituído por uma outra conjuntura que envolve, por exemplo a questão do tempo, “mais necessariamente, o tempo lógico.

O que diz respeito a pontos de cortes que visam elementos ligados a angústia” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Em suas palavras, o enquadre clínico visa a privilegiar certa escuta, que tem a ver com a forma que se conceitualiza o inconsciente. Entretanto, reconhece que o inconsciente não tem uma forma fixa em psicanálise, há variações na sua conceituação. “As escolas têm imagens desse inconsciente” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Em psicanálise você tem cláusulas pétreas. Eu nunca vi nenhum analista que nega o complexo de Édipo. Eu nunca vi nenhum analista que nega a existência do campo de fantasias. Eu não conheço nenhum analista que nega o papel psíquico do desejo. Eu nunca vi nenhum analista <sup>que</sup> nega a existência do inconsciente. Todos concordam, mas a concordância começa a terminar por aí. Porque se você perguntar para um analista: como se constitui o inconsciente? O que é ele? O que se operacionaliza em relação as outras instâncias da mente? Como ele se põe na própria relação clínica? Aí os analistas começam a discordar. O que é uma fantasia? O que há numa fantasia? Como o conceito de fantasia se relaciona com o desejo ou com outros conceitos? Os analistas também discordam. A psicanálise não é o campo do consenso. Já sabemos disso, mas nem por isso o campo é fraco. (ENTREVISTADO 1, 2017).

É devido ao fato de a psicanálise “não é ser o campo do consenso”, que o entrevistado acredita que essa é a riqueza do saber. “Até porque a natureza do nosso campo de trabalho é algo bastante controverso. Estamos falando de algo bastante etéreo: o inconsciente!” (ENTREVISTADO, 2017). Portanto, para ele, é dentro dessa ideia do inconsciente que o analista organiza e instrui certas formas de leituras. Essas vão ser determinantes na constituição do seu enquadre clínico psicanalítico. Ainda acredita que “todo analista, em sua formação, introjeta conceitos que ficam lá, de acordo com Freud, no seu Pré-Consciente para uso *pret a porter* (pronto para vestir)” (ENTREVISTADO 1, 2017) .

As possibilidades de enquadre, para o entrevistado, se dão de forma semelhante com a ideia de Kupperman e Renato Mezan, ou seja, da forma que foi a relação transferencial do analista com a obra e com a prática clínica. “É o que vai contribuir para que isso lhe dê uma condição mais ou menos criativa” (ENTREVISTADO, 2017). Ele diz que só dá para ver algo do sujeito mesmo na relação transferencial com esses elementos. Além do mais, fala sobre Jurandir Freire Costa, um autor brasileiro que acredita ser diferenciado dos outros, não

somente por ter escrito questões teórico-clínicas por meio de sua práxis e da leitura de Freud, Winnicott e Klein, mas também problematizar questões macrosociais pensando por meio da psicanálise.

Falando em enquadre clínico, acho interessante a ideia da clínica ser uma espécie de um brincar. Que é uma ideia winnicottiana. Pra mim, isso se tornou uma ideia interessante na clínica, mas para outros analistas pode não ter se tornado. Pode ser que nem estudaram Winnicott. Ou podem ter estudado Winnicott e deixado de lado. E a ideia do brincar, da arena do brincar na clínica é de menos importância para eles. Trabalham a clínica de outra forma. (ENTREVISTADO 1, 2017)

Para ele, o cenário clínico se forma por meio do conjunto da leitura das obras, juntamente com o olhar da supervisão, com a prática clínica e, tudo isso, “turbinado” pela análise pessoal. “Isso ajuda a entender por qual caminho você foi buscando certas respostas a certas questões” (ENTREVISTADO 1, 2017). Trata isso como mutável, assim como a relação da identificação com os autores: “até certo tempo de sua vida clínica, você vai de encontro com certos autores, depois de certo momento pode deixar esses de lado por se identificar mais por outros autores, mas esse de lado nunca faz ir embora” (ENTREVISTADO 1, 2017). Diz gostar de autores como Freud, Balint, Winnicott e Lacan, mas se um dia deixar de estudá-los para estudar outros, não significa que eles vão embora de seu pensamento, até porque se diz “encharcado deles”.

Nesse momento então pergunto: “Supondo a existência de um inconsciente, seria impossível largá-los, não?” Eis então que responde:

Exatamente! Aquilo está na gente, aquilo nos atravessa não somente por uma experiência de estudo, mas necessariamente por uma experiência transferencial e afetiva. Em última instância, a grande maioria de nós, analistas contemporâneos, não conhecemos os grandes autores. Acho que o que morreu num tempo mais próximo foi Lacan. Lacan morreu em 1981, Bion em 1979, Winnicott em 1971, Freud em 1939, Melanie Klein em 1960, quer dizer, gente que morreu há 40, 50 anos atrás e não conhecemos, o que confirma cada vez mais que a relação que temos não são com essas pessoas, e sim com suas obras. E a psicanálise é uma disciplina do divã, é uma disciplina de filiação. Nós temos filiação com nossos analistas, nossos supervisores, nossos autores. Todo analista, mesmo que não queira, dialoga com Freud. Olha os analistas pós-Freud! Todos eles, passando por maior ou menor grau, citando explicitamente ou não, dialogam com a obra do fundador da psicanálise que foi o único que não foi castrado! Todos os outros foram castrados enquanto “filhos”. (ENTREVISTADO 1, 2017)

Na sequência de seu argumento, afirma que pensar sobre o inconsciente não tem só um sentido clínico, mas um sentido “sobre”, apoiado nele, e é nesse



momento que a filiação aparece. “Você pensa apoiado na sua condição do inconsciente e não só como objeto de estudo. Teu objeto de estudo é o que te dá condição de pensar sobre ele” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Nesse momento ele faz uma analogia de que estabelecer um enquadre visando a intervir por meio dos aspectos do inconsciente é algo que “deu muito pano *pra* manga” e não somente para a psicanálise, mas também como foi para muitos poetas, filósofos e artistas. A própria definição de Lacan sobre o inconsciente estruturado como uma linguagem, como efeito de linguagem, para o entrevistado é uma ideia muito rica. Ele complementa: “Quer coisa mais etérea que isso? É uma coisa de um nível de abstração muito elevado!” (ENTREVISTADO 1, 2017).

“Em psicanálise, ninguém tem o inconsciente como “autoevidente”, que todos partilhem”. Devido ao inconsciente não ser algo visível, ou algo que possa se dizer que é nosso, ele continua: “Falamos do inconsciente como falta, mais ou menos como algo que nos escapa! Então, não é algo que se tem definições últimas”.

Eu tenho a ideia do inconsciente como um processo psíquico que une representações, ou objetos psíquicos de maneira absolutamente imprevisível à consciência. Acho importante essa ideia de processo imprevisível à consciência porque efeitos ele produz. E gosto de pensar o que são esses efeitos que se produzem aí (ENTREVISTADO 1, 2017).

Logo após, ele resolve falar sobre a ideia do enquadre clínico do analista com ele mesmo:

No sentido de, eu, no enquadre clínico da minha formação, o que é que fui me tornando? Naturalmente nós temos referências de grandes autores. Referências, com *fl* O problema que eu acho, é que os analistas têm uma tendência a uma postura quase que religiosa em relação a alguns autores ao fazer referências com *v*, reverências! Com isso perdemos muito, porque esses autores são interessantes na medida em que podemos questioná-los, fazendo nos trabalhar. (...) Os analistas estão questionando esses grandes autores o tempo todo, porque as obra deles dão respostas interessantes, mas não totais. Interessantes para se pensar o psíquico. O problema é que, diferente de outras teorias, parece que se espera que a psicanálise dê respostas totais, respostas últimas. Respostas últimas de como age o inconsciente? Como assim? (...) Como e de que forma certas questões teóricas psicanalíticas vão aparecer na clínica, é algo imprevisível. A clínica não faz isso, perto dos movimentos sutis e específicos daquela relação. É por isso que é estar o analista ali e não um robô. É alguém que tem um inconsciente também. Só que acho que às vezes acaba sendo esquecido, porque algumas pessoas têm essa busca fetichista do poder fálico da teoria, para dar conta de todas as especificidades da clínica. E lembrando de uma pessoa que tenho bastante admiração e contribuiu muito na minha formação enquanto analista, inclusive que deu sua última palestra pública aqui no instituto em Ribeirão Preto, o Fabio Hermann. Ele dizia que teorias psicanalíticas que se prezem entram em crise na clínica. Me parece bem

verdadeiro! Se a tua teoria não entra em crise na clínica, talvez psicanalítica ela não seja (ENTREVISTADO 1, 2017).

Percebemos então que, em sua maneira de construir o cenário clínico, o Entrevistado 1 deu mais ênfase à questão do acolhimento do que aos outros dois procedimentos. É possível notar que ele leva em consideração esse tempo de “preparação” para o paciente usufruir de uma análise (essa abertura da passarela entre psicoterapia e psicanálise), quando o diz que o enquadre clínico é “algo que diz respeito a um acolhimento, a uma escuta, uma relação onde há a situação da facilitação da emergência de um inconsciente” e, quando encara a clínica como um “brincar winnicottiano”, juntamente com todas as perspectivas psicanalíticas e não psicanalíticas das quais se identifica e também questiona.

Vamos agora para o discurso do Entrevistado 2. O participante inicia sua resposta assim:

Eu acho que o enquadre clínico hoje da psicanálise vai por aquele caminho de você questionar, mas não colocar isso como algo que vai ser a solução. Vai funcionar a partir do saber do outro, com que ele faça alguma coisa com o saber dele, para que procure uma resposta dentro dele. Então, questionar por si só, ou dividir o sujeito, como falamos em psicanálise lacaniana, é o começo, mas não é o todo, vamos dizer assim (ENTREVISTADO 2, 2017).

Ele continua dizendo que esse questionar é uma espécie de “frustrar”, “dividir” o sujeito e isso é o que encara como clínica em psicanálise. Conclui falando que o enquadre clínico na psicanálise lacaniana contemporânea é uma “experiência de vida”, a experiência de dividir o sujeito do inconsciente, mas não no sentido de questioná-lo somente para angustiá-lo. Ele acredita que essa divisão tem que ir pelo caminho do gozo na contemporaneidade e não mais por aqueles métodos de frustração de como era na época de Freud.

Nessa perspectiva, o caminho é de “barrar o gozo do sujeito. De apontá-lo a seu próprio gozo” (ENTREVISTADO 2, 2017). Salienta que temos que construir em enquadre além do método percorrido na época de Freud, quando a questão era a culpa implicada no mecanismo de recalçamento. “Aquilo que era recalçado o sujeito sentia culpa e tinha que trabalhar. Já hoje, o problema da clínica contemporânea é conseguir lidar com o gozar pouco. A pessoa vem para a análise com essa questão” (ENTREVISTADO 2, 2017). O fato de as pessoas quererem gozar muito, tudo na ordem do dia, numa satisfação imediata, é o que o entrevistado encara como fenômeno que aparecem na nossa sociedade, logo, na clínica atualmente.

O psicanalista comentou ter visto em pesquisas atuais que a quantidade de pessoas que buscam e seguem uma religião está 60% maior. Argumenta que os problemas sociais não podem ser tratados e resolvidos da mesma forma que a religião, pois essa última visa ao objetivo de “esconder o gozo”, “esconder o sujeito”, trancá-lo, não deixar que ele traga suas questões para fora. “Fica velado, como era a arte antigamente. A arte antigamente mostrava o belo como forma de velar tudo o que é feio. Mas, para o bom espectador, mesmo na arte bela tinha algo de horror ali pintado, escondido” (ENTREVISTADO 2, 2017).

Ele faz a relação de que a religião e a autoajuda estão inseridas em todo um sistema que vai pelo caminho de velar as coisas (tal como nos limites da hipnose e da catarse), enquanto a psicanálise vai no caminho contrário disso tudo, assim como a arte contemporânea.

A arte contemporânea tenta te chocar de alguma forma. Não vai por esse caminho do belo. Ela traz alguma coisa que te choca, que te chama atenção, que te balança ali. Acho que o caminho, ou a função da psicanálise na contemporaneidade é essa: a de te tirar dessa situação para que apareça o sujeito do inconsciente e não fique aparecendo somente sintomas. Para que apareça um sujeito do inconsciente com suas questões, com suas angústias (ENTREVISTADO 2, 2017).

Por conta desse “gozar pouco”, a questão do corpo também aparece, diz ele. “Por conta desse gozar pouco, se marca muito no corpo hoje. Toda essa angústia, esse gozo e esse corpo é o caminho que a psicanálise contemporânea deve ir para ser possível analisar, e não somente ficar no recalque” (ENTREVISTADO 2, 2017). Continua dizendo que se há um enquadre clínico hoje, diz respeito a esse do gozar pouco vinculado ao corpo, essa “expressão corporal” presente “nas tatuagens” e em “outras inscrições no corpo”.

Entretanto, seu raciocínio dizendo que “essa coisa de enquadre clínico”, para ele ainda é “algo muito misterioso”. Ele comenta que vê essa função terapêutica da psicanálise de olhar para o modo de expressão da sociedade de hoje (o gozo), mas acredita que a maneira de sofrer, o sofrimento humano é sempre o mesmo. As questões humanas são sempre as mesmas.

Passam-se as épocas, passam-se as sociedades, seja na época de Freud, seja na nossa época, o sofrer humano é sempre o mesmo. Então, o que esse enquadre clínico poderia ser neste sentido? *Pra mim, é uma mistério!* Eu acho que temos pontos específicos para caminhar, vamos dizer assim, nortes para seguir. O norte pra seguir seria esse olhar para o gozar pouco. Olhar como aparece a questão no corpo do sujeito hoje. Mas, o risco é você criar justamente uma maneira de olhar que vai fugir da ética da psicanálise.

Ou seja, criar uma maneira de olhar para afirmar “é assim que se trata” ou “é assim que se faz”. Então para mim fica muito difícil responder o que é o enquadre, porque na minha impressão seria isso: “enquadrar”. O próprio termo já traz problemas *pra* mim (ENTREVISTADO 2, 2017).

Em relação ao entrevistado 2, podemos enxergar uma postura que já varia um pouco mais. Esse parece fazer como alguns analistas da época de Freud que, após o período de experiência (entrevistas preliminares), chegavam a até mesmo não aceitar em análise as neuroses atuais porque achavam indispensável o método psicanalítico para tais casos (ZYGOURIUS, 2011). Quando menciona sobre o enquadre clínico ir no caminho de questionar o sujeito, mas não colocar isso como uma solução, o entrevistado mostra a maneira de acolhimento, porém parece usar isso para se inclinar ao que deu mais ênfase: a demanda psíquica dos casos. Ele não abarca o tema de uma escuta das queixas da neurose atual, e diz que não anda mais no caminho do recalçamento (o que ainda é típico de algumas psicoterapias), mas sim no rumo de onde a psicanálise vai hoje, do gozo. Na relação transferencial, ele parece se preocupar mais em escutar a demanda para saber se pode realizar um trabalho psicanalítico, ou se é demanda de outro tipo de trabalho (como o psicoterápico) que possa indicar a outro profissional.

Na sequência, temos o entrevistado 3 respondendo: “Vamos iniciar com algo que vem antes do que eu penso, vamos pegar o que Freud pensava” (ENTREVISTADO 3, 2017). Diz que, para Freud, o enquadre clínico no início tinha muito a ver com a relação analista e analisando. Mas ao passar do tempo, à medida que Freud trabalha, verifica os fenômenos da clínica e a pertinência de manter-se trabalhando em certos campos para que a terapia possa fluir de alguma maneira. Dessa forma, “fatalmente surge a ideia de como se dá essa relação de maneira prática” (ENTREVISTADO 3, 2017).

“Se a gente pudesse traduzir num termo mais contemporâneo, ou num termo mais pós-freudiano, talvez a gente possa falar da ideia de contrato” (ENTREVISTADO 3, 2017). Prossegue dizendo que o enquadre clínico em seu entendimento tem muito a ver com a relação analista/analisando na ótica de o que os dois estabelecem como possibilidade de trabalho. “Parte do contrato, mas não morre no contrato. Inclusive consta com possibilidades de flexibilizações disso”. Então conclui que não dá para pensar num contrato, um enquadre estático e fechado, pois própria vida e suas as dinâmicas são abertas e não estáticas e fechadas.

No meu entendimento, enquadre clínico tem a ver com essa relação dialética que existe entre analista e analisando, e que passa por um conjunto de coisas que operam na clínica. Desde os fenômenos propriamente clínicos, como coisas mais burocráticas: horários, formas de pagamento, dinâmicas de como se dá as faltas do analisando, as faltas do analista, férias do analisando. Essas coisas precisam ficar claras dentro da relação, para que o processo possa acontecer. Caso você lance mão dessas coisas, pode criar um trilho que naturalmente apara além do imprevisível que já é da análise, ele caminha. O enquadre é importante, mas eu vejo o enquadre como importante à medida que ele também não fecha um caminho. Ele precisa abrir um campo de possibilidades, mas não para a as pessoas envolvidas ali, mas sim para o andamento da análise (ENTREVISTADO 3, 2017).

O entrevistado diz que não dá para afirmar “esse é meu enquadre e é assim que eu trabalho”, afinal a relação com um paciente diz respeito somente ao modo com que se trabalha com aquele paciente. Com outro analisando será outro enquadre que se abrirá para outros aspectos. “Isso pode ser alterado para que o processo possa acontecer de outra maneira à medida que coisas avançam e vão se transformando”. Ele diz que talvez outros analistas estejam mais preocupados com o enquadre em relação ao *setting* e outras coisas também pertinentes, mas fundamentalmente, em sua visão, “o enquadre tem a ver com a relação vincular”. Para ele, o “*setting*” diz respeito a alguns aspectos que outros analistas dão mais prioridade, ou então, certas condições que eles deem mais enfoque, tendo a ver com alguma proposta metodológica.

Por exemplo, num contrato quase que estabelecido, eu só atendo se meu analisando vier tantas vezes por semana. Só atendo se ele estiver deitado num divã e não na poltrona. Só atendo se for dentro do meu setting, e vejo esse setting como o único lugar possível para a análise. Se acontece uma situação esporádica: o seu consultório pegou fogo. Você deixa de fazer análise com seu analisando porque não estão dentro desse ambiente que você, supostamente julga ser o ambiente absolutamente seguro para a análise? Acho que aí tem alguns complicadores! Quero dizer, se você fica fixado em certas ideias, você fecha um campo de possibilidades (ENTREVISTADO 3, 2017).

O participante também nos conta uma situação bem interessante pela qual passou. Certo dia de trabalho, seu consultório estava trancado e ele não conseguia abrir, parecia que tinha emperrado a porta. O paciente que iria atender logo mais era alguém com uma demanda de análise ligada à ideia de abandono, porém a possibilidade de entrar no consultório era impossível no momento. Sendo assim, ele nos diz: “me certifiquei que nos arredores da clínica estava seguro, peguei duas

cadeiras e fiz o atendimento na beira na piscina. E foi uma sessão maravilhosa”. Sequencialmente, conclui: “tem coisas que podemos prescindir em casos específicos. Eu acho que isso torna o processo da análise dinâmico e arrojado”. Enfim, ele finaliza dizendo que mesmo que precisemos de elementos que não podemos abrir mão, há de se ter uma elasticidade. “Não consigo pensar num enquadre que não trabalhe com elasticidade ou plasticidade. Porque senão você fecha um campo de possibilidades de significações”. (ENTREVISTADO 3, 2017).

Enfim, podemos concluir que o pensamento do Entrevistado 3 parece estar mais próximo do pensamento do Entrevistado 1 por possibilitar a situação do “espaço entre psicoterapia e psicanálise”. Podemos localizar isso em sua fala quando argumenta sobre o dever de verificar os fenômenos da clínica e a pertinência de manter-se trabalhando em certos campos, para que a terapia possa fluir. Ele afirma que seria impossível a existência de um enquadre clínico que não trabalha com a elasticidade e plasticidade, para não fechar um campo de possibilidades de significações. Dessa forma, ele enfatiza que além do acolhimento e escuta da demanda, é preciso estabelecer um contrato, mas um contrato flexível, que não fecha a hipótese da demanda e que também não fique *ad infinitum* em um acolhimento. Foi o único a dizer do contrato como fundamental na possibilidade de trabalho psíquico independentemente de se tratar de um caso de psicoterapia, de psicanálise ou de uma psicoterapia, a princípio, até a construção de uma passarela para uma psicanálise propriamente dita.

### 3.1.2 O divã

A problemática em torno do divã se dá, até hoje, de acordo como nos diz José Bleger (2003): o enquadramento que se mantém e tende a ser mantido como invariável, enquanto existe como tal, fica como que inexistente, ou pior, pode não ser levado em conta; do mesmo modo que as instituições ou relações que só se dão a perceber quando se obstruem, falham ou deixam de existir. “Não me lembro quem disse, sobre o amor e a criança, que só se sabe que existem quando choram” (BLEGER, 2003, p.48). O que organiza o ego não são apenas as relações estáveis com os objetos e instituições, mas as frustrações e gratificações ulteriores com eles. Não há percepção do que sempre está. A percepção do objeto que falta e do que gratifica é posterior (BLEGER, 2003, p. 48). Em outras palavras, podemos dizer que

o problema é que o divã, como parte do enquadre clínico, pode ficar mantido como invariável. Logo, o que teremos em consequência disso, é a questão de os limites e problemas terapêuticos relacionados a ele serem encarados como inexistentes.

“Sei que muitos analistas trabalham de modo diferente, mas não sei se esta variação se deve mais a um anseio de agir diferentemente ou a alguma vantagem que pensem obter dela” (FREUD, 1913/1996, p. 149). Apesar de antigo, esse questionamento feito por Freud sobre a variação (uso e/ou não uso) do divã, é algo ainda muito contemporâneo e infelizmente ignorado por muitos analistas. Porém, para o bem de nossa análise, os 3 entrevistados não compartilharam dessa ideia. Mesmo que, em muitas falas populares, as questões sobre o divã sejam algo silencioso no enquadre, os participantes andaram na contramão, pois eles problematizaram e refletiram sobre o seu uso nas sessões.

Dentre as três constantes que encontramos sobre o cenário clínico contemporâneo, o divã foi o único ponto que apareceu na fala de todos os entrevistados sem que antes houvesse uma pergunta sobre. Porém, como cada entrevista foi singular, apenas perguntamos mais sobre o divã para o entrevistado 3, após citá-lo. O entrevistado 1 apenas fez uma passagem e o entrevistado 2 discorreu um pouco mais sua opinião em torno do tema.

A grande constante que encontramos sobre o divã no discurso dos entrevistados foi a de que ele não é fundamental e nem necessário para que aconteça a análise. Já as variáveis foram: 1) a de que ele é um facilitador, porém pode não servir nem para ajudar e nem atrapalhar; 2) a de que não é recomendado nos casos de psicose e nos casos de neurose, quando utilizado, é necessariamente um ganho terapêutico; e 3) a de que pode não servir para nada, pode ser um facilitador, mas também pode ser um dificultador.

O participante 1 menciona o divã quando está comentando sobre o fato da psicanálise ter nascido de uma experiência de consultório: “O divã, por exemplo, nasce de uma certa dica de uma paciente de Freud. O divã era interessante para ela. Quem falava do divã era ela! O que é um resíduo da época da hipnose” (ENTREVISTADO 1, 2017). Especificamente, chama o divã de um facilitador, mas não necessariamente opera com todos, pois há analisandos que não querem o divã e estão em análise no frente a frente da poltrona sem nenhum problema. Ainda mostra sua indignação com o lugar fálico que muitas vezes é colocado o divã: “Se

pensarmos que o enquadre clínico depende de um móvel, então estamos muito mal! Se não há divã, tudo vai por água abaixo?”.

Sendo assim, podemos perceber que o Entrevistado é o autor da variável 1. Em seu breve comentário, o divã aparece como um resíduo do método hipnótico, mas como enfatizado, ele teve extrema importância para uma paciente de Freud em questão. Isso nos faz pensar que talvez não tivesse a mesma importância (ou importância alguma) para outro analisando, já que segundo ele, pacientes entram em análise no cara a cara da poltrona mesmo. Embora não tenha sido dito e nem questionado mais nada, podemos pensar que, para o participante, quando o divã não for interessante para uma análise, ele pode se tratar simplesmente de um móvel que não ajuda e nem atrapalha.

O entrevistado 2 afirma que acha o divã bem interessante, porém não o considera como um método ou algo importante ao ponto que não possa ser eliminado. Defende a ideia de que é apenas uma ferramenta, mas que não deixa de ter grande um ganho na análise, afinal segundo ele: “A pessoa que está no divã, está de costas para você, imaginando o que você está pensando sobre o que ela falou”. Complementa dizendo que quando o analisando está na frente do analista, ainda mais quando se trata de uma neurose, ele fica olhando e imaginando o que esse está pensando, ou seja, “tentando ler” o analista. “Uma forma de poupar o analista, é colocar o analisando de costas para criar essa coisa do enigma, que é fundamental em psicanálise”. Dessa forma, amarra alguns pontos dizendo que “uma das coisas que faz o enigma é o questionamento, e não dar a palavra de bandeja, pois não se trata de autoajuda”. Para ele, questionar em psicanálise é fazer um breve comentário que não significa que o analista está concordando ou discordando, emitindo juízo ou falando o que está certo e errado, mas sim, deixar uma dúvida no ar, um enigma. Logo, ficar no divã de costas para o analista, faz parte desse enigma. Portanto, conclui dizendo que quando é possível que o analisando utilize o divã (pois menciona que quando se trata das psicoses, não é recomendável), é possível se produzir “mais um ar desse enigma, mais análise. O divã ajuda a fugir dessa ideia do enquadrar demais e limitar”.

Tendo em vista esse fragmento, concluímos que participante anda no mesmo segmento de não considerar o divã como fundamental, mas sim como apenas uma ferramenta. Porém, sua fala vai levemente além da do entrevistado 1, pois, com exceção dos casos de psicose, ele acredita que quando é possível que o paciente



use o divã, trata-se necessariamente de um grande ganho para a análise. Portanto, verificamos que variável 2, foi dita por ele.

O Entrevistado 3, por sua vez, pensa no divã como um facilitador da psicanálise na linha de como pensa André Green (embora seja uma ideia postulada desde Freud), a de ser um facilitador por colocar o paciente próximo à cena onírica e também até por uma questão física de relaxamento que as resistências dele tendem a diminuir. Porém, o analista ainda questiona essa técnica do divã. Ele afirma que o fato de convidarmos os pacientes para se deitar no divã e observarmos a aceitação dele ou não é algo importante para a análise. Entretanto, afirma que se o analisando acabar ficando na recusa, ele pode gerar meios de análise para falar o que está em jogo nessa recusa. “Por outro lado, eu faço papel de advogado do diabo também. Por que enquanto analista eu preciso de um facilitador? Por que o analista não tem uma poltrona no consultório dele e sim só um divã?” (ENTREVISTADO 3, 2017).

“Aí é uma problemática em torno do divã, mas acho que também é uma questão do analista. Ou seja, eu não quero ter o trabalho de ter que atender alguém que me olha nos olhos? Questões minhas são colocadas ali.” (ENTREVISTADO 3, 2017). Dessa forma ele fala que às vezes a gente acaba só olhando questões do analisando e caímos no erro de esquecer que também estamos na cena. “Talvez em psicanálise o complicador seja mais interessante”. Mas isso não significa que ele dispensa ou ignora divã. “Agora, eu não posso fazer dele uma ferramenta que me facilite o acesso ao meu analisando”. Continua: “Ele pode ser uma via, mas não pode ser a única, porque se ele é a única, então tem algo de errado comigo. Talvez eu precise que um dificultador aconteça para que as coisas possam operar”.

Sobre o divã ser um facilitador ou um dificultador, o entrevistado diz que só dá para se saber se olharmos pela perspectiva da experiência do par analítico que está em jogo. Entretanto, o que ele problematiza é uma ideia intrínseca, um discurso enraizado em muitos analistas, de que o divã é “o” facilitador da análise e não a possibilidade de ser apenas “um” deles. “É ingênuo achar que se o sujeito vai para o divã, ele vai falar tudo ou que a análise vai fluir se ele se deitar lá” (ENTREVISTADO 3, 2017). Assim prossegue: “O discurso do divã na psicanálise sempre foi o discurso do facilitador, mesmo que, na clínica, o analista prove o contrário. (...) Não é porque o analisando vai para o divã que a análise opera! Às vezes ela emperra”.

Tendo em vista que posso olhar quando o sujeito faz a passagem, ou melhor, ingressa no divã e algo do movimento da análise dele se movimenta, eu não posso abrir mão do divã. Independente de ser um

facilitador ou dificultador para aquele analisando. O divã cria uma possibilidade, dentro do meu enquadre, de perceber um campo de mudança. Por isso ele também é importante! Agora se ele vai estar na poltrona ou no divã e que coisas vão aparecer a partir daí, é só o processo que vai dizer. Então por que eu não deixo e ter o divã no meu consultório se estou problematizando ele ser um dificultador? Justamente por isso! Porque ele também pode ser um dificultador! E por isso não dá *pra* abrir mão nesse aspecto! Porque você vê um movimento (ENTREVISTADO 3, 2017).

Indo de encontro com os discursos dos entrevistados 1 e 2 sobre o divã ser, às vezes, um facilitador e, outras vezes, não necessário; o entrevistado 3 vai ainda mais além ao afirmar que, em alguns casos, ele pode ser um dificultador que também pode vir a prejudicar, interromper e, até mesmo, emperrar uma análise. Nessa perspectiva da variável 3, a reflexão do entrevistado faz um furo aos discursos, acerca do divã, que o colocam em um lugar fálico e/ou de neutralidade.

### 3.1.3 O lugar

Em suma, quando se trata de enquadre psicanalítico como um lugar, parece haver convergência entre todos os entrevistados. Todos eles afirmaram que o lugar para ocorrer a análise não precisa ser necessariamente no consultório, afinal existem outras possibilidades. O que garante a terapia psicanalítica é o vínculo transferencial, porém não é possível ocorrer essa relação em todos os lugares e de qualquer forma. As variáveis que encontramos, na verdade, dizem mais respeito à forma de enxergar o lugar do que singularidades de construção dele. São elas: 1) o lugar como uma certa propriedade do psicanalista onde os envolvidos não estejam distraídos com outras coisas; 2) um lugar onde haja necessariamente a presença física do analista; e por fim, 3) um lugar que também possa ser afetado por alguns barulhos vindo de fora.

Em tempos diferentes e de maneiras diferentes, foi feita a pergunta para cada um deles sobre o que pensam do enquadre clínico como um lugar. Dessa forma, começamos com o Entrevistado 1 quando perguntamos sobre como ele enxerga os limites do enquadre clínico, desde o espaço físico até outros fatores relacionados ao lugar.

Ele responde: “O enquadre clínico, em última instância diz respeito a uma certa propriedade do analista. Quem opera na clínica não é a psicanálise, quem opera na clínica é o psicanalista” (ENTREVISTADO 1, 2017). Ele explica que isso se

dá no sentido forte palavra, pois diz que quem opera necessariamente na clínica é “o sujeito do inconsciente do analista”. Defende a ideia de que a análise que promove a outros, diz respeito à análise dele também. “O enquadre clínico é operacionalizado pela condição psíquica do analista” (ENTREVISTADO 1, 2017).

A condição do analisando tal, com aquele analista, formou uma boa dupla, compôs um enquadre em que se criou algo interessante, tendo durado mais ou menos tempo. Não é porque você fez análise dez anos que a sua análise foi melhor. Tem gente que esquenta divã faz dez anos e nem por isso a análise anda melhor que outras de menor tempo (ENTREVISTADO 1, 2017).

Eis então que perguntamos a ele: “Você falou da dupla, mas isso também serve para uma terapia em grupo”? O que logo responde: “Penso que sim!”. Em seguida ele passa a responder sobre a situação do espaço físico do enquadre psicanalítico.

Agora, com relação à situação física propriamente dito, não saberia lhe dizer muito bem sobre isso. Eu acho que em termos de situação física você precisa ter algum lugar onde as pessoas não estão distraídas com outras coisas. Grosso modo falando, você não vai fazer um grupo terapêutico dentro de uma piscina! A não ser que, no que você busca com grupo, a água de ficar nadando entre. Mas no geral, você precisa de alguma paz, algum campo de coisas onde não tenha buzina, onde não tenha uma série de coisas que as pessoas fiquem atordoadas com isso. Agora, você tem grupos terapêuticos que vão para o meio do mato porque acham isso interessante, mas que faz parte do conjunto da coisa. Mas por exemplo, fica difícil você fazer análise no meio da rua! É preciso um silêncio de certas coisas para que outras possam aparecer. Por isso essa coisa do consultório dar certo, pois lá as coisas não podem ser interrompidas, é um lugar quieto para favorecer uma certa introspecção. Você não iria, por exemplo, num analista em que o rádio está ligado. Você não está ouvindo música! Em questão de espaço físico é esse que exige um certo silêncio para outras coisas poderem aparecer (ENTREVISTADO 1, 2017).

Ele diz que o estilo clássico do analista de consultório, com terno, gravata borboleta, e tudo mais, é uma cartografia que hoje em dia já mudou. “Analistas hoje usam calça jeans, usam tênis, trabalham em instituições. Trabalham em hospitais, trabalham instituições asilares...”. Em seguida dá o exemplo de um novo enquadre clínico que está sendo trabalhado no Sedes Sapientiae: a clínica do testemunho, com pessoas que passaram pela experiência opressora durante a ditadura militar brasileira. Também comenta sobre a experiência de trabalhar com grupos, como fez Jurandir Freire Costa no Rio de Janeiro. “Você vê a aplicação da psicanálise em outros contextos, que nem de longe estava previsto por Freud” (ENTREVISTADO 1, 2017). Vendo que a terapêutica psicanalítica pode ir mais além do que já foi e ser

trabalhada em novos enquadres, ele conclui: “Não sou um missionário da psicanálise. *Pra* mim ela foi o maior dispositivo psíquico criado pelo homem, para pensar em intervir no psiquismo do homem”.

“Gente muito brilhante se apropriou da psicanálise, tendo se torando analista ou não. Ou de pensar a cultura com ela, como os movimentos artísticos, movimento surrealista e a filosofia que não subestimaram o impacto da psicanálise na cultura” (ENTREVISTADO 1, 2017). Ele menciona que a riqueza da psicanálise vem do fato de que ela intriga até hoje. “Dizem que ela está morta, mas todo mundo quer dançar com o cadáver. Dizem que ela está morta, mas você vê milhares de eventos por aí envolvendo psicanálise: cinema e psicanálise, teatro e psicanálise, neurociência e psicanálise...” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Sendo assim, verificamos que a primeira variável que citamos – o lugar como certa propriedade do psicanalista onde as pessoas não estão distraídas com outras coisas – é a argumentação do entrevistado 1, pois ele explica que o lugar de atendimento precisa de certa paz, um certo silêncio das coisas para que aspectos psíquicos aconteçam. Mas também não exclui o fato de que, desde que tenha fundamento psicanalítico para uma intervenção diferente, o lugar pode se configurar de outra forma.

Como vimos, o entrevistado 3 havia contado a situação que passou de ter atendido em outro lugar e também tocado no assunto da elasticidade e plasticidade. Sendo assim, perguntamos a ele: Por mais que já tenha falado um pouco sobre, o que você pensa do enquadre clínico quanto ao espaço físico?

Ele começou sua resposta dizendo que o espaço físico é importante para assegurar coisas, mas não pode ser algo limitado. “Não pode se prestar a encerrar o processo”. Devido a isso, perguntamos: por isso então ele não pode ser qualquer lugar?

“Sim, concordo, também não pode ser qualquer lugar”, ele responde. Continua explanando ao falar que precisa ser num ambiente seguro. “Entenda que quando digo ‘seguro’ não estou dizendo que tem que ser protegido por quatro paredes. Ou seguro por ter ou não ter um divã”. Seguro para o entrevistado significa o que é seguro para relação que o analista e analisando têm em termos de vínculo. “Se houver uma situação específica que você precisou mudar o enquadre e o analisando suporta essa mudança e vocês vão junto nela, é possível fazer análise” (ENTREVISTADO 3, 2017). Ele prossegue: “Se ele não suporta por alguma outra

razão ou por causa de algo que a análise dele ainda não atingiu, você precisa respeitar isso. Porque senão fica uma relação quase que sádica em torno do sujeito que está com você”.

O espaço físico é importantíssimo, mas não ele pode engessar o processo. Porque senão caímos em coisas bastante imbecis sobre muitos aspectos. O meu consultório tem paredes brancas e eu nunca posso mudar os móveis de lugar. Porque aí cria-se uma dinâmica que muda completamente a coisa e o paciente pode fantasiar se eu mudar a poltrona de canto. Verdadeiro? Verdadeiro! Mas estar sempre com as coisas no mesmo lugar, espaço físico, também não garante que ele crie fantasias. (ENTREVISTADO 3, 2017)

O entrevistado avança dizendo que não podemos abrir mão da ideia do enquadre enquanto um lugar. Mas, não podemos fazer disso “o único lugar”, ou uma única possibilidade. Acha também que é assunto que precisa ser bastante pensado ou discursado para não ser banalizado a ponto de dizer que “você vai fazer análise debaixo da árvore ou na esquina tomando um cafezinho. Não se trata disso”. Por isso ele volta a insistir na questão da relação vincular transferencial. De acordo com suas palavras, se por acaso for preciso mudança física do enquadre clínico, será possível realizar, já que a relação transferencial existe, persiste e permite a alteração.

Curiosamente, a entrevista com o participante abriu campos para perguntamos sobre os detalhes da estilística do analista no enquadre (arquitetura, quadros, livros, esculturas e outros objetos colocado no lugar de atendimento) poderem ser facilitadores da análise. Ele afirma que tudo que está em sua sala foi organizado por ele, afinal nunca houve o contrato de um serviço de arquitetura para deixar o ambiente “muito chique”. Dessa maneira, nos convida a olhar e reparar com mais detalhe o seu consultório. Sendo assim, ele aponta e fala sobre uma pintura de flores, um quadro de um filme do Woody Allen, uma caricatura de Lacan, a capa de um álbum dos Beatles e um quadro de arte contemporânea que estão ali. Após isso, para responder a nossa pergunta, ele prossegue: “Uma vez um paciente olhou para aquele quadro de arte contemporânea, deitado no divã e disse: ‘mas que quadro estranho, parece que tem um cara de pinto duro’. E isso gerou um movimento” (ENTREVISTADO 3, 2017).

A ideia de que você tem um ambiente onde não possa criar coisas, primeiramente ela é errônea. Segundamente ela é ingênua. E terceira e última instância, ela é tola. Você pode atender, de bermuda, de calça, de camiseta, de roupa social que isso não vai impedir que campos de fantasias

operem lá. (...) Tudo pode ser um dificultador ou um facilitador, até mesmo o local onde o seu consultório está. Se você receber um paciente pobre em um prédio da Presidente Vargas [área nobre de Ribeirão Preto], talvez ele não se sinta confortável. Então tem uma série de coisas em jogo! (ENTREVISTADO 3, 2017).

Outro aspecto importante que ele comenta é que devido a sua formação, sempre preferiu particularmente o consultório, um ambiente mais calmo e mais recluso. Entretanto, diz ter se deparado com a ideia de que às vezes é importante também um “certo barulho”. Ele dá o exemplo de um analista que conhece em São Paulo que atende em um prédio da Avenida Paulista. Sendo assim, explica que esse colega atende num consultório sem ar condicionado, com a janela aberta e aquele movimento, aquele barulho da avenida vai entrando na sala e coisas vão acontecendo influenciando a análise. “Acho que isso tem a ver com a formação, como o modo que cada analista trabalha e como se desdobra isso pela cultura” (ENTREVISTADO 3, 2017).

Até que ponto não é interessante que haja um certo barulho em análise? Não estou falando do barulho que a análise naturalmente cria, que é o barulho do mundo interno. Mas até que ponto não é interessante que o sujeito no ambiente da análise não seja penetrado por barulhos externos? É uma coisa que tenho me questionado. Quero dizer, como fica a situação do sujeito que umas 15h da tarde vai para a análise onde há um silêncio imperativo? (ENTREVISTADO 3, 2017).

Conclui então que essa questão do barulho advindo de lugares externos como “contribuintes” para o processo terapêutico dentro do enquadre, é algo que ainda precisa construir, afinal não sabe de uma resposta para isso. Como não tinha uma clareza sobre o assunto do barulho externo, embora estava pensando sobre, o entrevistado fala sobre a questão do silêncio e nos diz sobre duas atitudes diante dele: a de saber sobre o silêncio a ser escutado, e a do silêncio a ser desprezado.

“A linha do silêncio a ser escutado e o silêncio a ser desprezado também é tênue. Como que a gente quantifica isso, não sei! O silêncio pode ser muito mais resistencial do que auditivo. Coisa complicada, mas fundamentalmente imprescindível” (ENTREVISTADO 3, 2017). Diz ter vivido uma situação quando dividia a sala com outro analista e não conseguiu terminar a sessão no tempo estabelecido, pois mesmo sabendo que o colega ia atender no próximo minuto, ele estendeu cerca de uns 15 minutos por ter sido uma demanda complicada. Com essa situação, o colega veio batendo na porta, produzindo ruídos de fora que participou

da sessão e do fim dela. É por isso que o entrevistado acha fundamental ter espaço que diz mais respeito a ele enquanto analista para se sentir mais seguro. “Mesmo sabendo que nosso ofício é um dos mais inseguros possíveis, precisamos nos sentir seguros de certa forma. Tem que ter um espaço em que você diga: aqui é tem um pouco a minha cara”! Mas para quê? “Não sei, talvez *pra* aliviar um pouco a nossa angústia”. Quanto a dividir a sala com outro colega, ele afirma que pode comprometer o enquadre, pois o deixa com menos elasticidade. De acordo com o entrevistado 3, se por acaso for preciso uma mudança física do enquadre clínico, é possível realizar, já que a relação existe, persiste e permite a alteração. Ele nos contou sobre uma mudança de lugar bem atípica – do consultório para a beira da piscina em frente sua sala – onde, devido ao triunfo do vínculo transferencial e algumas certificações de sigilo, a análise prosseguiu. Quanto a questão de “um certo silêncio” para que se evoquem questões da subjetividade, o participante está de acordo, mas vai um pouco mais além no discurso, pois acredita que barulhos externos vindos de fora do lugar da sessão, às vezes, também podem ser fatores interessantes no enquadre. Portanto, a terceira variável que citamos, é a dele.

Ao entrevistado 2, por ter falado que já havia lido um outro trabalho nosso também sobre o enquadre clínico ((En)quadros estéticos (artísticos e clínicos) e seus efeitos sensíveis), perguntamos o que pensa sobre enquadre clínico como um *locus*, um lugar onde são tratadas tanto as coisas trazidas de fora pra dentro, quanto as produzidas ali. Ele responde que concorda, afinal todo quadro se constitui num “recorte”, num enquadre, e todo enquadre está formando um quadro também. Devido a esse fato, afirmou ter gostado da ideia de se pensar dialeticamente quadro e enquadre, onde um não existe um sem o outro e ambos acabam “dando um norte para outra coisa”, tal como acontece na clínica.

Conversamos também sobre o termo *enquadre* soar como inadequado, inclusive por nos remeter a uma forma geométrica simples, um polígono regular, como um quadrilátero, por exemplo. Falamos que em geometria plana, dentro de todo quadrado podemos criar um círculo. Só que, se usarmos o círculo como referência, verificaremos que podemos inscrever um quadrado dentro dele. Eis a questão, o enquadre não tem uma forma definida, ele pode ser quadrado, circular, triangular, pois independentemente disso, dentro dele, podemos desenhar várias outras formas, assim como perceber que ele pode estar inscrito dentro de outra

forma geométrica, tal como acontece no pentagrama de Pitágoras, em que aparecem várias vezes o triângulo de ouro e os quadriláteros perfeitos.

Sendo assim, o entrevistado diz que gosta da “ideia da moldura” por se referir a um lugar delimitado por diversas questões (tanto as que sabemos quanto as que não sabemos), um norte. Isso evocou a questão dos limites do enquadre: tanto os que necessitamos estabelecer para elaborar nossas hipóteses e produzir, quanto aqueles que nos deparamos no caminho.

É nesse contexto que o participante diz acreditar no enquadre como uma moldura, “mas não uma moldura que foque muito em algo”. Ele ainda comenta sobre a sua preocupação de “hoje em dia as pessoas valorizarem muito mais as molduras do que os próprios quadros”. O que, caso se estenda ao enquadre clínico, faz com que ele deixe de ser psicanalítico, aliás faz com que ele deixe até de ser clínico.

Nessa perspectiva, ele fala sobre algumas psicoterapias e a psiquiatria estar indo muito nesse caminho de simplificar, ou seja, o fato de a moldura ter mais valor do que o contexto do quadro em geral. “Embora a psiquiatria tenha recuado, pois não trata transtorno como doença, ainda tem muito dessa simplificação”. O seu medo é o dessas práticas psicoterápicas e psiquiatras se tornaram simplificadoras e “colocarem dentro desse quadro, um foco”. Segundo ele, “o enquadre não pode se tornar um foco. Porque se você foca em algo, você deixa de ter a psicanálise”. Argumenta que isso vai contra a ideia freudiana da “atenção flutuante” que consiste em “dar importância a tudo que está ouvindo”. “O paciente que vai ser repetitivo e talvez foque numa questão dele porque aquilo o angustia. Mas o analista tem que ouvir tudo e dar valor a tudo”.

“Esse é o sentido de enquadramento, de colocar tudo ali dentro. Tudo aquilo é importante. Mas não de tudo ter importância e você focar em algo” (ENTREVISTADO 2, 2017). E seguida diz sobre o receio do termo enquadre clínico consistir na criação de um ambiente onde o trabalho não se produz mais, pois se tudo que for colocado ali, pode não haver espaço para coisa nova. “Começa a não caber mais. Pode ser tanta coisa *pra* se olhar e pontuar, que de repente, começa a não se produzir mais nada. Por isso, que nesse sentido, o enquadre é um mistério *pra* mim” (ENTREVISTADO 2, 2017).

Você não foca, fica atendo a tudo, mas chega uma hora que esse atento a tudo pode ficar massificante demais. Pode ser alguma coisa que em algum



momento você tenha que dar um corte aí. Acho que uma das funções do corte em Lacan é *pra* isso né? Embora muita gente não concorde, como a própria psicanálise tradicional acha um absurdo você cortar. Mas, o corte, de repente tem essa função além de todas as outras que Lacan propunha. Um corte é para dar um basta, talvez, naquele monte de coisas e dizer: “espere aí... e isso aqui?”; e aí você pode realmente ter uma mudança. Aquilo que já vinha não produzindo muito, você faz esse corte para começar ter uma mudança ou aparecer outra coisa (ENTREVISTADO 2, 2017).

Por esses e outros motivos, o entrevistado acha interessante não ficar preso a uma linha no estabelecimento do enquadre com o paciente. Fala que podemos começar por uma escuta, uma linha e depois ver que se trata de outro caminho.

Sempre me surpreendo! Já tive pacientes de que estava quase certo, porque certeza a gente nunca tem, né? Mas tive quase certeza de que era um obsessivo, depois achei que era um narcísico, e depois fui me dar conta de que era um psicótico. Essa coisa da psicose ordinária. O que não deixa de ser um enquadramento, mas você percebe que não é como o enquadre psiquiátrico: nosográfico. Não é como um tratamento nosográfico que fala: “isso é isso e o tratamento é esse”. (ENTREVISTADO 2, 2017)

Devido à ênfase de achar que o analista deve estar sempre atento, o entrevistado acha ainda um mistério esse enquadre: “Ao mesmo que você enquadra, você não pode enquadrar. Ao mesmo tempo que você não enquadra, de alguma forma já está enquadrando e tem que seguir por alguma direção”. Afirma que tudo isso volta à tona o que disse no começo, a atitude de questionar. “Talvez seja um *álibi* lacaniano que o analista está condenado o tempo todo”. Continua: “Questionar ele mesmo, questionar o que está fazendo. Talvez essa seja a única garantia de que pode dar certo, a análise”.

Para o analista, “questionar é a única garantia de algo pode dar certo”, pois segundo ele, fazer igual à psiquiatria e algumas psicoterapias ao diagnosticar e dar um foco para algum problema, resulta em estar “enquadrando demais, restringindo demais”. Então, vê como importante questionar tudo isso, mesmo que o questionamento também seja “uma forma de enquadrar”.

Dessa forma, conclui:

Então, é um mistério! É uma coisa que sempre tem que estar muito atento porque é uma coisa que escapa. É o próprio objeto *a*, né? É a isso que a gente tem que estar o tempo todo atento, ao objeto *a*. Ou seja, aquilo que sobra, aquilo que não aparece na fala. Estamos falando muito do falar, né? Mas a gente tem que ver o que não aparece na fala o tempo todo. E prestar

atenção no corpo, como estava falando, é uma forma de olhar para aquilo que não se fala no sentido verbal, mas que no sentido de linguagem está lá (ENTREVISTADO 2, 2017).

Tendo em vista que o entrevistado mencionou sobre o problema de “limitar” o enquadre, perguntamos: “E o que você pensa sobre o espaço físico da clínica? Como já dissemos, sabemos que é possível a análise em vários lugares, mas como você pensa isso em questão de territórios?”

Eis então que ele responde:

Nesse ponto eu sou mais lacaniano mesmo. Eu acho que existe fisicamente um lugar que é mais apropriado para você estabelecer uma análise. Não que tenha que ser necessariamente num consultório ou algum lugar assim. Existem *n* situações em que você pode tratar como exceções e fazer mudanças. Mas o que não entra na minha cabeça é a ideia de que não haja a presença do analista, por exemplo, numa análise via internet. A presença do analista é fundamental porque faz a questão da escuta. É um pouco da questão do paciente estar intimidado, tocado por aquilo, pois isso já é uma transferência. Aí eu concordo com Lacan que a presença do analista é fundamental e precisa para que haja análise. O problema não é nem tanto o lugar, mas sim, a presença. Porque o analista escuta de uma forma que o médico não escuta. De uma forma que outras pessoas não escutam. Ele escuta sem emitir juízo. Ele escuta *pra* evocar no sujeito aquilo que nunca foi evocado, que é ele com o próprio falar dele. Sempre que o sujeito foi no médico ou conversar com os amigos, ninguém nunca escutou ele de verdade. Só ouviram e ficaram dando pareceres a ele. E o papel do analista evoca o paciente com sua própria fala. Fazer com que ele se volte para o que está falando. Para isso, tem que ter a presença. Difícil conseguir isso sem a presença do analista (ENTREVISTADO 2, 2017).

É de boa utilidade atentarmos-nos à afirmação do entrevistado 2 de que fisicamente não existe um lugar que seja mais apropriado para estabelecer uma análise, pois existem diversas situações que podem ser tratadas como exceções e, assim, produzir mudanças no cenário. Por fim, ele conclui que o problema não é nem tanto o lugar físico, mas sim, a presença do analista que tem o papel de implicar o paciente com sua própria fala. Ele não dá muitos detalhes do lugar, mas enfatiza que para haver análise é preciso um lugar que tenha necessariamente a presença física do analista. Sendo assim, constatamos que a segunda variável que citamos pertence a ele. O entrevistado ainda enfatiza que, por não haver a presença física do analista na terapia via internet, ela se torna problemática.

### **3.2 Psicanálise e internet: uma questão contemporânea**

Psicanálise via internet, talvez essa seja a maior questão que o enquadre clínico enfrenta na contemporaneidade. Visto que discorrer sobre o *setting* levou todos os participantes a discursar sobre essa problemática, decidimos dedicar a segunda parte da entrevista somente a ela. Entretanto, nessa dimensão da clínica virtual, não localizamos necessariamente constantes concretas para podermos basear a discussão. Os aspectos que encontramos que chegaram perto das constantes foram as convergências entre os participantes ao problematizarem sobre a possibilidade da análise via internet. Nessa situação eles pensaram se seria possível uma transferência psicanalítica via internet e também se a situação do(s) lugar(es) possibilitaria mesmo um atendimento psicanalítico. Devido a essa parte da entrevista ter sido apenas reflexiva, nomeamos os pontos em comum (constantes) como questões (pontos de interrogação).

### 3.2.1 *Transferência?*

Diferente da construção do cenário clínico físico, em que a transferência apareceu como a principal constituinte, na possibilidade de análise via internet ela vira uma questão no discurso dos entrevistados. Tendo a reflexão sobre como se daria a relação transferência via internet no eixo das constantes, as variáveis que encontramos foram: 1) não é possível uma psicanálise via internet, 2) embora não seja possível a psicanálise via internet, é possível transmitir conteúdos psicanalíticos em aulas online e, até mesmo, na realização da prática da supervisão, 3) é possível fazer algumas intervenções psicanalíticas clínicas e produzir alguns efeitos terapêuticos via internet, mesmo que não seja uma análise propriamente dita.

Começaremos então com o entrevistado 2, que encerrou a primeira parte da entrevista enfatizando o fato de a presença analista ser fundamental no enquadre clínico, e também argumentando que uma psicanálise via internet comprometeria essa situação. Sendo assim, partiremos do ponto em que ele responde como ele enxerga a situação da presença do analista em uma psicanálise via internet. Ele inicia sua resposta dizendo que em uma suposta análise via internet, mediada por um computador, um *smartphone* ou um *tablet* não existe a presença física do analista. Segundo o entrevistado, o analista “pode até estar ali, em uma tela, mas

fica enquadrado lá, vamos dizer assim, longe! Por mais que esteja perto, está longe”. Continua a sua argumentação dizendo que a questão da presença física tem a ver com a aquela questão do corpo que mencionou na primeira parte.

A questão do corpo como presença física é determinante para que haja transferência. Porque o analista trabalha em cima da transferência. Então, como vai ser essa transferência em uma sessão por Skype onde você só vê o rosto de uma pessoa? (ENTREVISTADO 2, 2017)

Perguntamos então: E como fica o corpo do analisando nessa situação, já que ali ele está protegido pela tela de um dispositivo e não está o colocado em jogo em análise?

O psicanalista responde que para o paciente estar em análise, ele precisa estar com o corpo presente, isso é, sempre exposto e vulnerável aos efeitos produzidos durante as sessões. Porém, no que diz respeito a uma psicanálise via internet, ele ficaria menos exposto e mais resistente dentro das paredes do seu quarto, por exemplo. “No sentido de sensação, a exposição é bem-vinda para que seja estabelecida a transferência. Para que seja percebida a transferência e que haja trabalho em cima dela”. E assim ele prossegue dizendo que o paciente “tem que se incomodar um pouco”, afinal para se fazer análise, exige-se coragem, pois o analisando vai “lidar com questões dele e estar vulnerável à transferência”.

Sequencialmente, ele faz a seguinte indagação: “O que se perde quando não há a presença?” Para responder, parafraseia Freud afirmando que a transferência não acontece no falar, mas sim na forma que o indivíduo se coloca para o analista. “Não é no que ele fala exatamente, mas é no como ele fala”. E assim continua: “Nesse como-ele-fala, tem que estar o corpo dele falando, o corpo presente para que assim se olhe para isso. É a forma como ele se apresenta ao analista que vai aparecer a transferência”.

“Se ele fica falando no *Skype*, ele fica lá só falando mesmo”. Ou seja, nessa situação o paciente corre o risco de essa atividade virar “só uma falação” e de “ficar só enquadrado na falação” (ENTREVISTADO 2, 2017). Entretanto, na presença, ele pode “transferir um sentimento de raiva *pro* analista”, por exemplo (ENTREVISTADO 2, 2017). E segundo o discurso de entrevistado 2, isso é algo que “ele não conseguiria demonstrar por *Skype*. Não se conseguiria ter essa transferência por *Skype*”. Para concluir, ele insiste: “Aquilo que ele (paciente) teve com o pai dele,

uma raiva, ou alguma outra coisa, ele não consegue transferir para o analista por questão dessa presença. Por não estar essa presença física”. Então devido a tudo isso, ele considera impossível fazer psicanálise de maneira virtual, pois a “presença física do analista já supõe a presença do analisando. A presença do analista já supõe a presença dos dois ali e de um terceiro, que é a psicanálise” (ENTREVISTADO 2, 2017).

Assim que o entrevistado finalizou sua resposta, retomamos suas considerações sobre o corpo presente em análise e o enquadre como “moldura”. Discutimos sobre o fato de o paciente, além de estar protegido em sua casa e não exposto, em uma psicanálise transmitida via internet ele ficaria com o corpo recortado, fragmentado pela moldura do dispositivo de transmissão (computador, *tablet*, celular, etc). Essa fragmentação do corpo se daria devido à possibilidade de ele angular a câmera para se apresentar da forma que quiser, mostrando somente as partes que quiser. Também discutimos sobre como ficaria a questão do divã em uma situação virtual.

Como o próprio entrevistado 2 disse, o divã é uma dispositivo em que o analisante fica de costas para o analista para não ficar tentando “ler” o que esse está pensando. Ou seja, mesmo sem ver o analisa, o analisando obviamente sabe que ele está ali. Porém, isso via internet não operaria da mesma forma porque a transmissão pode a vir se tornar “fantasma”, afinal ela pode cair e o analisando continuar falando sem ter ninguém conectado ali do outro lado. Assim então concluímos que na análise presencial não é possível um analista se desconectar por causa de uma falha no sistema da internet. Dessa maneira, perguntamos: Nessa circunstância, haveria só atuação? Atuação essa que na situação presencial provavelmente aconteceria de forma mais psicanalítica?

Ele então responde: “Atuação! Essa é a palavra! A análise pela internet não dá espaço para o paciente atuar, para a atuação dele! Ou então somente se trata de pura atuação e o paciente fica lá só escondendo as questões” (ENTREVISTADO 2, 2017). E em seguida diz que essa questão do divã seria impossível em uma psicanálise via internet, pois “o *Skype* resumiria a análise a um frente a frente e dificultaria outras questões”.

Ainda sobre a questão da atuação, o entrevistado vai adiante:

Em casa, o paciente fica numa região de um certo conforto. Não fica vulnerável. Talvez ele fique mais vulnerável longe dali. Longe dali, na análise presencial a atuação dele fica mais inconsciente, menos controlada. Que é o que a gente quer no final das contas, né? A gente quer que apareça a transferência, quer que apareça a atuação dele. É isso que a gente analisa, a atuação do analisando e não exatamente o que fala. Ele passa por um “como falar”, mas é no “atuar” que se trabalha. É a atuação que se repete! Ao falar, ele mente o tempo todo, né? Mas a atuação não mente. A atuação é aquilo que aparece sem que ele consiga controlar muito. E se o paciente ficar naquele quadradinho da casa dele, do quarto dele, mostrando só a parte do corpo que ele quer nessa distância aí, há todo um controle maior, né? Fica mais difícil! Não que talvez não possa pensar em psicanálise assim um dia, mas me parece que hoje não. É uma coisa que ninguém sabe, uma coisa que tem que ser muito desenvolvida. Tem que se criar uma transferência. Tem que se estudar como aconteceria uma transferência numa situação dessa. Não tem muito o que se dizer hoje (ENTREVISTADO 2, 2017).

Portanto, a primeira variável: a de que é impossível uma psicanálise via internet, ou seja, sem a presença física do analista, foi a premissa defendida pelo entrevistado 2.

Seguimos então com o Entrevistado 3. Uma vez que disse que o paciente estaria seguro entre as paredes de sua casa e enquadrado pela câmera do dispositivo, destacamos o vínculo nessa situação. Perguntamos como ficaria a relação transferencial nessa cena. Ele responde que tem “uma reserva muito pessoal em relação a esse processo de análise por *Skype* ou por qualquer dispositivo que não seja pessoal”. Ele diz que essa questão do vínculo via internet, no caso de um sujeito não sair de casa, pode vir a reforçar um sintoma. “O sujeito não sai de casa, ele fica no quarto e ao invés do analista movimentar coisas, ele reforça coisas” (ENTREVISTADO 3, 2017). Para ele, o trabalho do analisando de “sair de casa, encontrar coisas no caminho, chegar ao consultório, ficar na espera, ser recepcionado, entrar na sala e voltar da sessão” é importantíssimo porque cria um movimento de encontros que podem ser interessantes ao seu mundo psíquico.

Nesse aspecto de análise, eu acho complicador, porque você perde alguma coisa que no meu ver é essencial para que essa relação vincular possa ser verdadeira. Trata-se da tessitura, do cheiro, do gesto, do modo, que são coisas que eu não sei se você captura pela via de um computador, ou pelo tablet ou pelo celular. (ENTREVISTADO 3, 2017)

Ele ainda argumenta da possibilidade de o paciente poder estar com a câmera focalizada no rosto, fazendo com que o analista fique sem saber se ele movimenta a perna quando toca em determinado assunto, por exemplo. “Você não sabe se ele está lá balançando o pé quando entra em certa temática. Então você perde uma

capacidade” (ENTREVISTADO 3, 2017). Sendo assim, o participante diz que é possível estabelecer um vínculo, mas continua se questionando que vínculo seria esse. “É um vínculo em que a transferência pode operar de maneira mais livre? Ou é um vínculo que você estabelece a partir de um campo sintomático do sujeito?” (ENTREVISTADO 3, 2017). Então, ele conclui: “É possível estabelecer um vínculo? Sim, é possível! Mas a pergunta é, se o vínculo estabelecido se trata de um vínculo analítico”.

O participante acredita que nesse campo na virtualidade, é possível se exercer alguma prática psicanalítica, como a da supervisão, por exemplo. Para ele, essa questão é plausível porque trata de dois analistas falando sobre um analisando ou trazendo uma situação clínica que demanda outros manejos, outras questões. “Mas *pra* análise, eu acho isso complicado. Porque você perde algo que, no meu entendimento, é essencial: o contato. Que são as nuances que falhariam em qualquer outra forma de expressão” (ENTREVISTADO 3, 2017).

O modo como o teu analisando chega na clínica e senta na recepção, diz muito! O modo como ele lhe cumprimenta também. Você tem um campo de coisas que favorecem uma possibilidade de metaforizar a partir dali. Se você cria um campo onde o virtual é o que faz com que a gente tenha esse contato, isso fica limitado! E aí eu não sei se a gente faz análise. Porque não sei se alguns campos transferenciais transpõem essa barreira (ENTREVISTADO 3, 2017).

O exemplo que o participante dá para seguir a argumentação é de que numa sessão pessoal de análise, um analisando, dominado por um sentimento agressivo, pode vir a se levantar e chutar a porta da sala. Já numa uma sessão virtual, talvez o que ele possa fazer seja desligar o dispositivo e dizer que houve uma queda de energia. Então resume a problemática: “Apesar de nunca sabermos, até que ponto você sabe o que está acontecendo ali? Mas aí você cria um complicador maior. O processo analítico, *pra* mim, já é um processo complicado, então algumas coisas podemos evitar”.

Então, na esteira da análise eu acho um complicador, apesar de alguns colegas pensarem o contrário e até já fazerem análise via internet. Mas acho que você cria um campo de dificuldades e não sei se o que você faz seria uma psicanálise propriamente dita. Mas não é possível fazer análise em outro lugar? Sim, é possível, mas desde que os dois estejam juntos. Não sei se alguém na Amazônia e alguém em Ribeirão podem estar juntos pela via da virtualidade. Eu acho que existe uma parte deles juntos, mas eles não estão inteiros. No meu entendimento, uma análise pressupõe que

um sujeito esteja por inteiro, mesmo que ele não queira. Mas aí é um campo defensivo, é uma outra coisa vinda dele e não de uma mediação (ENTREVISTADO 3, 2017).

Assim, ele reforça que acha complicada essa “coisa mediada”. Ele diz que se pensarmos sobre sintomas da contemporaneidade e não do sujeito, podemos reforçar um campo de coisas que a própria psicanálise visa a quebrar: “que é justamente o sujeito ficar “ensimesmado” no mundo e acreditar que ele pode fazer tudo a partir dali” (ENTREVISTADO 3, 2017).

Em seguida falamos sobre algum acidente, como um raio cair na sala de atendimento e isso fazer desabar algo do teto enquanto está ocorrendo a análise. Supomos que esse fenômeno seria algo do Real, diferente de uma mediação online, já é algo do simbólico. Por mais que uma falha no funcionamento da internet e não seja proposital nem do analista e nem do analisando, já é algo as quais estão os dois estão precavidos. Após falarmos que uma interrupção dessa ordem não é um analisador para o momento, o entrevistado 3 responde: “Exatamente! É um corte, mas não é um corte analítico”.

A diferenciação entre um encontro analítico e uma psicanálise propriamente dita, é uma das preocupações do entrevistado nesse contexto: “Você pode ter um encontro analítico com o dono do botequim do lado, mas você não faz análise com ele”. Sendo assim ele prossegue dizendo: “Aí não sei se nessa via das virtualidades a gente cria um campo de possibilidades (o que não significa que vai se tornar real) de encontros analíticos, mas mesmo assim não sei se é análise. Tenho minha dúvida quanto a isso”. Essa dúvida diz respeito a algo do “impossível da existência da análise via internet”, por causa das questões de “tessitura” e da “linguagem”. “Linguagem no meu entendimento é algo para além da fala, ela vai *pra* expressão, ela vai para o corpo, ela vai para o físico, ela vai para o modo como o teu analisando te olha, como ele mexe o pé, como deita no divã” (ENTREVISTADO 3, 2017). Essas questões da linguagem são aspectos que se perdem via internet, pois nessa situação “você perde todos esses detalhes”, diz ele. Conclui que pela internet é possível existir “um encontro analítico e dali brotar coisas”, mas diz que não se inicia ou sustenta um percurso dali porque muita coisa se perde no caminho.



Questionamos o participante dizendo: “Você diz que muita coisa se perde ali, como o cheiro, a tessitura e o corpo que aparece como fragmentado. Mas nessas condições, o sujeito pode até nem sequer aparecer na tela, não acha”?

Ele respondeu:

Você recebe um analisando que sempre vem muito bem arrumado para a sessão, muito elegante, etc e tal. Em determinada sessão, ele vem sem tomar banho e você sente o cheiro do odor dele. Isso diz algo! De repente, começou a movimentar algum assunto, o seu analisando vem com a barba sem fazer. Diferente da maneira vaidosa de como ele sempre veio. Quer dizer, tem coisas que você perde se não estiver lá. Essa é a sutileza, no meu entendimento, da linguagem que ultrapassa a fala: é o corpo, é o cheiro, é o gesto... Coisas que não tem como identificar se estiver mediado por uma tela. Vamos a um caso até mais extremo: o sujeito pode estar se masturbando e falando com você! Se isso acontece dentro setting com vocês dois juntos é uma coisa, mas isso intermediado por um dispositivo e você não está sabendo que aquilo está operando, o que está acontecendo ali? É complicado! Tudo é possível estabelecer com o analisando desde que vocês estejam juntos. A coisa intermediada me dá a ideia de que vocês estão próximos, mas não estão juntos. Aí tem uma grande diferença (ENTREVISTADO 3, 2017).

Ele prossegue dizendo que numa supervisão online, temos um outro enquadre, e esse sim é possível, pois temos “campos que operam de forma diferente de uma análise”. Afirmo achar possível pertinente um aspecto intermediado nessa prática, pois se trata de dois profissionais falando a respeito de um terceiro. “Claro que também se perde algo nesse sentido, evidentemente”, diz ele, afirmando em sequência que “tudo que é mediado, de certa forma traz alguma perda”, mas na supervisão já pensa como uma atividade possível. Entretanto, retoma o argumento de que os aspectos que estão colocados em uma sessão de análise, não estão colocados em uma supervisão. “Você tem fenômenos que acontece na análise e que vão para a supervisão pela via da fala do outro e não pela via do par analítico. E na análise a coisa é entre o par”.

Portanto, consigo pensar que você pode transmitir a psicanálise dando aulas e fazendo supervisão via internet. Mas a análise, eu acho impossível. Para mim, a ideia do vínculo e dos corpos que se misturam é fundamental (ENTREVISTADO 3, 2017).

Então perguntamos para ele, se ele acha que as condições para que emergam elementos do inconsciente, se apresentam como mais precárias ou rudimentares na psicanálise via internet.

Ele acredita não se tratar de condições para que emergja do inconsciente, pois não sabe dizer se “o inconsciente reconhece essas barreiras”. “Não sei se são dinâmicas inconscientes de que o dispositivo facilita ou dificulta coisas” (ENTREVISTADO 3, 2017). Diz que não acha que seja o dispositivo que cria essa barreira, porque presencialmente com o analisando podem haver “dificultadores” que colocam barreiras a análise. Mas pensa que o dispositivo faz com que perdemos material que são essenciais.

Não sei se tem como quantificar ou qualificar em termos da dinâmica do inconsciente o quanto essa mediação pode mexer. Eu estou pensando na questão do vínculo e daquilo que posso metaforizar dentro do processo. E o mediado me impede, por essas vias. Já o presencial me possibilita (ENTREVISTADO 3, 2017).

Constatamos então que a segunda variável que citamos pertence ao Entrevistado 3, pois ele comenta que o advento da internet e dos dispositivos eletrônicos ampliaram os meios de transmissão da psicanálise, por exemplo, nas aulas online e nos vídeos em que alguns autores discutem e debatem sobre temas, tendo o conhecimento psicanalítico como perspectiva. Outro ponto importante que o entrevistado ressalta é sobre o enquadre psicanalítico da supervisão, que, graças à transmissão via internet, pode ser feita em tempo real entre supervisor e supervisionando quando eles estiverem em lugares distantes, sem os problemas da ordem de uma análise.

Por fim, temos o Entrevistado 1. O participante terminou a primeira parte da entrevista dizendo que para que haja uma psicanálise, sua teoria deve entrar em crise na clínica. Sendo assim, prosseguimos para a segunda parte perguntando a ele sobre o que pensa da ideia de a terapia psicanalítica ser realizada por conexão de internet. O que ele teria a dizer sobre uma psicanálise transmitida por *softwares* como o *Skype* e mediada por dispositivos como telefones celulares, *tablets* e computadores?

Ele responde dizendo que essa questão é um fenômeno muito recente dentro da sutileza da clínica psicanalítica, de seu campo transferencial e de “todo esse etéreo que envolve a clínica em psicanálise”. Ele afirma que desde que a clínica foi “formulada e parametrizada pelo método psicanalítico”, nunca uma condição de mudança de *setting* dessa ordem foi posta, mas “hoje em dia já está sendo posto”. Portanto, acredita ser importante refletir sobre o assunto porque há uma “demanda

sociocultural que vem ocorrendo” e já há analistas que estão pensando e montando um campo para um possível trabalho psicanalítico via internet.

Eu me pergunto que algo certamente é possível! Mas o que é possível? E o que da clínica presencial fica comprometido ou perdido na clínica realizada por meios eletrônicos conectados na internet? Porque a psicanálise é uma clínica que aborda o silêncio e outras coisas muito sutis. A relação presencial é muito importante, mas não sei o que ocorre ainda por nunca ter atendido via análise a distância. Mas afinal, o que se comprometeria por uma psicanálise feita por Skype ou algo dessa ordem? Seriam os olhares? Os gestos? Essas são dinâmicas que, obviamente, a relação presencial propicia e que não são propiciadas a distância (ENTREVISTADO 1, 2017).

Logo após essa explicação, o participante faz uma comparação “um pouco forte” da análise com o “namoro” (ENTREVISTADO 1, 2017): “Imagine em um namoro. Você consegue falar com sua namorada talvez seis meses ou um ano no Skype, mas algum dia você vai querer vê-la, não é?” (ENTREVISTADO 1, 2017). Então, continua o raciocínio dizendo que “o encontro pessoal, tem essa textura da realidade” que também atravessa a clínica, mas que nos dispositivos de internet (que diz valorizar muito em vários outros aspectos) não sabe como vão alterar a clínica psicanalítica e nem em quais sentidos.

Afirma então que não tem experiência para dar uma resposta consiste a essa questão, mas também acha que não é o caso, pois se trata de experiências novas em que não há precedentes. Entretanto se interessa em saber o que está ocorrendo com pessoas que já estão trabalhando com nesse novo enquadre e onde isso vai dar, afinal “hoje, de todas atividades humanas, fica difícil você encontrar uma que não passe pela internet. E nem esperaria que a psicanálise ficasse imune a esse processo” (ENTREVISTADO 1, 2017). Ele argumenta que em psicanálise já se desenvolve muita atividade na internet, seria inocente achar que esse fenômeno não chegaria na clínica, pois querendo ou não, já chegou! Não somente na psicanálise, mas “em outras clínicas e em outras abordagens terapêuticas a internet já chegou” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Mesmo nunca tendo atendido dessa maneira, o participante diz que reflete sobre essa prática por meio do que ouve de outros colegas analistas, que trabalham com esse tipo de atendimento. “O que ouço de outros colegas falando é que você tem, obviamente, uma mudança de enquadramento. Você tem outros recursos de percepção que são diferentes de ter uma pessoa real na sua frente”

(ENTREVISTADO 1, 2017). Na clínica presencial, diz que os olhares, os fluxos de respiração e outros mínimos detalhes, são características que o analista faz uso perceptivo para dar um suporte as suas reflexões, e em seguida reflete: “Mas numa situação como o Skype ou outros dispositivos eletrônicos, não sei em que medida isso ficaria ou não comprometido”.

Entrevistado 1 também diz não saber sobre o oposto de seu argumento e se questiona: “E o que poderia ser facilitado na clínica na via desses dispositivos? Eu também não sei responder!”. Entretanto diz que o ser humano por estar inserido em uma cultura, obviamente, tem ela como fundamental como participante no seu processo de subjetivação e prossegue:

Se não fazemos a clínica psicanalítica via internet, as formas como a internet, ou a revolução comunicacional, estão pondo na cultura em termos de novas formas de subjetivação, já estão presentes. Mesmo fazendo clínica presencial, esse mundo novo já está presente, mesmo que você não use um dispositivo eletrônico (ENTREVISTADO 1, 2017).

Em se tratando de psicanálise e a “revolução tecnológica comunicacional”, o entrevistado 1 diz se interessar bastante pelas novas formas de subjetivação e os sofrimentos psíquico causados por elas. Porém, no que tange especificamente ao atendimento via internet, não tem experiência para falar. Entretanto se diz não ser uma pessoa “passadista”, pois gosta de perceber novas experiências e o que em psicanálise se mantém dentro de um enquadramento em que dispositivos eletrônicos estão envolvidos. Eis então seus questionamentos: “Isso ainda seria psicanálise? Ou estaríamos fazendo outra coisa? E se for outra coisa, o que é? O que é que nasce daí?” (ENTREVISTADO 1, 2017).

“O fato é que já existem pessoas fazendo esse tipo de análise, e propõem a fazer por aí”, diz ele. Isso se tornou algo “corriqueiro” nos dias de hoje, “afinal a cultura abre um campo de possibilidades sem as quais parece que as coisas não podem mais funcionar” (ENTREVISTADO 1, 2017). Então ele diz que um sujeito pode não querer fazer psicanálise presencial, porque ele prefere e pode fazer de maneira virtual, e para isso, existem analistas que aceitam a situação sem maiores reflexões na atualidade. “Ou seja: alguns abrem o flanco para isso. Já outros, são mais resistentes à ideia. E então vamos vendo culturalmente como isso vai caminhar” (ENTREVISTADO 1, 2017). O participante conclui que sua aposta sobre

assunto é que a “análise via internet tende a aumentar”, mas “o que se pode tirar de experiência eminentemente psicanalítica”, ele não sabe.

Uma ocorrência interessante seria a publicação de trabalhos escritos e a apresentação em congressos das experiências, impressões e reflexões que os analistas que trabalham no enquadramento via internet tiveram durante esses tempos, argumenta o entrevistado. Por esse seguimento ser muito recente, falamos que tais trabalhos se encontram em um estado de reticências, assim como nossas considerações sobre a clínica psicanalítica contemporânea. Então ele diz:

Pois é, se fosse quinze anos atrás, pensariam que estávamos falando de elefantes alados, pois não existia essa possibilidade. Porém, de impossibilidade, passou a ser corriqueiro. E aí vão dizer: como vocês não vão fazer psicanálise via internet? Vocês estão na idade da pedra? As coisas vão, por assim dizer, se impondo. Hoje se você não tiver um e-mail, as pessoas vão dizer: então faça um e-mail, pois não dá para se comunicar sem um e-mail. Você vê que é como chamavam de “o espírito do tempo”, o zeitgeist. Aquilo vem, e as pessoas vão tomando como corriqueiro e vão fazendo uma pergunta simples para você enquanto analista: “você faz análise por Skype”? Como se fosse perguntar se você prefere pão com mortadela ou com presunto (ENTREVISTADO 1, 2017).

Contudo, o que realmente interessa para o enquadre clínico contemporâneo na visão do entrevistado 1, são os efeitos dos modos de subjetivação sobre os humanos, que a revolução comunicacional e a relação com a internet já estão produzindo. Segundo o participante, essas pessoas já estão levando os seus sofrimentos contemporâneos, tanto para o enquadre clínico pessoal, quanto para a “clínica eletrônica” (ENTREVISTADO 1, 2017).

Após concluir sua sentença, resgatamos a afirmação do entrevistado de que, em se tratando da psicanálise via internet, “algo é possível”. Dessa forma perguntamos: E o que você acha possível dentro da análise via internet? Que ganhos o analisando e o analista poderiam ter com isso?

O participante diz que não sabe se da parte do analista teria alguns ganhos, porque o analista, segundo ele é: “alguém que, de alguma forma na sua própria formação, já fez esforços para sair de uma dinâmica mais ampla. Principalmente da modernidade onde tudo é o tempo, a pressa e a correria”. Por isso acha que essa questão da internet afete mais o lado dos analisandos, pois sim são aqueles que podem vir a dizer: “eu não tenho tempo para ir no consultório, podemos fazer por Skype?” (ENTREVISTADO 1, 2017). Problematiza a questão de pessoas que moram em grandes cidades como São Paulo e podem levar entre 1 hora e meia ou duas

horas para chegar no local da análise, e, se caso chover, atrasam ou nem conseguem chegar. O entrevistado 1 acredita que essas situações são causadas por determinantes da vida contemporânea que conseqüentemente acabam colocando a possibilidade da análise via internet.

Entretanto, revendo a perspectiva do analista, o participante afirma que se ele abre à possibilidade de fazer análise por internet, ele pode atender alguém que esteja falando com ele da Austrália, de Sydney, por exemplo. “Em termos de possibilidade de pacientes procurarem o analista, com a internet fica muito maior, obviamente. E de caráter global” (ENTREVISTADO 1, 2017). Conclui então que esse ganho é algo totalmente impensável na clínica presencial, embora o que importa mesmo nessa situação seja: “O que do enquadre psicanalítico, da relação psicanalítica, esse analista sente que ganha ou perde! Ou o que sente comprometido na via desses dispositivos. Ou o que esses dispositivos trazem de diferente do que já existe” (ENTREVISTADO 1, 2017). E para essas questões finaliza dizendo que ainda não temos resposta, nem para o lado do analisando e nem do analista.

As primeiras respostas que se tem são muito mais, eu diria para você, de caráter prosaico. Alguns analistas abrem isso porque veem um aumento possível de clientela. Porque têm uma maior variedade de analisandos vindo de outros lugares que os interessam bastante. Os analisandos veem isso com uma facilidade, pois estão nas suas casas e fazem análise em seus quartos, pelo computador, etc. Agora, também existem coisas importantes a se ver por esse aspecto prosaico, né? E a questão de sigilo? E a questão de gravações? E a questão de presença de terceiros durante a análise? Eu acho que colegas analistas e de outras áreas psicoterapêuticas estão pensando nisso: de que forma se pode fazer (se é que se pode fazer) e que espécie de parâmetros pode se colocar nessa prática. Porque tem coisas que são fundamentais e no mundo da transparência informacional de hoje, você como analista, de repente vê um trecho de uma análise que você leva com um analisado, publicada no Facebook por um analisando (ENTREVISTADO 1, 2017).

Nesse assunto sobre psicanálise via internet, o entrevistado 1 é o que mais se destaca, pois, seus argumentos, que dizem respeito à terceira variável que citamos, avançaram um pouco mais na questão. Assim como os outros dois, ele também não tem respostas sobre esse processo e não sabe como isso pode se tornar possível. Porém, além corroborar a ideia da ampliação da transmissão da psicanálise por meio das aulas online e outros métodos, ele reconhece que minimamente é possível um efeito terapêutico psicanalítico no atendimento via internet. “Em termos de possibilidade de pacientes procurarem o analista, com a internet fica muito maior,

obviamente. E de caráter global”. Conclui então que esse ganho é algo totalmente impensável na clínica presencial, pois um paciente de São Paulo pode se conectar com um analista em Sydney, por exemplo.

Não somente na procura de uma analista a internet ajuda, mas ela pode se configurar com um dispositivo minimamente analítico em situação de mudanças, por exemplo. Vejamos a situação em que um analisando vá passar três meses morando em outro país. Nesse caso, ele pode muito bem continuar falando com seu analista via internet durante esse tempo de distância, e sim, nesse enquadre, embora não seja uma análise propriamente dita, podem se configurar efeitos terapêuticos psicanalíticos. Outra situação favorável é quando uma pessoa precisa interromper a análise, pois está se mudando para outra cidade. Nessa condição pode ser que na cidade de mudança não haja analistas trabalhando, mas se houver, ainda é preciso um tempo de adaptação e informação para procurar um. Nesse tempo de adaptação, o atendimento via internet ajuda bastante, pois dessa forma o paciente pode realizar algumas sessões minimamente psicanalíticas com seu antigo terapeuta, as quais podem ajudá-lo no momento. Claro que posteriormente a análise deverá prosseguir pessoalmente, com a presença física de ambos.

### 3.2.2 Lugar?

A última constante que encontramos nessa conjuntura sobre psicanálise via internet foram as reflexões que os participantes fizeram sobre o lugar de atendimento nessas condições. Os discursos sobre a problemática do lugar foram bem semelhantes, porém encontramos destaques singulares: 1) O fato de achar que está numa análise privada mas estar fazendo uma análise pública, transmitida pela internet a outros, 2) o paciente pode com a câmera apontada pra si mesmo fazendo outras coisas que o analista não vê, ou não filmando terceiros que estão ali, 3) as redes podem estar vulneráveis a hackeamento e o paciente pode também gravar a sessão e editá-la para depois publicá-la em redes sociais.

Iniciamos então com o Entrevistado 2 questionando sobre sigilo e vulnerabilidade em uma situação via internet. Ele diz: “Pois é! Mas será que essa já não é uma preocupação da pessoa lá por *Skype*?”. O participante disse isso para enfatizar que o analisando ao adentrar um enquadre via internet pode resistir por

ficar preocupado a ficar exposto. Dessa forma, ele fala que a análise presencial também pode ser uma alternativa para a pessoa ficar menos vulnerável à grande exposição da internet.

Ele continua: “Sim, pois hoje a vida é pública e não mais privada. De repente você está fazendo uma análise pública, mas não sabe”. Ele diz que hoje em dia, devido à grande quantidade de redes sociais que usamos para nos comunicar, estamos sempre nos expondo pela internet. E a análise é um “se expor”, mas se “expor para um analista”, um terceiro, que não deixa de ser uma exposição, porém “é controlável”. Diz ainda que a internet nos deixa vulneráveis, mas diferente da vulnerabilidade da presença do analista e do analisando. Na situação presencial, o paciente está ali sendo visto “mesmo sem querer dizer” e nesse caso ele precisa dessa sensação de ser visto. Então começa o enigma do que “o que o analista estava querendo dizer quando contou aquilo”. Para finalizar ele parafraseia Freud, dizendo que o ser humano não consegue esconder um segredo, pois escapa pelas pontas dos dedos.

Sempre que se quis mudar algo em psicanálise, se fez escola, né? A psicanálise é uma só e sempre foi, mas quando se quer mudar se inventa uma escola para isso. Hoje não acontece mais isso, né? Não se inventa mais escolas como antigamente. Hoje o que a gente tem são assuntos, temas dos quais são interessantes à psicanálise. Será que esses autores que trabalham assim não se sentiram mais livres para questionar e criar novas coisas em psicanálise? Por que uma escola sempre te coloca algumas coisas como certas, né? (ENTREVISTADO 2, 2017).

Podemos perceber então que a variável 1 é a dita pelo Entrevistado 2, que se preocupa com tanto analista quanto analisando serem expostos sem que um deles saiba, a priori.

Para o Entrevistado 3, é preciso retomarmos ao caso em que é preciso mudar o lugar de atendimento. Como nos disse, em um momento de sua experiência, foi atender um paciente no ambiente em frente ao seu consultório (pelo fato de não ter conseguido abrir a porta), com duas cadeiras em frente a piscina. Ele diz que nesse caso foi preciso mudar o enquadre, mas não poderia parar a análise devido à demanda de seu analisando. Em seguida, faz uma comparação, dizendo que se caso fosse uma análise feita por meio do computador via internet e tivessem um problema de conexão, jamais dariam conta de fazer o atendimento aquele dia.



Nesse aspecto aí que está o complicador da internet. Você perde uma riqueza. Por exemplo, o paciente poderia ter dito: 'Não, eu prefiro voltar'. Mas ele assumiu e assumimos juntos o risco desse novo enquadre. Ele foi colocado em uma outra cena física. Mas a questão é que a demanda psíquica era muito superior à necessidade física do enquadre. Portanto, nesse caso, foi possível mudar o enquadre. No sentido de segurança e de condições físicas para acontecer. Acho que, nesse sentido, no mediado você perde. É impossível! Pode ser que eu mude de ideia algum dia, mas por enquanto é o que penso (ENTREVISTADO 3, 2017).

Falamos então sobre o caso de uma pessoa saber da existência da psicanálise, querer adentrar essa terapia, porém essa vontade se tornar impossível devido ao fato de morar em um município em que não existam psicanalistas. Levantamos a hipótese de, nesses casos a psicanálise por internet poder ser uma alternativa, até que um dia existam consultórios de psicanálise onde o paciente possa frequentar. Entretanto, isso também nos levou a outros questionamentos, como o quão a sério um sujeito poderia levar a análise via internet. E se for o caso de que no imaginário de um indivíduo, ele acredite que possa fazer análise estando em um churrasco entre amigos numa sexta à tarde, onde vai para um canto para falar com o seu analista por meio do telefone celular.

O participante da sua contribuição retomando o aspecto da dimensão ética, do sigilo entre o par analítico. Ele diz que, em seu consultório, não tem garantias de que o analisando saia falando sobre coisas da análise dele, mas tem garantias de que é um ambiente seguro onde não há terceiros interrompendo ou capturando isso. "Já em uma relação mediada você não sabe se o sujeito está gravando você. Você não sabe se ele está usando aquilo para uma outra razão" (ENTREVISTADO 3, 2017).

O sujeito pode estar falando com você e a namorada pode estar atrás e você pode não estar vendo. Olha o campo de coisas complicadas colocadas aí! É possível fazer análise com um sujeito que não consegue falar da sua relação com a namorada porque ela está sentada na sala, numa poltrona, onde você não está vendo? Entende? Existem muitos complicadores para além desse sujeito que tem que sair de casa, mas não sai. Ou daquele que está tomando uma cerveja, abre a câmera e fala com você. Quero dizer, exige-se um certo campo de segurança que a análise visa propiciar para quem a busca (ENTREVISTADO 3, 2017).

Vimos então que o entrevistado 3 é o autor da variável 2. Segundo o participante, é muito fácil um paciente estar gravando a sessão de análise via internet sem o analista saber. Ou então, o fato de o paciente estar se masturbando sem que a câmera do dispositivo filme, e até, o fato de ele estar falando sobre questões do relacionamento com seu cônjuge, e esse estar ali ouvindo em um ângulo que a câmera não captura. Em outras palavras, experiências constrangedoras que violam podem vir a violar uma análise.

Já com o Entrevistado 1, entramos nesse assunto quando conversamos sobre a importância do sigilo, apontando para o participante sobre as possibilidades de invasão de sistema operacional e divulgação de arquivos via internet, realizada por hackers. Falamos que esse tipo de invasão é bem diferente de uma invasão na clínica presencial, pois a questão do sigilo no mundo da internet é quase uma prática impossível. Na clínica presencial as coisas são mais visíveis e barulhentas, por exemplo: é possível ver e ouvir que alguém está exercendo um ato violento ali e então é possível reagir e chamar a polícia em uma situação de assalto. Já na clínica virtual, as invasões, as difamações e as violências ocorrem de modo silencioso e totalmente não visível, por exemplo: a pessoa pode ser gravada por um hacker e sendo transmitida online sem saber.

O entrevistado 1 concorda com o perigo desses riscos e conclui:

Não há nada que você faça no mundo da internet que não deixe rastros. Ou seja, você não sabe a periculosidade ou a dolosidade de pessoas que estão por aí, as voltas com isso. Hoje esse mundo virou um ataque generalizado a qualquer um, a qualquer tema sobre esse aspecto da modernidade que tudo pode e deve ser mostrado na cultura da informação, da transparência das redes sociais e etc. Estamos vendo os efeitos disso. Loucuras acontecendo! (ENTREVISTADO 1, 2017).

E assim finaliza dizendo que uma análise via internet pode ser mais uma maneira de se perverter a algo, assim como acontece nas *fake news*. Ou seja, aquela a ideia de recortar algo de um contexto, colocar em outro para parecer algo verdadeiro e utilizar isso para difamar e linchar pessoas. O entrevistado acredita que isso é efeito de um jogo de anúncios e propagandas, dos quais as informações e as notícias não estão mais interessadas por sua veracidade. Por isso o enquadre psicanalítico na internet corre risco, pois o sujeito contemporâneo já não se implica mais com uma informação bem-feita e nem com o caráter investigativo, porque crê em qualquer postagem por estar publicado na internet.

É assim que o Entrevistado 1 conclui a variável 3, pois em um mundo onde podemos ser gravados, tendo esses vídeos recortados e editados em forma de *fake news*, o enquadre psicanalítico se vê em crise e obrigado a repensar progressivamente sobre novas formas de constituição e intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, devido aos efeitos surtidos por meio da prática clínica de Freud, a primeira questão que se configurou em sua época foi a de “fazer ou não fazer análise”. Depois de melhor analisada e interpretada, a ideia de fazer análise (embora continuasse e continua, até hoje, sendo uma questão), passou a ser aceita pela comunidade no contexto histórico, pois pessoas queriam experimentar esse tratamento e desfrutar de seus efeitos. Entretanto outras duas questões se evocaram aqui: como ter acesso a uma análise? Onde procurar um psicanalista? Embora ter acesso a uma psicanálise ainda não fosse algo comum, foi fácil dar seguimento à resposta, pois bastava que pacientes procurassem ou fossem indicados a Freud e aos primeiros psicanalistas.

Posteriormente a psicanálise foi institucionalizada e difundida em outros países ao ponto de ter produzido novos conhecimentos, novas escolas e novos autores que se tornaram grandes referências (durante os últimos anos de vida e depois da morte de Freud) sobre a práxis. Nesse contexto, a psicanálise se vê atravessada por vários fatores internos, externos e por outras demandas que contribuíram para sua transformação. Um aspecto muito importante dessa época foi o fato de que a psicanálise, embora fosse a primeira, deixara de ser a única psicoterapia clínica. Dessa vez, a ciência e a psicologia também entraram em jogo (algumas vezes dialogando com a psicanálise e outras vezes não) praticando novas formas de clínica psicotrípica.

Tendo em vista que a clínica psicanalítica alcançou um estatuto próprio, ela acabou fazendo diferentes laços com a ciência em comparação com antigamente. Devido a isso, novas questões começaram a surgir. Uma delas era: Fazer psicanálise ou psicoterapia? A resposta não era tão simples porque dependia da demanda e implicação do sujeito diante do que necessitasse, do que desejasse tratar e de como iria tratar. Já em se tratando de uma demanda e/ou desejo de fazer psicanálise, outras questões também se impunham, como: Onde fazer análise? Por meio de qual abordagem (lacaniana, kleiniana, bioniana...)? Com quem ou com qual analista? Essas são perguntas das quais não se tem uma resposta exata, mas que podem ser respondidas diante da demanda psíquica, da identificação do paciente com certa abordagem, do desejo de fazer análise, de como se estabelece uma transferência analítica, etc... Sobre a questão do lugar de se fazer uma psicanálise

ou de se usufruir de uma intervenção psicanalítica, isso também ficou mais amplo, pois a psicanálise se estendeu a novos enquadres, como por exemplo: a pediatria (Winnicott), as instituições psicológicas, hospitalares (Spitz) e de saúde coletiva. Dessa vez existia uma gama maior de opções sobre onde e com qual analista fazer, afinal o analisando poderia ter como referencia uma instituição – lugar em que o profissional estava vinculado e que também poderia ser o da realização de uma análise – já que essa não se limitava à tradição do médico e do consultório.

Outro aspecto foi o fato de que psicanálise passou por variações que, ao se estender a novos lugares (enquadres), aprimorou seu método, objeto e técnicas de manejo. Percebemos que não somente o local de atendimento ficou mais diverso, como também a técnica do divã passou a ser analisada com mais atenção, o que tornou a discussão ainda mais ampla. Segundo os analistas contemporâneos que entrevistamos, ele não é necessário para que a análise aconteça, porém pode tanto trazer ganhos para uma sessão, quanto dificultar ou, até mesmo, emperrar uma análise. Podemos dizer que ele permanece no *setting* devido a essa vantagem que pode trazer, porém, não existiriam problemas maiores em eliminá-lo.

No que diz respeito ao método e objeto, vimos que ela continua se inclinando cada vez mais a novas questões para além daquelas dos tempos modernos. Atualmente temos um diálogo maior entre as divergências teóricas e metodológicas que possibilitam a ampliação da conduta clínica. Segundo Renato Mezan (2015), não existem analistas freudianos, kleinianos, winnicottianos ou lacanianos, o que existem são pacientes kleinianos, lacanianos, entre outros... Isso acontece devido à fala do paciente na transferência com o analista. É a partir desse ponto que o psicanalista deve ser capaz escutar a demanda do analisando para seguir por métodos psicanalíticos que podem variar de escola para escola, ou autor para autor, também incluindo o que é produzido e elaborado na relação. Esse processo faz com que transformemos o próprio objeto, o que por sua vez pode fazer com que revejamos e ampliemos o próprio método e a teoria. Dessa forma, o analista traz suas contribuições que justifiquem suas intervenções para a produção de efeitos sensíveis. Porém, é preciso deixar claro que esse contexto diz respeito ao *setting* contemporâneo presencial físico da psicanálise.

Entretanto, com o avanço da tecnologia dos meios de transmissão, os meios de comunicação entre nós estão mais amplos e menos dependentes de uma relação presencial física. Nessa conjuntura da vida contemporânea em que se predomina na

zona urbana, a tecnologia pode ajudar o contato virtual entre pessoas em situações como: a dificuldade de se chegar a diferentes lugares devido à distância, o tempo e o trânsito que podem emperrar o caminho. Nessa ocasião é possível falar com alguém por um dispositivo de áudio e vídeo com acesso à internet em tempo real. Eis então que, juntamente com essas últimas questões (Fazer psicoterapia ou psicanálise? Onde? Com quem?) das quais estamos respondendo até hoje, mais uma entra em jogo e nos atravessa: De que modo fazer psicanálise?

Devido ao fato de o enquadre clínico psicanalítico se estabelecer na transferência pela via da fala e escuta, há a hipótese de que se pode fazer terapia mediada por dispositivos com transmissão em tempo real pela internet. A hipótese se fortalece ainda mais nessa vida contemporânea em que o sujeito não tem tempo para ir ao local de atendimento. Outro fator que alimenta essa ideia é que a transmissão da psicanálise se amplia por meio da internet ao divulgar livros, exibir gravações de vídeos feitos por analistas, transmitir aulas online, realizar um trabalho de supervisão em tempo real via *Skype*, etc. Outro exemplo que se aplica aqui é o fato de que caso um cidadão more em uma cidade que não existam psicanalistas, e se interessar pela clínica psicanalítica, ele pode tentar realizá-la por meio de dispositivos digitais pela internet.

Essa talvez seja a mais complicada questão contemporânea que encontramos acerca dos desdobramentos do enquadre clínico psicanalítico. Antigamente, as inflexibilidades dos analistas (muitas vezes do próprio Freud) era uma tentativa de controlar e não deixar que a psicanálise fosse feita de qualquer forma. Essa tentativa de preservar e não deixar descaracterizar o enquadre clínico era muito importante, porém, algumas vezes, acabou por não perceber e, até mesmo, ignorar fatores que pudessem ampliar a terapêutica psicanalítica. Em outras palavras, podemos dizer que, nesse caso, o bloqueio da possibilidade do estabelecimento de transferência psicanalítica em outros lugares e de outras maneiras dizia respeito às problemáticas interpretativas de capturas narcísicas, ou seja, às resistências dos analistas. Hoje em dia, a problemática parece ser de outra ordem, pois não diz respeito às resistências dos analistas, mas sim, sobre a impossibilidade de se estabelecer uma transferência psicanalítica por dispositivo via internet.

Nesse caso, não somente não temos uma resposta última para isso, como também não temos nem a primeira! No que diz respeito ao enquadre clínico

presencial, o trabalho anda mais frutífero, pois vimos que os analistas então levando cada vez mais em consideração as novas perspectivas de subjetividade com a grande influência da internet, a ampliação de lugares de atendimento, os questionamentos sobre os facilitadores e a identificação de novos dificultadores. Afinal, caso esses aspectos tenham se tornado obsoletos e agora emperram uma análise, é o caso de abandonarmos e criarmos outras condições. Porém, no que diz respeito à análise feita por internet, não temos considerações de peso a fazer.

Entretanto, podemos fazer algumas apostas para verificar qual a qualidade da psicanálise dentro desse contexto. Como disse o entrevistado 2, levantamos a hipótese de que a análise virtual pode fazer com que o sujeito não atue ou somente atue, então já pode ser um indício clínico pra se pensar em formas de intervenção. Segundo o entrevistado 3, esse mundo do mediado facilita o processo de supervisão e transmissão psicanalítica, isso pode ser um facilitador para processos psicanalíticos, porém nos deixa um questionamento: até ponto não pode se configurar como um dificultador, uma vez que, no mediado, perdemos algumas noções de tessitura clínica? Essas noções também não seriam importantes na supervisão, já que ela é clínica? Por fim, como nos diz o Entrevistado 1, é possível intervir minimamente de forma clínica via internet uma vez que um paciente mudou de cidade e queria continuar falando algumas coisas para o analista. Essa condição pode ser uma ajuda ao analisando até encontrar outro analista, o que evita que seu processo terapêutico seja muito prejudicado. No entanto, tudo isso não passa de apostas e talvez a terapêutica psicanalítica não passe desse mínimo, ou então nem chegue lá, via internet.

Como se sabe, o termo *setting* se trata de um verbo que se encontra no gerúndio. Isso significa que ele está sempre em processo de construção e adaptação. Portanto, para que continuemos pintando, delineando nosso *setting*, devemos levar em consideração toda essa gama de dimensões, desdobramentos e condições, analisando suas respectivas vantagens e limitações. Afinal, somente com mais pesquisas e práticas nessa conjuntura poderemos saber se, diferente de outras práxis terapêuticas e de saúde que se realizam pela internet, a psicanálise conseguirá construir esse novo enquadre; ou, se ela permanecerá nesse antigo esquema até que as relações humanas sejam ainda menos presenciais e físicas e o enquadre se torne irrelevante.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é o contemporâneo? In: **O que é o contemporâneo?** e outros ensaios. Tradução: Vinicius Nicastro Honesko. Chapecó, SC: Argos, 2009.
- BALINT, M. On the Psycho-analytic training system. **International Journal of Psycho-analysis**, London, n. 29, 1948.
- BERNFELD, S. On psychoanalytic training. **The psychoanalytic Quarterly**, New York, n. 31, 1962
- BIRMAN, J. **Freud e a experiência psicanalítica**. Rio de Janeiro: Timbre-Taurus, 1989
- BLEGER, J. Psicanálise do enquadramento psicanalítico. **Pulsional Revista de Psicanálise: Clinicando**, ano XVI, n 170, junho 2003. p. 45-57.
- CHAUÍ, M. Amizade, recusa do servir. In: LA BOETIE, E. **Discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- DIDI-HUBERMAN, G. **A Pintura encarnada, seguido de A Obra-prima Desconhecida de Honoré Balzac**. Trad. Osvaldo Fontes Filho e Leila de Aguiar Costa. São Paulo: Escrava, 2012.
- DIONISIO, G. H. Da pesquisa psicanalítica como estratégia do detalhe: ensaio sobre um “método”. In: BIRMAN, J. et al. (orgs). **Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos**. São Paulo: Zagodoni/Fapesp, 2018 (no prelo)
- DIONISIO, G.H. Enquadres clínicos, enquadramentos estéticos: arte e psicanálise. Impulso. **Revista de Ciências Sociais e Humanas**, v. 24, 2014. p. 113-122.
- DORON, R.; PAROT, F. (orgs.) **Psicologia clínica: dicionário de psicologia**. v. 1. São Paulo: Ática, 1998, pp. 144-145.
- ENRIQUEZ M.; ENRIQUEZ, E. Le psychanalyste et son instituton. **Topique Revue freudienne**, Paris, PUF, n.6, 1971.
- ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2004.
- FERENCZI, S (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: **Escritos psicanalíticos 1909-1933**. Rio de Janeiro: Timbre/Taurus, s.d.
- FERENCZI, S. De l’histoire du mouvement psychanalytique. In: **Psychanalyse-I**. Paris: Payote, 1968.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, pp. 285-319.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.



FRANCO, S. G. A transferência na histeria: um estudo no “caso Dora” de Freud Pulsional **Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 132, 23-33, 2000.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **Arte, dor**: inquietudes entre estética e psicanálise. Cotia, SP: Atêlie Editorial, 2005.

FREUD, S. (1904) **O método psicanalítico de Freud**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

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

FREUD, S. (1912) **A dinâmica da transferência**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

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

FREUD, S. (1913) **Sobre a psicanálise**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996f.

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

FREUD, S. (1914) **A história do movimento psicanalítico**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996g.

FREUD, S. (1900) **A interpretação dos sonhos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas de Freud. v. III. Rio de Janeiro. Imago: 1996h.

FREUD, S. **Fragmento da análise de um caso de histeria**, In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996i.

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

GLOVER, E. Therapeutic criteria of psycho-analysis. In: **The thecnique of psycho-analysis**. Bailliêre, Tindall & Cox. London, 1955.

GROSSKURTH, P. **The secret ring**. New York: Addison-Wesley, 1991

GUERRA, A. M. C. O social na clínica e a clínica do social: sutilezas de uma prática. In: GONÇALVES, B. D.; GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. de O. (orgs.). **Clínica e inclusão social**: novos arranjos subjetivos e novas formas de intervenção. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002, p. 29-48.

HERRMANN, F. **Clínica psicanalítica**: a arte da interpretação. São Paulo: Brasiliense, 1991.

INGLEZ-MAZZARELLA, T. Herança e transmissão na e da psicanálise. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 48, n. 89, p. 127-135, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010358352015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352015000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 mar. 2017

JONES, E. **A vida e a obra de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KLEIN, M. **As origens da transferência** (1952). Inveja e gratidão e outros trabalhos. 1946-1963. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KUPERMANN, D. **Transferências cruzadas**: uma história da psicanálise e suas instituições. São Paulo: Escuta, 2014.

LACAN, J. Variantes do tratamento-padrão. In: **Escritos**. tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LIBERMAN, D.; FERSCHTUT, G. e SOR, D. El contrato analítico. Buenos Aires, **Revista de Psicoanálisis**, v. 18, 1961.

MEZAN, R. **O tronco e os ramos**. Companhia das Letras, São Paulo, 2014. 1ª edição.

MOREIRA, J. O; ROMAGNOLLI, R. C; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 2 fev. 2016.

NASIO, J-D. **Como trabalha um psicanalista?** tradução, Lucy Magalhães; revisão técnica, Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999

NEVES, F. J. L. A psicanálise Kleiniana. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 29, n. 54, p. 21-28, set. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952007000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jun. 2018.

ROUDINESCO, E. **História da psicanálise na França**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

ROUDINESCO, E. **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**. tradução André Telles; revisão técnica Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

ROUSTANG, F. **Um destino tão funesto**. Rio de Janeiro: Timbre-Taurus, 1987

SALIM, Sebastião Abrão. A história da psicanálise no Brasil e em Minas Gerais. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, p. x-xx, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272010000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 out. 2017.

SANTOS, K. Y. P. **Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Assis, 2014

SEGALL, H. **A obra de Hanna Segall**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

STRACHEY J. The nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. In: **Int. J. Psycho-Anal.**, n. 15, pp. 127-159. 1934.

WINNICOTT, D.W. **Clinical varieties of transference**. Collected Papers. 1955.

ZYGOURIS, R. **Psicanálise e psicoterapia**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

ZYGOURIS, R. **Pulsões de vida**. São Paulo: Escuta, 1999.

## ANEXO I

### Roteiro de entrevista

#### Perguntas básicas

- 1 – O que é o enquadre clínico psicanalítico?
- 2 – O que você pensa do enquadre clínico como um lugar?
- 3 – Quais são os limites do enquadre clínico na contemporaneidade?
- 4 - Quais são os avanços do enquadre clínico nos tempos atuais?
- 5 – Quais outros desdobramentos do enquadre clínico psicanalítico gostaria de apontar?

Outras perguntas poderão ser feitas ao longo da entrevista, pois podem se apresentar como decorrentes e pertinentes ao discurso dos entrevistados.

## **ANEXO II**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Pintando o Setting: Considerações sobre o enquadre clínico psicanalítico e seus desdobramentos no contemporâneo”, sob a responsabilidade dos pesquisador Ricardo Costa Otávio (RG nº 44224852-0).

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do PARTICIPANTE ou de seu RESPONSÁVEL LEGAL e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (16) 99103-8940 ou pelo e-mail rcotavio@yahoo.com.br

#### **I. A pesquisa:**

Esta pesquisa tem por objetivo: Investigar – mediante referencial teórico psicanalítico e por meio da realização de entrevistas com psicanalistas – o que é o enquadre clínico psicanalítico, quais são alguns de seus desdobramentos no contemporâneo, e o que os entrevistados pensam sobre o assunto.

#### **II. Procedimentos:**

a) Os procedimentos dos quais o participante participará são os seguintes: Entrevista semi-aberta com o pesquisador durante aproximadamente 60 minutos. A entrevista será realizada no local combinado com o entrevistado e o áudio da entrevista será gravado para atender aos objetivos da pesquisa.

### **III. Riscos/Desconfortos e Benefícios**

a) Possíveis riscos ou desconfortos: O entrevistado pode se sentir incomodado na realização entrevista e indicar imediatamente ao pesquisador.

b) Formas de Acompanhamento e assistência em caso de ocorrência dos riscos ou desconfortos: o entrevistado será assegurado do sigilo. Caso o mesmo venha manifestar alterações psíquicas e físicas, decorrentes do contato com suas emoções ao responder a entrevista, será encaminhado para os serviços de saúde, saúde mental ou outros encaminhamentos necessários.

c) Benefícios esperados: Possibilitar ao participante a reflexão e a sua posição sobre os motivos que levam a revisão dos enquadres clínicos psicanalíticos ainda existentes e a importância da ampliação e construção de novos, e assim poder contribuir com a comunidade científica.

### **IV. Liberdades/Garantias:**

O participante tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização; bem como a liberdade de não responder às perguntas ou não participar de momentos que possam causar-lhe constrangimento de qualquer natureza. O participante e o seu responsável terão todos os esclarecimentos necessários, em qualquer etapa da pesquisa.

### **V. Sigilo/Anonimato:**

A pesquisa será totalmente sigilosa. O anonimato será mantido, pois será utilizado um codinome para não expor o entrevistado.

### **VI. Publicação:**

A pesquisa poderá ser publicada como artigo em revista científica, por exemplo, sempre preservando o anonimato.

Termo de consentimento livre esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar como PARTICIPANTE da pesquisa “Pintando o Setting: considerações sobre o enquadre psicanalítico e seus desdobramentos no contemporâneo”. Caso necessário, meu representante legal \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, grau de parentesco: \_\_\_\_\_, estará ciente deste Termo, de modo que atesto(amos) ter(mos) sido devidamente informado(s) e esclarecido(s) pelo pesquisador, Ricardo Costa Otávio sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que ( ) concordo / ( ) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Eu, Ricardo Costa Otávio, pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

### ANEXO III

## Transcrição das Entrevistas – Entrevistado 1

### PARTE 1

**Entrevistador** – A pergunta para começar: o que é enquadre clínico para você?

**Entrevistado 1** – Olha, eu acho que essa palavra “enquadre clínico” é o suficiente para ter “pano para manga” para falar disso. Enquadramento clínico, do que estamos falando. Numa primeira concepção, enquadre clínico, numa situação de enquadrar, seria de restringir. O que seria essa clínica de espécie de restringir? Você cria dispositivos, onde há enquadre clínico que parametrizado por um conjunto de técnicas e métodos, etc. O enquadre clínico na minha opinião é uma coisa, onde há algo facilitador da emergência do inconsciente, o enquadre clínico no sentido geral. Óbvio que você pode falar de enquadres clínicos, dependendo obviamente, das suas identificações com atores e de conjunto técnico de posturas do analista, que historicamente foram elencados como posturas interessantes do analista ter, invariadas, determinadas por varias escolas. Tem esses vários enquadres clínicos possíveis que vão sendo mediados, pelas visões que as escolas têm de como conduzir a análise. Mas o enquadre clínico de forma geral e que varia de escola para escola, enquadre clínico é algo que diz respeito a uma relação, a um acolhimento, a uma escuta, onde há situação de emergência do inconsciente e isso que buscamos fazer em análise. Ou seja, uma escuta, a percepção da associação livre por parte do seu analisando. Mas o enquadre clínico em psicanálise que não vise, em última instância, a emergência do inconsciente, não sei o que estamos fazendo em análise. Agora, de que forma promover o proporcionar essa emergência do inconsciente através de um conjunto técnico? Como toda técnica ela visa otimizar o método e o método na psicanálise é o método interpretativo, você têm técnicas variadas e que são elencadas pelas escolas a partir de certas posturas teóricas que tem. Por exemplo, dentro no campo clariano como lidar com situações, onde você tem toda uma situação clínica que predomina é um conjunto de mecanismos [...] para nós. Como lidar com isso? Por que vias você pode lidar melhor clinicamente com isso? Esse conjunto teórico esquizoparanóico não existe na postura lacaliana, existem outras coisas. Nessas outras coisas, como são recomendadas posturas ou técnicas visando otimizar essa emergência do inconsciente, ou seja, visando otimizar o método interpretativo? Então, o Lacan em várias situações, você tem, por exemplo, varias situações técnicas, entre elas já falamos em outro momento sobre o tempo lógico. Que é uma coisa que diz respeito a pontos de corte, visando o elemento da angustia, mas têm outros, Mas enfim, enquadre clínico, de forma geral, é alguma



coisa que visa privilegiar uma certa escuta e essa escuta tem haver obviamente com a forma de como se conceitualiza o inconsciente. O inconsciente é conceitualizado de formas diferentes em psicanálise, não é uma coisa fixa, as escolas têm imagens desse inconsciente. Dentro da psicanálise, você têm cláusulas pétreas, vamos chamar assim. Eu nunca vi nenhum analista que negue o complexo de Édipo, por exemplo. Eu nunca vi nenhum analista que negue o campo de fantasias. Eu nunca vi nenhum analista que negue o papel psíquico do desejo. Eu nunca vi nenhum analista que negue a existência do inconsciente. Perfeito? Todos concordam. Mas a concordância começa a terminar por aí. Se você perguntar para um analista como se constitui o inconsciente, o que é o inconsciente, o que há nele, como ele se operacionaliza em relação às outras instâncias da mente, como ele se põe na própria relação clínica. Ai os analistas começam a discordar. O que é fantasia? O que há numa fantasia? Como o conceito de fantasia se relaciona com o desejo ou outros conceitos. Os analistas também discordam entre si. A psicanálise não é propriamente o campo do consenso. Sabendo disso, nem por isso o campo é fraco. Na minha opinião, isso faz a riqueza do campo. Até porque a natureza do nosso objeto de trabalho se é possível chamar assim, é uma coisa bastante controversa. Nós estamos falando de uma etéreo até. Então, obviamente, dependendo das imagens que se tem, teóricas dentro desse inconsciente, você organiza ou instrui certas formas de leitura disso. Todo analista ao longo do seu processo de formação, ele vai introjetando atores, estilos, formas de pensamento que ficam lá no seu pré-inconsciente, para uso [...]. Ou seja, você ao longo da sua trajetória, enquanto analista, você vai construindo o analista, que é diferente de x analista, y analista e z analista. Pelo conjunto de atores que você passou com os quais teve um campo transferencial com a obra. De que forma esse campo transferência com a obra fez você operacionalizar essa obra de uma forma, mais ou menos, criativa? Então, você vê que analistas tem leituras das obras de Freud, Lacan, Clair e Ington de forma muito diferentes de outros e passaram pelos mesmos atores. Então você a coisa do sujeito dessa relação transferencial com o texto e o que alguém consegue fazer de uma leitura. Por exemplo, um psicanalista que eu admiro muito do Rio de Janeiro, Jurandir Freire Costa, faz uma leitura de Ington, de Freud, para abordar além de problemas teóricos clínicos, situações sócio culturais que se faz que visualizar e pensar em problemas macrossociais, de forma incrivelmente interessante. Quer dizer, ele faz uma leitura conceitual e uma operacionalização conceitual nele, para pensar em situações psicanalíticas que faz a leitura desses processos macrossociais ficar diferenciada frente a outros atores. Na mesma forma, você tem outros analistas que fazem uma leitura muito burocrática dos textos da psicanálise. Você tem uma gama de coisas e você tem analistas muito criativos, analistas muito diversivos. Eu acho que isso tem haver com o processo de formação, tem haver com o processo de análise que faz com que a relação do sujeito com determinadores atores ou com determinados conceitos, ou com determinadas temáticas de determinados atores para ele sejam mais do que outras. Eu acho muito interessante, já que você falou do enquadre clínico, a ideia da clínica ser uma espécie de brincar, que é uma ideia winnicottiana. Para mim, isso se torno uma ideia interessante, mas

para outros analistas pode não ter se tornado [...] e a ideia do brincar da arena, da clínica é de menos importância, trabalham com a clínica de uma outra forma. Então, obviamente, que o seu enquadre clínico vai se dando por esse conjunto que tem haver com a sua própria análise no pessoal, que você viu, de como o seu analista trabalha, das suas supervisões, das trocas de impressões junto ao supervisor ao longo da sua vida e também de turbinado da sua experiência analítica, pela sua própria análise, análise de terceiros, porque caminhos você foi buscando certas respostas, por assim dizer, há certas questões que essa formação foi pondo para você. Com relação a si mesmo e com relação aos analisando, e que autores você foi elencando para si, você foi privilegiando atores de seu interesse e que são votáveis. Num determinado momento da sua vida clínica são tais autores, depois num outro momento da sua vida clínica você interessou por outros autores e deixou de lado os outros. E esse de lado nunca faz embora. Por exemplo, eu tenho autores que gosto muito da psicanálise, Freud naturalmente, gosto muito de Lacan [...] coisas interessantes de Michael Balint e outros, mas se eu resolver alguma hora não pensar mais nesses autores, obviamente que o meu pensamento não vai largar deles. Eu só posso, simplesmente, deixar de estudá-los, mas eu já estou encharcado deles.

**Entrevistador** – Até porque, supondo da ideia do inconsciente é impossível largá-los.

**Entrevistado 1** – Exatamente! Quer dizer aquilo está na gente, nos atravessa, porque vem de toda uma experiência de estudo, mas não só uma experiência transferencial, mas afetiva com esses autores. E que foram pessoas, em última instância, que nenhum de nós analistas conheceu. Porque são pessoas que [...] que talvez tenha morrido mais perto da gente, desses grandes autores, tenha sido Lacan. Lacan morre em 81, Freud em 39, Klein em 60. Gente eu já morreu 40 e 50 anos atrás, obviamente, que grande parte da geração viva de psicanalistas não conheceu. Só analistas que têm mais de 60 anos podem ter visto Lacan nos seus últimos dias e tal. Pessoas que já morreram, mas a nossa relação não são com essas pessoas, são com as suas obras. A psicanálise é uma disciplina de filiação. Nós temos filiação com os nossos analistas, com os nossos supervisores, com os atores dessas teorias. Todo analista mesmo que não queira, ele dialoga com Freud. Você vê as obras dos analistas pós-Freud, todos eles em maior ou menor grau eles dialogam com a obra do fundador da psicanálise, porque foi o único que não foi castrado, todos os outros foram castrados como filhos. É uma disciplina de filiação. Então, você veja que alguma coisa muito específica. Você está falando de um objeto de estudo, não é a melhor palavra, mas o objeto de estudo que é o inconsciente, no qual você pensa nele como objeto de estudo, também na clínica e não só teoricamente. Mas você pensa sobre ele em um outro sentido da palavra “sobre”. No sentido que você pensa apoiado nele. Você pensa apoiado na condição do seu inconsciente, não só como objeto de estudo. Isso faz da psicanálise uma coisa muito su generis no seu campo. Porque o seu objeto de estudo dá condição de pensar

sobre ele e de que forma pensar sobre ele. O que é inconsciente? O inconsciente não é um livro que você pega, está aqui mais ou menos restrito. Então é muito “pano pra manga” para poetas, filósofos, próprios psicanalistas, pintores. Tudo o que estamos falando. Não é uma região do cérebro. Freud quando fala do aparelho do psíquico e do inconsciente, ele está falando daquilo de forma didática [...]. Lacan fez uma definição do inconsciente muito interessante, muito rica, que é a ideia do inconsciente estruturado como linguagem, como efeito de linguagem. Quer dizer, tem coisa mais etérea que isso? É uma coisa de nível de abstração muito elevado. Não é uma coisa que haja um consenso. Nosso objeto de estudo, na engenharia é dinâmicas de tração e compreensão em pilares de edifícios. Temos como evidente o que é um pilar de um edifício. Ninguém tem a psicanálise como algo evidente, que todos partilham. Não é algo visível, não é algo eu você possa dizer dele assim. A gente fala do inconsciente como falta, mais ou menos, como algo que nos escapa. Então, não tem definições últimas. Eu tenho uma ideia de subconsciente psíquico que une representações e objetos psíquicos, de maneira absolutamente imprevisível a consciência. Eu acho essa ideia do inconsciente muito interessante, porque ele une coisas que a consciência não prevê. Isso me dá uma ideia do inconsciente, que me parece muito interessante e que diz respeito da imprevisibilidade que une um monte de coisa na consciência e que efeitos produz. Eu acho essa ideia rica, pode ser que na minha frente eu gosto de outras? Pode ser, mas essa foi a melhor que eu encontrei. Eu acho que o percurso de um analista, falando enquadre clínico dele com seu analisando, mas vamos dar uma ideia que talvez seja interessante, do nosso enquadro clínico com nós mesmo. No sentido, eu no meu enquadro clínico, da minha formação. O que é que eu fui me tornando? Naturalmente, nós temos referências desses grandes autores, “referências com f”. O problema, eu acho é que os analistas tem uma tendência, uma postura quase religiosa com relação alguns autores que fazem “reverência com v”. Eu acho, que com isso, perdemos muito. Porque esses autores são interessantes, na medida em que podemos questioná-los para podemos trabalhar. E trabalham bem. Têm obras grandiosas que podem ser questionadas e que ao serem questionadas dão respostas interessantes, todos eles. Você vê que têm estudos, milhares no mundo, sobre Lacan, Freud, Klein [...] as pessoas estão questionando esses autores, os analistas, o tempo todo. E as obras deles dão respostas interessantes, não totais, mas interessante para pensar o psíquico. Agora, que eu saiba nenhum autor dá. Então, basicamente é isso e eu posso colocar mais uma coisa. Que a psicanálise dá respostas totais, uma injustiça que temos sobre ela. Não se pede [respostas] totais das teorias, mas da psicanálise se espera, que ela dê respostas últimas. Ora, respostas últimas sobre o inconsciente? Como assim?

**Entrevistador** – Justo ela que lida com inconsciente que falta. Você falou uma coisa interessante, você começou dizendo do enquadro clínico, enquadres possíveis, dos limites e você falou do enquadro clínico como brincar de Winnicott. Ele ampliou o enquadro clínico por levar a psicanálise para a pediatria, um lugar que não se fazia psicanálise e ele levou, e isso foi rico tanto para a psicanálise com esse enquadro

novo e tanto para pediatria que teve que lidar com a subjetividade infantil, a partir da teoria psicanalítica e tudo mais. A Tania Vaisberg fala que o enquadre é como uma criação de um mundo. Você cria mundo para lidar com questões psicanalíticas. Então, ela fala de atendimentos individuais, oficinas terapêuticas que ela chama de enquadres diferenciados, uns que ela criou e tudo mais. Coisas que o Freud fazia desde início, que ele amplia o enquadre clínico, atendendo a Catarina nas montanhas, o Maller no passeio, enfim. O Lacan fala numa entrevista que é ridículo falar que a psicanálise está morta, naquela época, anos 60 ou 70, porque nós não conhecemos todos os limites da psicanálise. Ele fala que a psicanálise tem que ir desde a ampliação a uma psicanálise em extensão. Em todo momento que estamos falando de enquadre clínico e tudo mais, a gente está falando da ampliação da intenção, muita pouca gente falou de extensão, embora tenhamos tempo. Você falou um pouco do “enquadre com você mesmo” na sua formação e isso vai para um campo de extensão. Mais temos que falar de ampliação, no sentido de ampliação do consultório, novas possibilidades de consultório, novos lugares de análise, analisando o paciente e tudo mais. Mesmo que seja em grupos ou oficinas terapêuticas. Então, essa é uma questão, você disse que o enquadre clínico é possível desde que trabalhe essa questão do inconsciente, do acolhimento dessa escuta e tudo mais. [...] Mas a gente tem que falar de enquadres clínicos como lugares, lugar físico. A questão é: é possível fazer isso em qualquer lugar? Transformar qualquer lugar em enquadre clínico? A segunda a gente tem falado da ampliação da clínica, do consultório. Por exemplo, eu lembro que um professor deu um texto de uma autora que eu não lembro que ela falava que oficina terapêutica não são terapias, não são análises. Porém, trazem efeitos terapêuticos.

**Entrevistado 1** – O que eu penso é o seguinte – um enquadre clínico em última instância é algo que diz respeito a uma espécie de propriedade do analista, ou seja, quem opera na clínica não é a psicanálise, quem opera na clínica é o psicanalista. E o psicanalista é o sentido forte da palavra. É esse sujeito do inconsciente do analista.

**Entrevistador** – No sentido de que até o analisando em análise é psicanalista?

**Entrevistado 1** – Sim, também. Eu acho que esse sujeito do inconsciente do analista que vem sendo trabalhado na sua própria análise, suas próprias supervisões. Na medida, que eu percebo, também, que a análise que você promove aos outros e de alguma forma diz respeito a você, também. Entende? Então, em última instância diz respeito a como a longo do tempo, esse sujeito do inconsciente do analista está posto e de que forma isso aí é um facilitador de encontro, da possibilidade de outro enxergar perto das suas próprias dinâmicas. Basicamente, penso que o enquadre em última instância é algo que operacionalizado pela condição psíquica do analista. E isso diz respeito ao um campo de trabalho gigante sobre a vida dele, de muitos anos.

**Entrevistador** – Então significa que precisa ter limites, também?

**Entrevistado 1** – Eu acho que há uma certa ingenuidade de que as pessoas acreditam as pessoas que entram na psicanálise, de que se tem diretivas teóricas e diretivas técnicas, que por si só, criam enquadre. Pode ser pensar nessa forma, mas eu acho que é pobre. O enquadre clínico como acolhimento, como capacidade de emergência do inconsciente, isso vem da figura do analista. Por isso, que os analisandos olham e falam: fazer análise com esse analista foi melhor, para mim. Houve um encontro de coisas ali. Quer dizer, a condição psíquica daquele analista frente ao um determinado conjunto de coisas daquele analisando, formou uma boa dupla e criou uma coisa interessante. Que pode ter perdurado mais ou menos tempo, mas eu acho que criou uma coisa interessante. Não é que você fica 10 anos em análise, que a sua análise foi melhor. Porque tem gente que fica no divã 10 anos.

**Entrevistador** – Você falou dupla, mas serve se for o caso de um grupo?

**Entrevistado 1** – Penso que sim. Agora sobre a situação física, propriamente dita, eu não saberia te dizer muito bem sobre isso. Eu acho que você precisa ter em termos de estrutura física, algum lugar que as pessoas não estejam distraídas com muitas coisas. Você não vai fazer um grupo terapêutico em uma piscina, a não ser se for algo que você procure isso com o grupo. Mas você precisa ter uma paz ou um campo de coisas que não tenha buzinas, não tenha uma série de coisas, nas quais as pessoas fiquem atordoadas com isso. Agora, você tem grupos terapêuticos que vão para o meio do mato, porque acham que isso é interessante, etc. Mas que faz parte do conjunto da coisa. Fica difícil fazer análise no meio da rua. É preciso de um certo silêncio e de certas coisas, por isso essa coisa do consultório, que é uma conversa de duas pessoas, que não é interrompida, no lugar quieto, que supõe favorecer uma certa introspecção. Você não vai ao analista e o sujeito está com o rádio ligado, você não está ouvindo música. Em termos de espaço físico, alguma coisa, onde tenha um certo silêncio e outras coisas para que certas emergências possam aparecer.

**Entrevistador** – É que quando eu perguntei sobre não se limitar ao lugar físico, estou falando, porque os defensores que enxergam o enquadre clínico, como *locus*, como lugar. Que envolve certas coisas, como você está falando do lugar físico a questões de topografia e topologia. Você está falando que o analista pode operar a psicanálise em certas condições, para que o analista e o paciente se configurem ao enquadre. Configura-se o lugar, o analista e o paciente, pode ser o par ou grupo. Mas, se configura um lugar, que não é só físico, ele é um campo metafórico que se pode trabalhar essas questões. Por isso, que eu falo que vai de encontro com os limites do analista, e também, do analisando em geral. Você deu o exemplo da piscina e na rua, eu concordo. É inviável para mim, aí já mexe com meu limite, eu não consigo trabalhar numa rua ou piscina, mas desde que tenha pacientes e terapeutas que consigam trabalhar nesse enquadre e usa dele para experiência clínica, pode se configurar um novo enquadre. Por isso, é uma questão de configurar esse tipo de enquadre, os que criaram vão escrever e teorizar da importância e

porque se configurou assim. Que é totalmente diferente de falar que pode fazer análise em qualquer lugar. Se fosse em qualquer lugar, o tempo todo a gente faria análise e todo lugar seria um enquadre clínico.

**Entrevistado 1** – Você veja, por exemplo, o que virá não sabemos. Mas o que já foi já mostra um pouco. Você vê que a análise nasce de uma experiência de consultório e ela nasce incluso, como você bem se lembrou de uma certa dica de uma paciente que o divã era interessante para ela. Quem falou do divã foi ela, que é um resíduo da hipnose. Mas é possível fazer psicanálise com a pessoa na cadeira? Claro que sim. O divã é facilitador interessante, mas tem pacientes que não querem o divã. Ai a psicanálise fica limitada? Espera um pouco, isso só é um dispositivo teórico clínico. Dependendo de um móvel, então nós estamos muito mal. Se o divã não existe, tudo vai para água baixo? Como Assim? Isso foi uma conversa de Freud com Catarina, na entrada de uma pousada. Quer dizer? Virou um estudo de caso clínico de histeria. O que você tem uma experiência de consultório no início e ao longo do tempo, aquele analista com o seu cardigã, com a sua gravatinha borboleta, o analista típico de consultório de tantas décadas, nos últimos anos essa cartografia mudou fortemente. Analistas, hoje usam calçam jeans, usam tênis, trabalham em instituições, trabalham em hospitais, trabalham em instituições asilares, trabalham também com questões da clínica do testemunho com pessoas que passaram por experiências na ditadura, trabalham com grupos. Como no grande livro do Jurandir Freire Costa, que ele fala de experiência de grupo que ele fez no Rio de Janeiro. Psicanálise voltada para mães, você tem uma série de aplicações dela em outros contextos que nem de longe estava previsto. Isso é uma coisa relativamente recente de quarenta anos para cá. Você tem, por exemplo, na França os analistas são ligados aos hospitais ou grupos terapêuticos que fazem experiência com a análise que vão muito além de contextos de consultório. O que virá daqui para frente, eu não sei. Muitos dizem que a psicanálise não vai durar por muitos anos, como ela já tem 120 anos, eu acredito que ela tem bons anos de vida, eu espero. Eu não sou ambicionado com a psicanálise. Eu acho que ele é o maior dispositivo psíquico criado pelo homem para pensar em intervir no psíquico do homem. A sofisticação teórica clínica da psicanálise não tem paralelo com outros campos de teoria e aqui vai que eu não sou dado com corporativismos. Respeito outras formas de teoria e psicologia, acho todas elas um esforço para compreender esses mistérios do humano, como por exemplo, a abordagem de Rogers, a psicologia junguiana, a fenomenologia, todas. Eu sou um curioso profissional, gosto de ler todas essas pessoas. Agora, em termos de sofisticação teórico clínica, nenhuma chega perto da psicanálise. Por conta da genialidade do autor e por conta da sorte de discípulos muito brilhantes que vieram depois de Freud. Passando por outros mais novos, gente muito brilhante se apropriou da psicanálise. Tendo se tornado analista ou não. Você citou movimentos artísticos, o próprio movimento surrealista, a filosofia, não se pode subestimar o impacto da psicanálise na cultura. Por conta, dessa sofisticação teórica clínica dela que vem da genialidade do autor e de muitas que vieram depois dele. E hoje, muita gente interessante e brilhante está operando dentro da

psicanalise. Eu acho que essa é a maior riqueza dela, porque ela ainda intriga. Falam que ela está morta, mas todo mundo quer dançar com o cadáver. Porque dizem que ela está morta, mas você pega essas coisas de eventos, tem milhares de eventos que se relacionam com a psicanalise. Frutos de estudo: cinema e psicanalise, neurociência e psicanalise, teatro e psicanalise, tudo, querem se associar ao cadáver. Mas que cadáver é esse então?

**Entrevistador** – Acho que as duas grandes teorias sobre o humano que tratam da questão psíquica são a fenomenologia e a psicanálise. Elas parecem ir um pouco além da barreira dessa psicologia de massa, porque pensa de algo psíquico. Mas vai para outros campos. Mas as duas teorias que são ricas, são acusadas. A psicanálise e a fenomenologia, tanto que elas se preocupam com coisas incomuns, tendo visões diferentes, mas as visões se dialogam e se entrelaçam com coisas criativas. Uma para outra. A discussão que o Lacan faz com a fenomenologia só enriquece a psicanalise. E cria outras intervenções.

**Entrevistado 1** – Eu acho que é interessante que se faça isso. Muitas vezes eu temo os analistas não de forma totalizada, mas se vê muito analistas que tendem muito rapidamente ao dogmatismo ou uma posição sectária. Você tem uma coisa de só ler sobre psicanalise e daquele autor. Eu acho isso empobrecedor e acho que dogmatismo e psicanalise não se combinam.

**Entrevistador** – E você acha que essa coisa empobrecedora dogmática na psicanalise está na pergunta do contexto que estou falando? Ela é um facilitador de engessar o enquadre clínico e deixar o enquadre clínico inutilizável?

**Entrevistado 1** – Sem dúvida. Acho que é mais um analista robotizado, um analista que mimetiza algo da psicanalise, mas que não é análise. Ele mimetiza algo, ele se veste como analista, ele se parece como um analista, ele se senta como um analista. Mas você não vê algo dele ali, porque precisa ter algo seu. Seu analisando não busca Freud, não busca Lacan, ele não busca [...] ele vai buscar alguma coisa que pode encontrar contigo. Isso dependendo de como se posta. Você não vai conversar com seu paciente e falar: “você me desculpa, vou abrir um livro do Freud”. Obviamente, ele sairia correndo. Um analista, que tem uma história de vida, passou por Freud [...], não precisa ser só formação de analista, mas outras coisas que fazem parte da sua formação, etc. Para através desse triturador de coisas encontrar um psicanalista ai na frente, que vai ser único de termos de estilo, de enquadre, de clínica, etc. Que para alguns vai ser muito interessante, para outros nem tanto. A gente não pode querer ser palmatória do mundo, porque pode ter analisandos que não se deram bem contigo e outros ficarão com você no resto da vida, ser acharem interessante. Ter analisandos que não criam uma liga, como os jovens falam a coisa não vai muito longe. Eu insisto nisso, porque as pessoas pedem respostas teóricas clínicas e técnicas que não conta por si só, o processo da análise. Espero estar sendo claro que tem algo mais complexo, no meio, nem tão fácil de situar, que é o sujeito inconsciente do analítico do analista. Que esse faz a coisa operar. A teoria

não opera sozinha, a técnica não é uma especificidade da pessoa. A teoria ela te dá uma amplitude, ela abstrata para você se situar frente ao gigantismo do universo psíquico. Com às vezes eu falo de faróis no oceano, mas ela não cobre as possibilidades de mexida dos peões, ela sinaliza coisas. De cara, você tem um conjunto ritualizado, um conjunto de sintomas obsessivos. A experiência clínica de mais de 120 anos de psicanálise mostra que onde tem sintomas de obsessividade, há chance de você encontrar um campo de agressividade reprimida é grande. Então, talvez fica atento que talvez isso vai aparecer na dinâmica transferencial contigo. É isso que a teoria vai dizer. Agora, como vai aparecer em relação a que temas, de que formas, quando. Isso na clínica é impossível prever. Clínica não faz isso. Dos movimentos sutis específicos daquela relação, por isso que tem que estar o analista ali e não um robô. É alguém que tem um inconsciente também. Só que isso acaba sendo esquecido, porque as pessoas tem essa busca do poder fálico da teoria, para conta de todas as especialidades da clínica. Isso não é verdadeiro. E lembrando uma pessoa que admirei muito, teve muito peso na minha formação, que foi o psicanalista Fabio Herrmman, esteve aqui conosco no Instituto, mas infelizmente já faleceu. Na última palestra pública dele, antes de adoecer, o Dr. Herrmman dizia que as teorias psicanalistas que se prezem entram em crise na clínica. Isso me parece bem verdadeiro. Se sua teoria não entre em crise na clínica, talvez ela não seja psicanalítica, pode ser algo mais dogmático, talvez. Basicamente é isso.

## PARTE 2

**Entrevistador:** Então, entrevistado 1, só para a gente continuar, gostaria de saber o que você acha dessa questão de psicanálise e internet. Tem muitos psicanalistas apoiando essa ideia, pois onde não é possível ter uma sessão clínica presencial, usa-se o Skype ou algum outro recurso de internet com transmissão via computador, celular ou tablet. Isso se torou uma questão né? Afinal, isso ajuda? Ou não se trata de psicanálise porque não envolve a presença? O que você pensa sobre isso? É possível ou não é? Enfim, como você vê a clínica atravessada por esses processos?

**Entrevistado 1:** Acho que isso é um fenômeno muito novo a se ver dentro da clínica psicanalítica. A sutileza da clínica psicanalítica, o campo transferencial dela, todo esse etéreo que evolui a clínica da psicanálise, esse encontro rico e muito específico que se dá nela desde quando foi formulada e parametrizada pelo método psicanalítico, acho que nunca uma condição de mudança de setting dessa ordem foi posta. E hoje está sendo posta. Então cabe refletir sobre isso porque há uma demanda sócio cultural que vem ocorrendo. Tem vários profissionais psicanalistas de diversas áreas que estão trabalhando nisso e oferecendo esse serviço e deve-se pensar. Eles tem argumentos nesse sentido. Eu me pergunto assim: certamente algo é possível! Mas o que é possível? E o que da clínica pessoal fica comprometido



ou perdido em comparação a clínica por via de dispositivos eletrônicos através da internet e tais. Porque a psicanálise é uma clínica que aborda o silêncio, aborda coisas muito sutis. A relação presencial é muito importante. Eu não sei o que ocorre ainda porque eu nunca atendi via análise a distância. Então, o que é que se perde ou que se comprometeria numa análise via Skype ou dispositivos da mesma ordem. Talvez os olhares e gestos, ou seja, dinâmicas que a relação presencial propicia, mas que não são propiciadas a distância. Numa comparação um pouco forte, imagine um namoro. Você consegue falar com sua namorada talvez seis meses ou um ano no Skype, mas algum dia você vai querer vê-la! O encontro pessoal tem essa textura da realidade que me parece que atravessa também a clínica e que nos dispositivos de internet, que valorizo muito sobre vários aspectos, vai alterar a clínica psicanalítica, mas em que sentido? Então não tenho uma experiência para lhe dizer agora e nem acho que seja o caso porque são abrem precedentes para coisas novas e nós não temos precedentes para essas experiências. O que está ocorrendo com quem já trabalha com isso e para onde isso vai, certamente vai aumentar. Porque hoje, dentre as atividades humanas é difícil você encontrar uma que não passe pela internet. Não esperaria que a psicanálise ficasse imune a isso. Já se produzem muitas coisas sobre psicanálise via internet e isso também chegaria na clínica. E Chegou! Mas acho que também chegou em outras clínicas de outras formas de abordagens terapêuticas.

Então não teria experiência para te falar no que ela comprometeu ou não, porque eu nunca atendi nesse sentido. Mas pelo que ouço de colegas falando, você tem obviamente uma mudança de enquadramento, você tem outros recursos de percepção que são diferentes de você ter uma pessoa real ali na sua frente que se encontra, dá as mãos, entra no mesmo lugar... Ali tem fluxos de respiração, de olhares, de toda uma série de coisas que na clínica, vamos chamar assim, convencional, tradicional, o analista muitas vezes faz uso perceptivo como suporte para suas reflexões. E me parece que numa situação com Skype ou outro dispositivo eletrônico, teríamos que saber no que isso ficaria comprometido ou não. Mas também, teríamos que pensar o que ficaria facilitado na clínica na via desses dispositivos.

Agora, eu sou uma pessoa que pensa que o ser humano está na cultura e a cultura é fator essencial na sua subjetivação. Se não fazemos a clínica psicanalítica via internet, as formas que a internet e a revolução comunicacional estão pondo na cultura em termos de novas formas de subjetivação, já estão postas! Mesmo em termos de clínica presencial, esse novo mundo já está presente, mesmo que você não use um dispositivo eletrônico. Ou seja, eu tenho buscado nos meus estudos, as preocupações sobre essas novas formas de subjetivação e sofrimentos decorrentes dessas novas formas de subjetivação. Isso me interessa muito! No que tange ao atendimento específico via internet eu teria muito pouca experiência para te falar. Só que não sou propriamente um passadista. Gosto de novas experiências e o que da psicanálise se mantém como psicanálise em termos de enquadramento onde

dispositivos digitais estão envolvidos. Nessas condições, ainda seria psicanálise ou seria outra coisa? E se for outra coisa, o que é? O que que nasce daí?

O fato é que existem pessoas que estão fazendo e em pessoas que se propõem a fazer por essa via. O que mostra que culturalmente, isso está aí bem na boca do povo. As pessoas estão achando corriqueiro esse tipo de prática, o que 10 anos atrás era impensável e não estaria nem na pauta dos analistas. Porém a sociedade e a cultura criam possibilidades com as quais outras não podem funcionar. Ou seja, uma pessoa não faria análise presencial se caso queira fazer análise virtual e outro analista realiza esse serviço. Ou seja, alguns abrem o flanco para isso, outros já são mais resistentes a ideia e assim vamos vendo por onde vai caminhar. Minha aposta é que isso tende a aumentar. Mas não sei o que vai se tirar eminentemente de experiência psicanalítica disso. Nunca fui por esse campo porque pretendo me manter nesse encontro pessoal. Ainda tenho minhas dúvidas de como esse encontro virtual poderia manter esses aspectos que temos na clínica presencial. Outros colegas já estão praticando essa nova atividade e seria interessante se eles publicassem os trabalhos deles em congressos, artigos e livros, sobre o que estão vivendo.

**Entrevistador:** Esse trabalho deles ainda está reticente pois ainda não temos nada escrito, não é? Ainda está todo mundo pensando sobre!

**Entrevistado 1:** É tudo muito novo e se estivesse falando disso 15 anos atrás, seria a mesma coisa de estarmos falando sobre elefantes alados. Porque não existiria essa possibilidade. Porém, de impossibilidade, se tornou corriqueiro. Pessoas pensariam: como não vai haver psicanálise via internet? Vocês estão na idade da pedra? As coisas vão se impondo. Por exemplo, vamos supor que você vai trabalhar em uma instituição como um banco. Imagine o pessoal do R.H. pedindo seu e-mail para comunicação e você diz que não usa e-mail, mas tem que tem caixa postal no correio e eles podem enviar os comunicados por lá. Eles podem até achar que serve, mas já dá um dado para eles de quem é você. E você estará um pouco fora dessas coisas. Quer dizer, hoje se você não tem e-mail, as pessoas vão dizer: então abra uma conta de e-mail porque precisamos lhe mandar coisas. E a coisa mais simples do mundo hoje é abrir um e-mail.

Esse é o espírito do tempo, o zeitgeist. E as pessoas vão tomando como corriqueiro e perguntam se você realiza atendimento por Skype, como se pergunta se você prefere pão com mortadela ou pão com presunto. Então, ainda é muito cedo! Os colegas estão trabalhando nisso, mas está como você disse: em reticências! As pessoas estão pesquisando, trabalhando, conversando, e vamos ver o que virá aí pelos próximos 5 ou 10 anos. Mas o que me interessa de alguma maneira são os efeitos dos modos de subjetivação sobre os humanos que a revolução comunicacional e a relação com a internet já estão produzindo. E o que estão levando em seus sofrimentos contemporâneos tanto para a clínica presencial,

quanto para a clínica eletrônica. O que importa é que esses novos sofrimentos já estão aparecendo.

**Entrevistador:** Você falou que algumas coisas são possíveis e outras não. E o que é possível dentro de uma psicanálise via internet? Qual o ganho que teria o psicanalista ao utilizar isso para falar com o analisando?

**Entrevistado 1:** Não sei se da parte do analista! Acho que o analista é alguém que na sua própria formação já fez esforços para sair de dinâmicas mais amplas. Principalmente da modernidade onde tudo é o tempo, é a pressa, é a correria, quer dizer, talvez isso pegue mais do lado dos analisandos que dizem não ter tempo para não irem no consultório. Ou então por morarem em uma cidade como São Paulo onde o acesso ao consultório do analista é dificultado pelo trânsito, chuva e outros fatores. Acho que isso tem força! Você tem certos determinantes da vida contemporânea que estão colocando essa questão, além do que, da perspectiva do analista, obviamente se ele abre a possibilidade de fazer análise por via digital, ele pode estar falando com alguém de Sidney na Austrália. Em termos de analisandos poderem procurá-lo, a possibilidade é maior. É de caráter global! Nessa situação ele pode dizer: agora é a hora de falar com meu analisando que está na Rússia. Quer dizer, isso é impensável para a clínica presencial. O que interessa é: o que do enquadre analítico, esse analista sente que ganha ou perde e se sente comprometido na via desses dispositivos. Ou então, o que esses dispositivos trazem de diferente do que já existe. E para isso não temos resposta! Nem para o analista e nem para o analisando. As primeiras respostas que temos é de caráter prosaico. Alguns analistas abrem isso porque tem um aumento possível de clientela, ou porque eles veem uma maior variedade de analisandos vindo de outros lugares. Analisando enxergam isso com facilidade, pois podem fazer análise em suas próprias casa, no quarto, etc, etc.

Agora você tem coisas importantes a ver sobre esse aspecto prosaico. E a questão de sigilo? E a questão de gravações? E a questão de presença de pessoas? Eu acho que colegas analistas e de outras áreas psicoterapêuticas estão pensando em como se pode fazer e em que espécies de parâmetros pode-se colar nessa prática porque tem coisas que são fundamentais. E no mundo da transparência informacional de hoje, de repente você analista vê um trecho de uma análise, que o analisando resolveu postar no facebook, pois estava gravando sem você perceber.

**Entrevistador:** Além da questão da dupla estar mediada pela internet e poder haver gravações ilegais e interrupções, esse Outro, esse terceiro da tecnologia que é o da linguagem mediado pela tecnologia está ligado a uma rede maior e alguém pode hackear essa transmissão. Pode ter acesso a transmissão e deixar publica algo que não foi feito nem pelo analisando e nem pelo analista. Esse processo via internet pode deixar vulnerável uma porção de dados que podem ser invadidos. Diferentemente de alguém invadir seu consultório, na internet é silencioso e quando você perceber, já é tarde porque já está publicado na rede.

**Entrevistado 1:** Não há nada que você faça no mundo da internet que não deixe rastros. Você não sabe o nível de perversão de certas pessoas que estão por aí as voltas com isso de pegar dados e atacar pessoas. Hoje esse mundo virou um ataque generalizado a todo mundo a toda hora sobre qualquer tema. Essa modernidade em que tudo pode e deve ser mostrado na transparência da rede social e etc. Estamos vendo os efeitos disso: loucuras acontecendo. Há dois anos aconteceu que um grupo de moradores em um bairro do Guarujá espalhou que uma mulher que fazia magia negra com crianças estava solta ali. Por essa informação falsa, mataram uma mulher inocente. Como fica? As pessoas insuflam informações, essa ideia que já antiga dessa tal chamada fake News, notícias falsas. Essas redes hoje 90% são Fake News porque trata-se de um jogo de propaganda e contra-propaganda. Mas notícia no sentido forte, jornalístico são poucas.

**Entrevistador:** Tem a questão das fakes News onde você tira um trecho de informação de um contexto, coloca em outro contexto que você quer e solta aquilo como verdadeiro. Tem pessoas que leem, veem, mas não se informam, não investigam e encaram como dada a verdade só porque alguém falou.

**Entrevistado 1:** Formas diversas! Enquanto analista é bom olhar para essas formas diversas para se perverter a algo. Pega o que você fala em um contexto, coloca em outro com todas as facilidades que esses dispositivos eletrônicos de edição, de manipulação de informação que podem dar, você faz o diabo com isso!

## ANEXO IV

### Transcrição das Entrevistas – Entrevistado 2

**Entrevistador:** O que você considera como o enquadre clínico psicanalítico? Se nunca pensou nisso, está livre para pensar, enfim....

**Entrevistado 2:** Depois de ler seu texto, fiquei achando bastante interessante algumas coisas da arte. Relacionei muito com a arte essa coisa do enquadre. Eu acho que o enquadre clínico, hoje, da psicanálise, vai por aquele caminho que eu estava falando de você questionar, mas não colocar isso como algo que vai ser a solução. Vai funcionar a partir do saber do outro, com que ele faça com o saber dele, com que ele procure uma resposta dentro dele. Então questionar por si só ou dividir o sujeito, vamos dizer assim, como a gente diz mais na psicanálise lacaniana, é o começo, mas não é o todo, vamos dizer assim. Então esse questionar, esse frustrar mais no sentido de dividir o sujeito, eu acho que hoje é o que gente poderia chamar de clínica na psicanálise lacaniana, embora seja uma experiência, como eu estava falando, em psicanálise lacaniana é uma experiência de vida. Mas se tem alguma coisa de clínica nela, é a de dividir o sujeito, né? Dividir o sujeito do inconsciente, no sentido que você não vai questioná-lo só no de angustiar, aquela coisa de deixar ele frustrado, igual você estava falando. Mas no sentido de dividir o sujeito o inconsciente. Para dividir o sujeito do inconsciente, você tem que, na contemporaneidade, você tem que ir pelo caminho do gozo, de barrar o gozo do sujeito. De apontá-lo a seu próprio gozo.

Mais do que a culpa que foi na época de Freud, na época da interpretação dos sonhos, o Recalque, né? Aquilo que era recalque então é aquilo que eu tenho culpa, uma coisa que tenho que trabalhar e tal. Hoje o problema da contemporaneidade da clínica é de gozar pouco. A pessoa vem para análise com essa questão. Mais do que o Recalque, as pessoas vem com a questão também de gozar pouco. Precisam gozar muito, de muita satisfação, tudo na ordem do dia, uma satisfação imediata. Acho que aí temos alguns fenômenos que aparecem na nossa contemporaneidade.

Hoje a religião é 60% maior, me parece. Isso é quantidade de pessoas que seguem uma religião. Porém, os problemas sociais não são resolvidos da mesma forma. Então você tem uma questão aí que é, na verdade, esconder o gozo, esconder um sujeito. Trancá-lo, ou seja, não trazer isso para fora. Fazer isso ficar velado, como era a arte antigamente.

Quando eu li seu artigo, eu fiz essa relação. A arte antigamente fazia isso. Ela mostrava o belo como forma de velar tudo o que era feio, mas pro bom espectador,

mesmo naquela arte bela tinha algo de horror alí pintado. Algo escondido pro leigo, né?.

**Entrevistador:** Igual em um quadro do Goya que ele pintou uma rainha da Espanha vestida de preto, e perto da barriga dele parece que ele desenha umas formas onde é possível ver a imagem de um monstro alí.

**Entrevistado 2:** É, tem algo feio alí. Acho que a religião vai por esse caminho, a auto-ajuda vai por esse caminho. Todo esse sistema posto vai por esse caminho, e a psicanálise vai no contrário disso. Meio que parecido com a arte contemporânea de hoje. A arte contemporânea tenta vai te chocar de alguma forma, ela não vai por esse caminho do belo, pelo menos eu acho. Ela tenta trazer de alguma forma, algo que te choque, que te chame a atenção e que te balance. Acho que o caminho ou a função da psicanálise contemporânea é essa, a de tirar dessa situação para que apareça o sujeito do inconsciente e não fique aparecendo somente sintoma, né? Que apareça o sujeito do inconsciente alí com suas questões, com suas angústias... a questão do corpo!

A questão do corpo aparece muito hoje, por conta desse “gozar pouco”. Aparece como algo que marca muito no corpo hoje, né? Toda essa angústia, esse gozo. Então acho que esse é o caminho que a psicanálise vai: caminho do corpo, caminho do gozar pouco. Na minha impressão hoje, a psicanálise contemporânea tem que ir por esse caminho para poder analisar, né? Não mais só para o caminho do recalque! Acho que é por aí! Não sei se respondi a sua pergunta sobre essa coisa do enquadre clínico, que é interessante e eu fiquei com a questão da arte da cabeça no seu trabalho, né? Mas acho que se tem algum enquadre, seria esse com essa questão aí de trabalhar muito por esse lado do gozar pouco. Trabalhar muito a questão do corpo como forma de expressão hoje, que é muito grande: tatuagem, etc, etc, etc.

**Entrevistador:** Inscrição no corpo, né?

**Entrevistado 2:** É!

**Entrevistador:** Você respondeu a questão da onde você acredita que o enquadre clínico e a clínica psicanalítica em si, vão né? Nesses enquadres! O caminho da culpa ainda é pouco, pois o sintoma hoje seria o de gozar pouco. Você respondeu para onde isso está se encaminhando, mas quando pergunto o que é o enquadre clínico, é impossível definir porque ele nunca foi definido e em se tratando de psicanálise, não estará definido. Ele sempre vai alcançando outros *locus*. Então você disse que no contemporâneo ele está mais voltado pra isso, mas e sobre o enquadre clínico em linhas gerais, tem alguma outra ideia? Psicanalítica ou qualquer outra ideia que você quiser falar sobre...

**Entrevistado 2:** Pois é, por isso que eu perguntei o que você entendia por enquadre clínico, no facebook, porque pra mim é algo bastante misterioso, esse termo enquadre clínico, né? Eu vejo que há essa função terapêutica da psicanálise, há essa forma de olhar para o gozo como forma de expressão do sofrimento hoje, mas a maneira de sofrer do ser humano, o sofrimento humano é sempre o mesmo, né? As questões humanas são sempre as mesmas! Passam-se as épocas, passam-se as sociedades, seja na época de Freud, seja na nossa época, o sofrer humano é sempre o mesmo. Então, o que que esse enquadre clínico poderia ser nesse sentido? Pra mim é um mistério! Eu acho que a gente tem pontos específicos para caminhar, né? Temos nortes para seguir! E um norte para seguir seria esse que eu te falei de olhar para esse gozar pouco, olhar para essa questão de como aparece no corpo a questão do sujeito, os sintomas do sujeito hoje, né? Mas, o risco é você criar justamente uma maneira de olhar que vai fugir da ética da psicanálise.

Sabe? Criar uma maneira que diga: é assim que se trata, é assim que se faz. Então pra mim, fica muito difícil responder o que é o enquadre, porque na minha impressão seria isso: enquadrar! O próprio termo já traz, pra mim... Eu prefiro ficar com essa coisa só da moldura, né? Moldura ali, seria um lugar para gente se posicionar, para dar um norte e a partir disso...

**Entrevistador:** Eu te fiz essa pergunta porque, não sei se deixei claro, mas falo no texto que, não sei se você se lembra, mas trata-se de um *locus*, onde é possível trabalhar certas coisas. Porém, nesse locus podem ser trabalhadas tanto as coisas de fora que são levadas para dentro dele, quanto outras que aparecem ali e estão relacionadas a outras de fora. Eu também não gosto da palavra enquadre, tanto que no texto nem uso esse termo, eu uso (En) quadro. O que está em um quadro, né? Dentro de quadro. O que foi enquadrado!

**Entrevistado 2:** Interessante! Para fugir um pouco disso já, né? Eu achei interessante esse (En) quadro.

**Entrevistador:** É, porque todo quadro está dentro de um enquadre. E todo enquadre só é um enquadre porque forma o quadro. Então, em última instância estamos falando de quadro, mas para isso estamos falando de enquadre. Eu acho a palavra enquadre muito feia porque me lembra a ideia do Descartes de enquadrar para simplificar. Mas se a gente levar muito a sério a forma geométrica, por exemplo um quadrilátero, mais necessariamente um quadrado (porque tem quatro lados iguais). É possível circunscrever um círculo ali. E em todo círculo você pode inscrever um quadrado, ou um triângulo, então essa é a questão do (en)quadro que eu estou chamando. Ali não importa se é quadrado ou redondo, é um *locus* delimitado por n questões. O Bleger tem uma teoria que a situação analítica ocorre por um processo, que é formado pelas variáveis que acontecem ali em um atendimento e por uma constante, um não processo que seria o enquadre. Ele fala que para que haja variáveis, algo precisa ser constante. Porém, a sua preocupação é quando o enquadre constante não manifesta problemas. Ele ainda diz que o

enquadre clínico é igual o fundo de uma Gestalt que ora se converte em figura, porém não se iguala a figura, nunca fica idêntico. Continua sendo uma constante, mas que também entra no processo, mas não se torna o processo.

É mais ou menos nessa ideia, assim como a Radmila Zygouris fala sobre o espaço entre. Sempre tem um espaço entre. Os lacanianos vão falar que existem dois na análise, um e outro e um Outro entre eles, o Outro é o espaço entre. Então nesse espaço entre é onde a Radmila Zygouris fala que as coisas se configuram. É o que se envolve duas pessoas mais o que não se envolve as duas pessoas mas que está ali atravessando de alguma forma. Ela não usa o termo enquadre clínico, mas estou usando isso do texto dela para pensar o que compõe o enquadre clínico. Esse espaço entre que ela chama! Uma visão pouco diferente da do Bleger, mas que dialoga.

Acho que isso é interessante como você falou. Você pensou em uma moldura onde pode se trabalhar as coisas, e essa pode se quebrar e ampliar.

**Entrevistado 2:** É, não sei se você reparou como o mundo hoje dá valor a moldura? Talvez mais que ao quadro, hoje! Você falou uma coisa interessante, essa coisa de simplificar. Eu acho que a psicoterapia vai por esse caminho. Talvez, algumas linhas, né? Vão nesse caminho de simplificar! A psiquiatria vai demais nesse caminho de simplificar.

**Entrevistador:** A psiquiatria também vai nesse caminho de patologizar.

**Entrevistado 2:** Isso, de patologizar também! Embora ela já tenha recuado nessa ideia de tratar como transtorno e não doença, mas ainda é muito assim.

**Entrevistador:** Pode-se perceber que os bons psiquiatras não ficam só nesse caminho de simplificar e patologizar. Por exemplo, em uma instituição de saúde pública é comum o psiquiatra não ouvir mais o paciente e ler o prontuário para ficar receitando remédio. Nisso ele pode ficar cronificando um paciente. Isso pra mim, é patologizar, o avesso da produção de saúde que eles dizem propor.

**Entrevistado 2:** Certo, mas só para terminar, você falou de simplificar né? Esse caminho de simplificar de alguma psicoterapia ou da própria psiquiatria é de colocar dentro desse quadro, um foco. Então meu medo é esse, pois o enquadre não deve se tornar um foco. Pois se você foca em algo, você deixa de ter a psicanálise. O que é a psicanálise como Freud falava? É a atenção de forma flutuante, ou seja, dar atenção a tudo o que está ouvindo, que não foque em nada, né? O paciente que vai se repetitivo e até foque em uma questão dele porque aquilo angustia ele, mas o analista não foca, pois ele tem que ouvir tudo e dar valor a tudo. Então, nesse sentido de um enquadramento, no sentido de colocar tudo ali dentro que é importante, né? Mas não de focar numa coisa. Tudo aquilo que você tem de importante, você focar só naquela coisa. Agora, eu tenho medo do termo enquadre é justamente esse, de você criar um ambiente, criar um trabalho onde de repente não



se produz mais porque tudo o que foi colocado ali começa a não dar lugar a aparecer alguma coisa nova, né? Começa a não caber mais. É muita coisa para se olhar, muita coisa para se pontuar, que de repente não vai produzir nada. Então é um mistério nesse sentido, pra mim.

**Entrevistador:** É aí que entra a ideia do Freud de atender pessoas em lugares diferentes e também a do Lacan de ampliação da intensão e extensões da psicanálise.

**Entrevistado 2:** É como diria meu sobrinho, uma faca de “dois legumes”. Você não foca, você coloca tudo, vai estar atento a tudo, mas chega uma hora que esse atento a tudo pode ficar massificante demais. Pode ser alguma coisa que em algum momento você tenha que dar um corte aí. Acho que uma das funções do corte em Lacan é pra isso, né? Embora muita gente não concorde com o corte, a própria psicanálise tradicional acha um absurdo cortar, mas ele tem essa função, além de todas as outras que Lacan propunha, de dar um basta naquele monte de coisas e falar: peraí, e isso aqui? E nisso você pode ter realmente uma mudança daquilo que já vinha não produzindo muito. Você faz esse corte pra produzir uma mudança ou aparecer alguma outra coisa.

**Entrevistado:** No meu artigo você viu que eu faço uma metáfora sobre a caixa acústica. A música não é produzida porque existe uma caixa acústica, mas por existir uma caixa acústica é possível ali captar certas coisas de maneira mais atenciosa e conduzir a uma nova música. E por isso eu pensei que na caixa acústica a música não se perde no ar e nem deixa de se propagar no vácuo. Evocam-se coisas dali que vão para além dali, né? Você disse uma coisa legal sobre o corte, porque é engraçado que toda música tem um fim. Você corta, mas cada vez que se ouve continua provocando coisas novas. Para construir a música precisa de trabalho, processo de edição e ninguém depois consegue produzir do mesmo jeito. A questão do corte é nisso de que o enquadre está ali, mas pode ir evocando outras coisas dentro dele que te leva a outro enquadre. Lembrei até quando a gente está atendendo um paciente, de repente a hipótese é de recalçamento, uma neurose, mas aí você começa a escutar melhor, parece que desencadeou outra coisa e pode se tratar de uma psicose. Então o enquadre é outro, mas precisou daquele primeiro para se chegar a esse enquadro mais amplo para se trabalhar as questões subjetivas e singulares do sujeito.

**Entrevistado 2 :** Isso, interessante, você não fica preso a uma linha. Ou seja, você adotou uma linha com aquele paciente ali e de repente você vai descobrir que não. Sempre me surpreendo, aliás! Já tive pacientes que tinha no início uma ideia muito fixa, quase que certa, porque certeza a gente nunca coloca, de que era um obsessivo, depois um narcísico, e depois fui ver mesmo e era um psicótico. Essa coisa da psicose ordinária. O que não deixa de ser um enquadramento, mas você percebe que são coisas que não é como a psiquiatria: nosográfica. Essa coisa nosográfica que fala: isso é isso e isso e o tratamento é esse. Não, você tem que

estar sempre muito atento. Por isso é um mistério esse enquadre, porque ao mesmo tempo que você enquadra você não pode enquadrar. Ao mesmo tempo que você não enquadra de alguma forma está enquadrando e tem que seguir por alguma vertente. Tem que seguir para alguma direção, para algum norte, né? Aí volta a tona o que dizemos no começo, que devemos questionar. Talvez seja um alibi que a gente use, mas que está condenado a isso, porque vai questionar o tempo todo. Questionar a ele mesmo, questionar a tudo isso, questionar o que está fazendo, questionar como ele está fazendo. É a única garantia que se tem possa ajudar a dar certo a análise. É claro que também depende do outro, né? Do analisando e não 100% de você. Questionar é a única garantia de que alguma coisa pode dar certo. Porque se você faz o que a psiquiatria faz, você limita. Se você faz o que a psicoterapia faz, como algumas linhas psicoterápicas que dá um foco ao que é mais importante, ou o que se diagnosticou que é o problema do paciente, né? Se você dá um foco para aquilo aí você também está enquadrando demais. Então sempre questionar tudo isso. O que não significa que o próprio enquadramento não seja uma forma de enquadrar. Então é um mistério! Uma coisa que sempre tem que estar muito atento, uma coisa que escapa. O próprio objeto a, né? É a isso que a gente tem que estar atento a todo momento: o objeto a. Ou seja, aquilo que sobra, aquilo que não aparece na fala. A gente tá falando muito do falar né? Mas, temos que ver aquilo que não aparece na fala o tempo todo. E prestar atenção no corpo, como havia falado, é uma forma de prestar atenção aquilo que não se fala no sentido verbal, mas que no sentido de linguagem está lá. Está no corpo!

**Entrevistador:** É a questão de: o que se fala quando não fala, né?

**Entrevistado 2:** Exatamente!

**Entrevistador:** E o que diz respeito a lugar, território? O que você pensa da clínica, do enquadre clínico? Já sabemos que é possível análise em vários lugares, e talvez em outros que não sabemos. Mas o que você pensa de território? Aqui estamos numa sala de reuniões, mas com dispositivos de consultório, portanto é possível uma análise aqui, né?

**Entrevistado 2:** Olha, aí eu seria um pouco mais lacaniano mesmo, né? Eu acho que existe fisicamente um lugar que é mais apropriado para se estabelecer uma análise. Não precisa ser necessariamente num consultório ou um lugar assim. Existe n situações que você pode tratar como exceções e fazer mudanças, mas o que não entra na minha cabeça no momento, é a que não haja a presença do analista, por exemplo, uma análise via internet. Acho que a presença do analista é fundamental. Porque a presença do analista faz a questão da escuta. É a questão de o paciente estar intimidado com aquilo, estar tocado por aquilo e isso já é uma transferência. Aí eu concordo com Lacan que a presença do analista é fundamental e decisiva para que se haja análise. Então nem tanto o lugar, mas a presença. Porque o analista escuta de uma forma que o médico não escuta, de uma forma que outras pessoas não escutam. Ele escuta sem emitir juízo. Ele escuta pra evocar no sujeito aquilo

que nunca foi evocado, que é ele com o próprio falar dele. Porque sempre que ele foi no médico, sempre que ele discutiu com amigos ou procurou ajuda de alguma forma, ninguém escutou ele de verdade! Todo mundo ouviu e ficou dando pareceres para ele. E o analista ao escutar ele evoca o paciente com a sua própria fala, o analisando com a sua própria fala. A ideia é de fazer com que o analisando olhe para o que está falando. Para isso, tem que ter a presença. É difícil conseguir isso sem a presença do analista.

**Entrevistador:** Então via internet, já não tem a presença do analista?

**Entrevistado 2:** Não tem a presença física do analista. Ele pode estar até ali na sua frente em uma tela... e fica enquadrado lá, vamos dizer assim! Por mais perto que está perto, está longe. Agora, a presença, o corpo, a questão do corpo de novo! Acho que ela é determinante para que haja transferência. Como vai ser essa transferência por uma coisa como o Skype? Só o rosto de uma pessoa?

**Entrevistador:** Você disse da presença do analista e da questão do corpo e como fica a presença do analisando? A presença dele relacionando com a ideia de corpo. Um corpo que está em análise, né? Não um corpo que esteja seguro pelo quarto dele, e falando através de um dispositivo que possibilite essa comunicação né? Isso seria um outro tipo de transferência que não a transferência psicanalítica? No sentido de que o paciente também precise estar em corpo lá.

**Entrevistado 2:** Interessante sua pergunta! Isso que você está me perguntando me fez pensar se o analisante está presente mesmo, em corpo, ele vai ficar mais vulnerável. O que ele não ficaria nesses outros exemplos que você deu. No quarto dele, na casa dele, ele não fica mais exposto, de alguma forma. No sentido de sensação, inclusive! E isso é bem-vindo para que haja e seja trabalhada a transferência. Que seja percebida a transferência e que haja trabalho em cima da transferência. Então ele tem que se incomodar também, ele tem que ter essa questão. Não é fácil fazer análise também por causa disso. Tem que ser corajoso para fazer análise, porque o analisando vai lidar com questões dele e vai estar muito vulnerável a transferência. Porque uma coisa é muito importante, Freud já falava isso. O que se perde quando não há a presença? Freud já falava disso! Você perde porque a transferência não acontece no falar, ela acontece na forma que o indivíduo se coloca para o analista. Não é no que ele fala exatamente, mas no como ele fala. Nesse “como ele fala”, tem que estar o corpo dele alí falando, tem que estar o corpo dele presente para que se olhe para isso de alguma forma. A forma de como ele se apresenta ao analista que ele vai transferir e aparecer as transferências dele. Se ele fica lá no Skype, pode ser que ele fique só falando mesmo. Quero dizer, corre-se o risco daquilo virar uma falação e ficar só numa falação e no enquadre daquela falação. Agora, na presença, ele vai transferir, por exemplo, um sentimento de raiva para o analista, que ele vai demonstrar isso de alguma forma que não seria possível demonstrar por Skype. Não conseguiria ter essa transferência por Skype. Uma raiva

que ele tem com o pai dele, por Skype ele não consegue transferir, porque não tem essa presença física. Então acho muito difícil fazer psicanálise por Skype, acho impossível sem a presença física do analista e do analisando. A presença do analista já supõe a presença do analisando, ou seja, os dois juntos ali e um terceiro que é a psicanálise.

**Entrevistador:** Vou fazer uma última pergunta porque isso evocou tudo o que está me falando. Então tem essa questão do corpo, mas antes você também estava falando sobre a questão do enquadre poder ser confundido com a moldura, a forma. Ainda mais em um país igual o nosso que parece que desde a colonização diz: “se preocupe com a forma e não com o conteúdo”. Então quando você diz da moldura e do corpo, eu pensei nesse assunto da internet que é impossível, segundo você, fazer uma análise. Acontece que não é só na forma está prejudicada por estar em uma moldura, em um quadradinho distante, mas também o próprio corpo acaba sendo metonímico, né? Um corpo bem fragmentado, porque a pessoa pode colocar de um ângulo que fica aparecendo de certa parte do corpo para cima. Mas e se a pessoa estiver falando alguma coisa mexendo os pés? Aí não dá para ver! Então recorta cada vez mais, pois o corpo se vê cada vez mais fragmentado. Pensei também na questão do divã, porque mesmo que no face a face exista a análise, existe o dispositivo do divã onde o paciente não vê o analista, mas sabe que ele está lá. Então como você disse sobre a atuação..

**Entrevistado 2:** Atuação! Essa é a palavra que veio na hora, né? Sem a presença física não há atuação!!!

**Entrevistador :** Ou pior? Só haveria atuação?

**Entrevistado 2:** Exatamente! Ou só há atuação! O sujeito só escondendo tudo isso!

**Entrevistador:** Então presencialmente no divã, o analisando pode levantar e ver e pensar: opá! O meu analista ainda está aqui! E por meio do computador isso pode bugar, sair do ar e ele ficar minutos falando e não adiantar nada porque a conexão caiu. No físico presencial não há esse problema de transmissão e nem de transferência. Então, se você quiser fazer alguma consideração sobre isso, por favor, faça!

**Entrevistado 2:** Legal! Você lembrou do divã que é muito importante! O divã não é considerado um método em si, algo que não possa ser eliminado. É considerado uma ferramenta, enfim, mas não deixa de ter um ganho aí, né? A pessoa que está no divã, está de costas para o analista imaginando: o que ele (analista) está pensando sobre o que eu falei. O analisando quando é um neurótico obsessivo, ele fica te olhando e imaginando o que você está pensando. Tentando ler você. Então, uma forma de poupar o analista também, é colocar o analisando de costas para criar essa coisa do enigma, porque a análise tem que ter um certo enigma. Uma das

coisas que faz o enigma é o questionamento, como disse antes. Não se trata de auto - ajuda que dá palavras em bloco. Então, questionar é fazer um breve comentário sem dizer se está concordando ou discordando, sem emitir juízo, sem falar que está certo ou errado, mas deixar uma dúvida no ar, um enigma. E ficar no divã de costas para o analista, faz parte desse enigma. Mas apenas quando é possível, pois com psicóticos não é recomendado colocá-los no divã. Então quando isso é possível, dá mais um ar de enigma. Esse enigma vai produzir sempre mais análise. O divã ajuda a não focar, enquadrar demais em algo único. O Skype resumiria a análise em um frente a frente e dificultaria.

**Entrevistador:** A tentativa de uma análise via computador, como estamos dizendo, teria a questão que não se constrói novos enquadres, novos territórios por estar fadado ao enquadre da casa do paciente? Ele não poderia estar tratando suas questões sem sair delas?

**Entrevistado 2:** Acho que isso vai um pouco naquilo que estava falando sobre o conforto. Existe um certo conforto ali porque o analisando não fica vulnerável. Talvez ele fique mais vulnerável longe de casa. A atuação dele ser mais inconsciente e menos controlada. E é isso que a gente quer, no final das contas, né? Que apareça a transferência, ou seja, que apareça a atuação dele. É isso que a gente analisa, a atuação do analisado e não exatamente o que fala. Passa por um *como falar*, mas é no *atuar* que se trabalha. É a atuação que se repete, pois falar, ele mente o tempo todo, né? Mas a atuação não mente, pois ela é o que aparece sem que ele consiga controlar muito. De repente, ficar naquele quadradinho da tela, limitado no quarto dele, mostrando só a parte do corpo que ele quer.... Nessa distância aí, há todo um controle maior, né? Fica mais difícil! Talvez possa se pensar em psicanálise assim, um dia, mas me parece que hoje não. É uma coisa que ninguém sabe, uma coisa que tem que ser muito bem desenvolvido. Tem que se criar uma transferência e se estudar como aconteceria uma transferência numa situação dessa.

**Entrevistador:** O analisando pode estar vulnerável a coisas que não são da ordem de uma análise, por exemplo, um hacker pode estar gravando tudo isso e soltar na internet. Traz um outro problema.

**Entrevistado 2:** E será que isso já não é uma preocupação da pessoa lá por Skype?

**Entrevistador:** Talvez o presencial também fosse uma alternativa pra isso. Para pessoa ficar menos exposta a grande exposição da internet, pois é uma questão para todos nós!

**Entrevistado 2:** Sim, porque hoje a vida é pública e não mais privada. De repente você está fazendo uma análise pública e não sabe. Você tem o whatsapp e facebook que são públicos, quero dizer, estamos sempre nos expondo pela internet. E a análise é algo que você vai se expor para um analista, um terceiro. É uma exposição, mas é controlável. Existe uma certa transferência ali e você sabe que é

um trabalho profissional. E a internet deixa você vulnerável mesmo, né? Vulnerável nesse sentido, pois o que a gente quer é aquela vulnerabilidade da presença. A pessoa está ali e está sendo vista sem querer dizer, porque mesmo mentindo está sendo vista. É preciso isso acontecer! Essa sensação dele estar ser visto, mesmo não dizendo o que ele acha que deveria dizer. Então começa o enigma ali: o que o analista estava querendo dizer quando contou aquilo? O que ele está pensando? O que ele está vendo de mim? Como diria Freud, o ser humano não consegue esconder nenhum segredo, escapa pelas pontas dos dedos. Tem uma questão de presença que Freud já falava, então.

Sempre que se quis mudar a psicanálise, se fez escola. A psicanálise é uma só e sempre foi, mas quando se quer muda-la, inventa-se uma escola para isso. Hoje não acontece mais isso né? Não existe mais escolas em psicanálise. Não estão inventando mais escolas em psicanálise. Hoje o que a gente tem são assuntos, temas dos quais a psicanálise está envolvida. Cria-se grupo de estudos e tudo mais, mas não mais escolas.

**Entrevistado:** É interessante isso de se reinventar a psicanálise com e sem escolas, não? Muitos autores que não foram de escolas tiveram uma grande sensibilidade e talvez estivessem mais livres para questionar, assim como a Joyce McDougall, a Radmilla Zygouris e o Renato Mezan que não se preocuparam em seguir uma escola.

**Entrevistado 2:** Será que não se sentiram mais livres para questionar, analisar? Porque uma escola sempre te coloca algumas coisas como certas né?

**Entrevistador:** Verdade! Quer fazer mais alguma consideração?

**Entrevistado 2:** Não, acho que ficou bom assim, não?

**Entrevistador:** Chegou a hora de dar um corte nesse enquadre? Ok, então! Terminamos por aqui.

## ANEXO V

### Transcrição das entrevistas – Entrevistado 3

**Entrevistador** – Vou começar com a primeira pergunta: o que é o enquadre clínico psicanalítico para você?

**Entrevistado 3** – Bom, tem uma coisa, né? Se a gente parar para pensar em termo... Vamos pegar antes do que eu penso. Vamos pegar o que Freud pensava – o enquadro clínico para Freud tinha muito haver com relação, no primeiro momento, a ideia e da relação entre analista e analisando, algumas coisas que eram colocadas ali, etc e tal. Ao passar do tempo à medida que ele vai trabalhando, ele vai verificando os fenômenos da clínica e vai verificando que há certos campos de pertinência que precisam ser trabalhados nessa relação, para que o processo terapêutico possa fluir de alguma maneira. Aí fatalmente surge a ideia da questão de como se dá essa relação de maneira prática. Se a gente pudesse traduzir em um termo mais contemporâneo ou num termo mais pós-freudiano, talvez a gente possa falar da ideia do contrato. O enquadro clínico, no meu entendimento, tem muito haver com essa relação entre analista e analisando, sob a ótica do que os dois de alguma maneira estabelecem como possibilidade de trabalho. Eu acho que parte do contrato, mas também não morre no contrato. Inclusive com a possibilidade de flexibilizações disso. Não para pensar em um contrato estático e fechado, num enquadre estático e fechado, na medida que a própria vida e a dinâmica não é fechada, ela é aberta. Então, a medida em que coisas vão surgindo, isso pode ser modificado não em benefício próprio do analista ou analisando, porque daí vira uma pactuação quase que perversa. Mas no sentido de benefício do processo da análise. No meu entendimento, o enquadre clínico tem a ver fundamentalmente com essa relação dialética que existe entre analista e analisando, que passa por um conjunto de coisas que operam na clínica. Desde dos fenômenos que são propriamente os fenômenos clínicos como coisas mais burocráticas (horários, formas de pagamento, dinâmicas de como se dá a falta do analisando e do analista, férias) essas coisas precisam ficar claras, dentro da relação, para que o processo possa acontecer. Porque se não, você lança mão dessas coisas que você cria um trilho, que naturalmente para além do imprevisível que já uma análise caminha. Nesse aspecto não acho interessante, o enquadre é importante, mas eu vejo o enquadre importante que não feche um caminho. Ele precisa abrir um campo de possibilidades, mas não para as pessoas envolvidas ali, mas para o andamento da análise. Então, não dá para dizer: eu tenho esse enquadre e esse enquadre diz sobre o modo como eu trabalho. O meu enquadre com o paciente x diz ao modo como eu trabalho com aquele paciente e isso pode ser alterado, para que o processo possa acontecer de uma outra maneira, a medida que as coisas avançam e vão se transformando. No meu entendimento passa um pouco por isso, não sei se é satisfatória a resposta. Mas há grosso modo passa um pouco por isso. E alguns analistas, talvez, possam

dizer num enquadre com relação ao setting e uma série de coisas, também pertinente, mas para mim tem haver fundamentalmente com a relação vinculada.

**Entrevistador** - O que seria um enquadre em relação ao setting?

**Entrevistado 3** – O que talvez alguns analistas deem muita prioridade. Não sei se por uma questão metodológica ou por uma questão própria, apesar de que uma coisa não exclui a outra. Mas por exemplo, numa relação em um contrato estabelecido – eu só atendo se meu analisando se ele fizer tantas sessões por semana. Ou, eu só atendo se o meu analisando estiver deitado em um divã e não em uma poltrona. Quer dizer, eu só atendo dentro do setting e vejo o setting como único lugar possível para a análise. Quer dizer, se acontece uma situação esporádica, teu consultório pegou fogo, você deixa de fazer a análise com teu analisando porque não tá dentro disso? Dentro desse ambiente que supostamente você julga ser o ambiente absolutamente seguro para análise? Acho que aí tem uns complicadores. Quer dizer, quando você fica fixado em certas ideias, você fecha um campo de possibilidades. Claro, que não estou sendo leviano ao ponto de dizer que essas coisas pertencentes ao processo não são importantes, elas são essenciais. Mas elas não podem ser imprescindíveis. Tem uma diferença. Eu não posso dizer que ao meu analisando que irei o aceitar só se ele vai para o divã ou se só atendo na minha sala, nenhuma outra circunstância. Já tive uma situação onde o consultório estava trancado e um paciente, com uma demanda de análise ligada à ideia de abandono, não pode entrar no consultório. Certifiquei-me que a clínica estava segura, peguei uma cadeira e o atendi na beira de uma piscina, e foi uma sessão maravilhosa. Quer dizer, alguma coisa se modificou ali. Então, eu acho que quando a gente fala dessas outras questões, que também, de algum modo estão vinculadas ao enquadro, é preciso ter uma cautela para perceber que é importante, mas tem coisas que a gente pode prescindir em casos específicos. Eu acho que isso torna o processo de análise dinâmico e arrojado. Acho que a ideia de coisas fechadas, que é a própria palavra já nos fala, enquadre é algo muito fechado, muito enraizado em uma ideia fixa. Alguns elementos são imprescindíveis, são importantes, mas há de ter uma elasticidade. Eu não consigo pensar em um enquadre, que também, não trabalhe com a ideia da elasticidade e plasticidade, porque se não você fecha o campo de possibilidades e significações. Quer dizer, a mim pouco importa se o analisando, é claro que eu sempre convido por causa do próprio dispositivo, mas a mim pouco importa se o analisando faz a sessão no divã ou se ele faz a sessão na poltrona. Ele precisa se sentir bem e precisa ter uma coisa que você põe aquilo que você mais julgue importante, se você não tiver análise que não acontece, que é o vínculo. No meu entendimento passa um pouco por isso.

**Entrevistador** – Interessante, eu perguntei a questão do setting, por que o título do meu trabalho é necessariamente “Pintando o setting”. Então, não sei se você já leu o artigo anterior meu com a ideia do quadro com enquadre e tudo mais. Mas essa ideia do setting de ser algo a ser feito igual um pintor faz num quadro. Ele demarca o território e ele vai pintando, vai construindo coisas que vai evocando novas ideias.



Até que ele termina, aquilo evoca outras coisas, ali para dentro e ali para fora. Achei interessante quando perguntei isso e legal você falar da elasticidade.

Achei legal, quando você falou dessa demanda do paciente seu, que algo aconteceu e ficou impossibilitado de atender no consultório e você o atendeu em outro enquadre. Não naquele enquadre do consultório. No outro enquadre que pudesse ter a análise. Que você pensa dessa questão do enquadre como um lugar físico que envolve uma certa questão de espaço, que você falou antes? O que você pensa disso?

**Entrevistado 3** – Bom, eu acho que de alguma forma, eu já respondi. Acho que ele é importante para assegurar coisas, mas ele não poder ser alguma coisa que limite. Ele não pode se prestar em encerrar o processo.

**Entrevistador** – Por isso que ele não pode ser qualquer lugar?

**Entrevistado 3** – Concordo, também não pode ser qualquer lugar. Precisa ser em um ambiente seguro. Quando digo em um ambiente seguro, não significa que ele precisa estar seguro por paredes ou seguro por ter ou não um divã. Seguro para a relação que o seu analisando tem com você em termos de vínculo. Se houve uma situação específica, você precisou mudar o enquadre e teu analisando suporta essa mudança, e vocês vão juntos nela, é possível fazer a análise. Se teu analisando não suporta essa mudança de enquadre por alguma razão ou por algo que a análise dele ainda não atingiu, por uma outra questão, você também precisa respeitar isso. Porque se não fica uma dinâmica quase sádica em torno do sujeito que está com você. Quer dizer, o espaço físico é evidentemente que ele é importantíssimo, mas ele não pode engessar o processo. Porque se não, a gente cai em algumas coisas bastante imbecis sob muitos aspectos. Meu consultório tem que ter paredes brancas e não posso mudar, nunca, mudar meus móveis de lugar. Porque isso cria uma dinâmica que muda completamente a coisa e meu paciente pode fantasiar se eu mudar a poltrona de canto. Verdadeiro? Verdadeiro, mas estar com as coisas no mesmo lugar não garante. Espaço físico não garante que o teu paciente, também, não crie campos de fantasias.

**Entrevistador** – Tem essa questão também, a psicanálise é o que paciente busca, por visar mudanças.

**Entrevistado 3** – Exatamente.

**Entrevistador** – E se não mudar, talvez não estejamos fazendo psicanálise.

**Entrevistado** – Eu acho que a ideia do enquadre enquanto um lugar, claro, a gente não tem como abrir mão disso. Mas não podem fazer disso o único lugar. Eu acho que aí é uma coisa, que talvez precise ser mais pensado ou mais discursado. Que também não estou banalizando ao ponto de dizer que você fará a análise embaixo de uma árvore ou tomando cafezinho na esquina. Não se trata disso, por isso que volto a frisar a importância da relação vincular entre à dupla, entre o par analítico.

Para você definir na relação, por acaso vier uma mudança no enquadre físico, a relação pode permanecer e ela persiste. Se não, ela vira uma coisa complicada. Acho que nesse ponto, eu entendo algo dessa natureza. Não sei se fui claro.

**Entrevistador** - É você trouxe uma coisa interessante da segurança vincular, não da segurança...

### **Entrevistado 3 – Espacial**

**Entrevistador** – É. Então a segurança vincular, porque exatamente, a análise também é uma ideia de que o paciente fique vulnerável a certas coisas. Ter constrangimentos com as questões dele. Não na posição sádica, mas do próprio processo. Ele tem que lidar com coisas que ele não consegue escutar e ele passa a escutar de uma outra forma, com a ajuda do analista. Com essa questão, que eu acho interessante, só que entra a ideia, também, da análise via internet (computador, tablete, celular, qualquer tipo de dispositivo de transmissão via internet) vai mudando conforme o tempo. Mas com essa questão que eu queria saber da sua opinião. Ali o paciente pode estar seguro, seguro entre paredes, ele não consegue sair do quarto e faz do quarto dele [...] e também queria saber da segurança, ali ele está seguro a um vínculo, mas como é esse vínculo? A transferência é a mesma?

**Entrevistado 3** - A é uma questão que falávamos anteriormente sobre isso. Eu tenho uma reserva muito pessoal com esse processo de análise via Skype ou análise por qualquer dispositivo que não seja pessoal. Por uma razão simples, isso que você está dizendo é importante e pode vir a reforçar uma ideia de um certo sintoma. Um sujeito não sai de casa e fica no quarto, e aí ao invés de você movimentar coisas, você reforça coisas. Eu acho que o trabalho do analisando, paciente, sair de casa, fazer um percurso, encontrar coisas no caminho, chegar ao consultório, ficar na espera, ser recepcionado, entrar na sala, voltar da sessão, isso cria um movimento de coisas. Então, eu sou muito relutante, apesar de alguns colegas dizerem e pensarem completamente diferente de mim. Mas desse aspecto da análise, eu acho complicador, porque você perde uma coisa que ao meu ver é essencial para que essa relação vincular possa ser verdadeira. Que é tessitura, que é o cheiro, que é o gesto, que é o modo, que é alguma coisa que eu não sei se você captura via computador, pelo tablete ou celular. Teu paciente pode estar sentado com a câmera focalizada na cara, mas você não sabe se ele movimenta a perna quando vocês falam sobre algum assunto, você não sabe se ele está balançando o pé quando falam sobre uma outra temática. Então você perde uma capacidade. Eu acho que nesse aspecto é complicado. Pode estabelecer um vínculo? A pergunta é uma pergunta complicada, uma pergunta quase capciosa. Você estabelece um vínculo. A questão é: que vínculo? É um vínculo por uma via, onde a transferência possa operar de uma forma mais livre ou é um vínculo que você, de algum modo, estabelece a partir de um campo sintomático do sujeito. Que também é possível de acontecer. Então é possível estabelecer um vínculo? É possível. A pergunta é se o

vínculo estabelecido é um vínculo analítico. Entende? Essa é uma diferenciação. Nesse aspecto, eu sou relutante. Acredito que nesse campo da virtualidade ou das virtualidades, é possível você fazer uma supervisão de um colega. Isso eu consigo pensar como plausível. São dois analistas falando sobre algum analisando, trazendo uma situação clínica, etc e tal. Que demanda um outro manejo, uma outra questão, etc e tal. Mas para a análise, eu acho isso complicado, porque você perde algo que no meu entendimento é essencial. Que é o contato. Que são as nuances que talvez falhasse em qualquer outra forma de expressão. Você não sabe, o modo como o teu analisando chega na clínica e senta na recepção diz muito. O modo como ele cumprimenta. Quer dizer, você tem um campo de coisas que favorecem, inclusive, uma possibilidade de você metaforizar a partir dali. Se você cria um campo, onde o virtual é o que faça que gente tenha esse contato, isso fica limitado. Ai, eu não sei se a gente faz a análise, porque eu acho que alguns campos de transferências, eu não sei se eles transpõem essa barreira. Eu não sei se um analisando numa sessão de análise, de repente ele pode numa sessão pessoal de análise, ele pode levantar e chutar a porta, como sendo um movimento da análise. Numa sessão online, talvez ele desligue e diga que teve uma queda de energia. Até que ponto você sabe o que está acontecendo ali? Apesar de nunca sabermos, mas acho que ai você tem um complicador maior. O processo analítico para mim, já é um processo complicado, algumas coisas a gente pode evitar. Então na esfera da análise, eu acho complicador, apesar de muitos colegas acharem ao contrário e até já fizeram. Mas eu acho que você cria um campo de dificuldades e eu não sei o que faz é análise propriamente dita. “Ah, mas é possível fazer análise em qualquer lugar” é possível, mas é possível desde que os dois estejam juntos. Eu não sei se alguém na Amazônia e alguém, por exemplo, em Ribeirão podem estar juntos pela via da virtualidade. Eu acho que existe uma parte deles juntos, mas eles não estão inteiros. No meu entendimento, uma análise pressupõe que o sujeito esteja por inteiro, mesmo que ele não queira. Mas ai é um campo defensivo, é uma outra coisa.

Essa coisa mediada, eu acho complicado. E se a gente pensar em termos da contemporaneidade e não do sujeito, você pode reforçar um campo de coisas que uma análise visa quebrar. Que é justamente o sujeito ficar ensimesmado num mundo e ele acreditar que ele pode fazer tudo a partir dali. Eu acho complicador. É possível fazer análise em qualquer lugar, mas desde que os dois estejam juntos.

**Entrevistador** – O paciente pode ficar constrangido com algumas coisas durante uma “análise” via Skype e ele desliga o computador, e você não vê se ele desligou ou se a internet caiu. Numa ideia, num lugar, onde os dois estão juntos, mais próximos os corpos, tudo que vem do analista ou do analisando, ok, uma resistência que torna demanda de uma análise. Tudo que não vem deles e impede a análise, sei lá, cai o teto do prédio, caiu um raio e destruiu. É algo vindo do real que atrapalhou. Mas, quando vem da internet, já é algo do simbólico, por que a internet “bugou” e não foi culpa de ninguém. É um simbólico que constrói isso. Isso não vira

um analisador, ali no momento, isso rompe, isso dá um corte. E é um corte por uma via ...

**Entrevistado 3** – Que não é um corte analítico.

**Entrevistador** – Exato! Não é corte analítico. É uma via indiscriminada. Você pode usar isso ao seu favor, dar um corte e falar nada ou a internet ter caído...

**Entrevistado 3** – Eu acho isso um complicador

**Entrevistador** – Que não vem mais pela via da análise. Pode até ser um encontro analítico, mas não é análise.

**Entrevistado 3** - É, porque ai você falou uma coisa importante. A gente a de diferenciar o que é um encontro analítico de uma análise. Você poder ter um encontro analítico com o dono do botequim do lado, mas você não faz análise com ele. Acho que ai tem uma diferenciação e eu não sei se nessa via das virtualidades, a gente cria um campo de possibilidades e também isso não significa que isso possa se tornar encontros analíticos. Mas eu não sei se é análise, eu tenho minha dúvida enquanto a isso. Então é um campo, que até estou pensando sobre essas questões e tal. Mas a análise eu sou muito resistente, porque eu acredito dessa coisa da tessitura. Dessa coisa do vínculo que passa pela linguagem e a linguagem, para o meu entendimento, é algo que vai além da fala. Ela vai para expressão, para o corpo, para o físico, ela vai à forma como o teu analisando te olha, o modo como ele mexe o pé, o modo como ele deita no divã. Coisas que você perde em uma análise intermediada por esses mecanismos. Quero dizer, você pode fazer um encontro analítico e dali brotar alguma coisa, mas eu não sei se você inicia um percurso ou se você sustenta um percurso a partir dali, porque muita coisa se perde no caminho. Mas essa é uma observação minha, provavelmente muitos vão discordar.

**Entrevistador** – Essa questão do corpo, eu achei interessante, porque não é só o corpo visual. Você falou do cheiro, os movimentos, ali, mediado por uma tela ou um por um dos dispositivos que a gente conhece até hoje, o corpo parece fragmentado ou pode nem aparecer.

**Entrevistado 3** – Sim. Uma coisa que a gente está fazendo, por exemplo. Você recebe um analisando que de repente sempre vem bem-arrumado para a sessão, muito elegante, etc e tal. Em determinado momento, ele vem sem tomar banho e você consegue sentir o cheiro do odor dele. Isso diz algo. De repente começou movimentar algum assunto e teu analisando vem com a barba sem fazer, e ele sempre veio muito vaidosamente. Quer dizer, tem coisas que você perde se não estiver lá. Eu acho que é essa coisa que é a sutileza no meu entendimento de linguagem que supera a fala. É o corpo, é o cheiro, é o gesto que você não tem como identificar isso, por uma coisa intermediada por uma tela. Sujeito está mexendo o pé, eu ouço. Vamos a um caso mais extremo, o sujeito pode estar se masturbando e falando com você. Se isso acontece dentro do setting é uma coisa,

se isso acontece com os dois juntos é uma coisa, mas isso intermediado por um dispositivo e você não está sabendo que aquilo está operando. O que está acontecendo ali? É complicado. Então eu acho que tudo é possível você fazer com o seu analisando, desde que vocês estejam juntos, desde que você saiba o que está fazendo. A coisa intermediada dá ideia de que você está próximo, mas não está junto e aí tem uma diferença. Mas essa é uma ideia, uma opinião.

**Entrevistador** – A supervisão seria algo do estar próximo, talvez por Skype não fosse o melhor jeito, mas basta. Já em uma análise, não? Tem que estar junto?

**Entrevistado 3** – Eu acho que para uma supervisão você tem uma outra questão. Se a gente está falando de enquadre, você tem na supervisão um outro enquadre. Você tem campos que operam na supervisão que são completamente diferentes de um campo de análise. Aí eu acho possível você ter alguma coisa intermediada. Você está entre dois profissionais falando a respeito de um terceiro, etc e tal. Claro, que você também perde algumas coisas, evidentemente, porque tudo aquilo que é mediado traz uma certa perda de alguma forma, mas eu acho que é possível. Mas eu acho que não vejo essa possibilidade no campo da análise, porque o que está colocado numa sessão de análise é muito diferente do que é colocado a grosso modo numa sessão de supervisão. Você tem fenômenos que ocorrem em uma análise que vão para supervisão, pela via da fala do outro, não pela via do par. Na análise, a coisa é entre o par. Eu acho que aí é possível, você estar próximo na supervisão sem estar junto. Mas em uma análise, eu ainda, pode até ser que venha mudar de ideia algum dia, mas acredito que ainda não seja possível.

**Entrevistador** – Você acredita que as condições, nesses casos desses enquadres complicados, as condições para que emergam coisas do inconsciente, sejam mais precárias? São mais rudimentares, não se sustentam muito?

**Entrevistado 3** – Eu acho que não se trata daquilo que emerge do inconsciente. Até porque, eu não sei se o inconsciente reconhece essas barreiras de alguma forma. Talvez entrem no campo de fantasia, umas séries de coisas e tal. Mas no meu entendimento tem muito mais haver com aquilo que você não consegue sentir quanto àquilo que está junto. Não sei se é dinâmica do inconsciente ou de um dispositivo facilita ou dificulta as coisas. Eu acho que isso pode acontecer, inclusive, em uma sessão onde você está junto com o seu analisando. Você pode ter um campo de coisas operando que dificulte as coisas e vocês estão lá. Eu não acho que o dispositivo que crie essa barreira, mas eu acho que o dispositivo faça com que a gente perca coisas, que no meu entendimento, são essenciais e que passa pela questão da linguagem e como esses corpos se comunicam na sessão e dentro do enquadre. Daquilo que está proposto junto com o par analítico. Acho que daí você perde, eu não sei se essa coisa mediada mexe, claro, que mexe, não sei se aumenta ou diminui para gente quantificar ou qualificar em termos da dinâmica do inconsciente. Eu acho que estou pensando no vínculo daquilo que posso ver como

algo para metaforizar dentro do processo. O mediado me impede por essas vias e o presencial me possibilita.

**Entrevistador** - Igual você falou do paciente que vocês não puderam entrar na sala, isso não foi uma escolha sua e nem dele. Vocês acharam um outro jeito de continuar a análise que também não era algo que já estava premeditado por você ou por ele.

**Entrevistado 3** – Nós dois tivemos que dar conta daquilo.

**Entrevistador** – E se arriscaram ao fazer isso?

**Entrevistado 3** – Sim.

**Entrevistador** – Em uma análise mediada isso seria impossível?

**Entrevistado 3** – Sim, nesse aspecto, eu acho que aí é o complicador. Você perde uma riqueza. Por exemplo, o paciente poderia ter dito – “não, eu prefiro voltar” – mas o paciente assumiu e assumimos juntos, o risco desse novo enquadre. Ele foi colocado em uma outra cena física. A questão é que a demanda psíquica era muito superior à necessidade física do enquadre. Portanto, é possível, nesse caso foi possível mudar o enquadre, sim, com segurança.

**Entrevistador** – As condições físicas, também, eram condições para a análise.

**Entrevistado 3** – Nesse aspecto no mediado você perde, é impossível. Pode ser que eu mude de ideia um dia, mas por enquanto é o que penso.

**Entrevistador** – A questão do mediado também tem uma ideia legal. Como você disse anteriormente, o “cara” mora lá em “Pirapozinha do Pará” e lá não chegou nem cerveja Skol, quando dirá a psicanálise e ele quer fazer análise com o analista x e ele tem computador e pode fazer. A ideia é legal, porque ela já parte para uma ideia de “opa” existem várias possibilidades de enquadre, porque são cada um em um lugar. Mas ao mesmo tempo, ela também favorece um pouco essa ideia do “qualquer lugar é lugar de fazer análise”. Porque eu posso falar “tudo bem, eu acesso com você”, eu estou com um celular lá na balada e aí”? Num churrasco de sábado, numa sexta-feira às quatro da tarde não vou trabalhar, o analista não está lá para me atender e eu estou em churrasco ou estou aqui em um canto fazendo análise. Isso tudo é diferente se ele vai ao seu consultório. Se ele está do contexto do enquadre do churrasco, é preciso que ele saia de lá para a análise. Ao mesmo tempo que amplia o acesso, algo mediado pode não tirar o paciente dessa condição e impossibilita que ele não saia. Então não tem análise.

**Entrevistado 3** – Eu acho que para, além disso, que você está falando, tem uma coisa que é importante. Que a gente precisa levar em conta. Que é dimensão ética da coisa e a dimensão em termos de uma coisa que para a análise é fundamental, que é a ideia de você ter um sigilo com relação do que você está fazendo entre o par. Quer dizer, eu no meu consultório, eu não tenho garantias que o meu

analisando saia falando coisas da análise dele, mas tenho garantias que é um ambiente seguro, onde não tenho terceiros que de alguma maneira vão capturar ou cooptar o que está sendo feito. Uma coisa mediada, você não sabe se o sujeito está gravando você, você não sabe se ele está usando aquilo para uma outra razão, você tem um outro complicador aí. Sujeito pode estar falando com você e a namorada pode estar atrás, e você não está vendo. Quer dizer, olha o campo de coisas complicadas colocadas aí. Quer dizer, você faz análise com o sujeito que não consegue falar da relação dele com a namorada, porque ela está sentada na sala, na poltrona, onde você não está vendo. Quer dizer, eu acho que têm muitos complicadores. Para além dessa coisa que o sujeito tem que sair, ele não sai, fica lá, ele está bebendo uma cerveja, abre a câmera e começa falar com você. Acho que tem uma outra dimensão que é a dimensão de um certo sigilo, de um certo campo de segurança que análise visa proporcionar para quem a busca. Eu acho que aí você tem um outro complicador. Então nesse aspecto eu não sei, eu não consigo pensar que é possível, ainda não. Pode ser que eu mude, mas não consigo pensar em análise não. Consigo pensar que você até consiga transmitir a psicanálise, dar aula, fazer uma supervisão. Mas a análise, no meu entendimento, a ideia do vínculo e dos corpos que se misturam numa sessão, para mim é fundamental.

**Entrevistador** – E questão do divã? Lembro-me de você ter falado, mas você pode explicar melhor esse caso... Que o divã é um facilitador da psicanálise, eu também concordo que o paciente não precisa estar no divã para estar em análise. Mas é um facilitador e ele tem uma questão, o paciente quando está no divã, ele aguenta uma ideia legal. A ideia do divã, dele [o paciente] estar deitado que também pode ser um facilitador dele se aproximar uma cena onírica...

**Entrevistado 3** – Verdadeiro.

**Entrevistador** – Próximo ao um estado de sono, por estar deitado e tudo mais. Não significa que ele vá deitar, mas é um facilitador em certos casos. E numa análise, onde não é corpo a corpo, essa possibilidade fica mais complicada. Preciso saber do que você pensa. Por exemplo, em um outro enquadre com um consultório e “divãzinho” é possível a pessoa deitar ou sentar de costas, o analista está ali, ela sente que o analista está lá, ouve ele e percebe outras coisas, respirando e outras coisas assim. [...] Mas ela está vendo que ele está que o analista está ali, o analista está lá, mesmo que ela não tenha que estar no cara a cara. Bom, a análise via internet ou algo assim, fica só no cara a cara, se não é igual que você falou, está filmando em outro lugar [...] mas também pode ter essa questão – ela pode estar de costas, ouvindo o analista, mas a internet pode “bugar” ou alguma coisa pode acontecer, ele está ali falando para ninguém, sabendo que aquilo ali pode estar ali ou não. No presencial é totalmente diferente, se você não está ali, algo da percepção acontece, nem que for minutos depois. “Ah, meia hora depois meu analista saiu e não falou nada”. Uma hora ele vai ter que encontrar o analista para ir embora, para o analista encerrar a sessão. Diferente de religar o computador...

**Entrevistado 3** – Eu acho que você está dizendo reforça um pouco do meu pensamento. Você tem um dificultador gigantesco, nessa via do intermediário. Agora, você me perguntou uma coisa do divã. Concordo com o Green e acho perfeitamente, e não um pensamento tão original do Green. É algo que de alguma já estava sendo colocado desde Freud. Quer dizer, agora, o divã é um facilitador. Claro que é. O sujeito numa posição relaxada, ele se aproxima dessa cena onírica, porque o campo da resistência dele pende. Até por uma questão física a diminuir. Agora, eu problematizo isso também e não sei até que ponto alguns concordariam ou não. É um facilitador, é um dispositivo que está disponível. Nós convidamos os nossos analisando a estarem no divã, sempre. E quando eles aceitam ou não aceitam, isso pode virar um objeto para análise e é bom que vire. Por que não está e quais os incômodos, etc, e tal. De repente um convite que o analisando recusa, gera um mês de análise. Para você falar o que está colocado naquela recusa, etc e tal. Agora, por outro lado, eu faço uma espécie de papel do “Advogado do Diabo”, também, por que eu preciso, quanto analista, de um facilitador? Por que um analista não tem no consultório dele uma poltrona? Ele só tem o divã? E o sujeito ou vai para o divã, ou ele senta, ou ele deita. Eu acho que tem uma questão que a gente precisa se perguntar. Quer dizer, que é um facilitador isso a gente não discute, agora, eu acho que vale a pena a gente perguntar, também, por que eu preciso de um facilitador? Ai, eu acho que é uma problemática, em torno de um móvel que é o divã. Mas que talvez diga muito do analista em algumas circunstâncias. Quer dizer, eu não quero ter o trabalho de atender alguém que eu olhe nos olhos? Questões minhas são colocadas ali. Quer dizer, porque às vezes, a gente corre o risco de olhar para todas essas questões, somente, a partir do analisando. A gente esquece que está na cena. Quer dizer, por que eu preciso do fator facilitador? Talvez, o complicador seja interessante. É aí que problematizamos o uso do divã. Não estou dizendo com isso que a gente dispensa o divã e que o divã não é um móvel que está presente. Por exemplo, o meu consultório, ele [o divã] está, eu sempre convido. Agora, eu não posso fazer dele uma ferramenta que me facilite o acesso ao meu analisando, ele pode ser uma via, mas não precisa ser a única. Porque se for a única, há algo de errado comigo. Então nesse aspecto, eu problematizo um pouco. Por que, eu preciso do facilitador? Talvez, eu precise que um dificultador aconteça, para que coisas possam operar. Mas isso demanda um trabalho meu.

**Entrevistador** – Então, isso ficou uma pergunta aqui, agora. Vou fazer um paralelo que aconteceu comigo, enquanto analista. Em todas as vezes que os pacientes, todas não, mas quase todas que os meus pacientes foram para o divã, depois de um convite para ter ido e tudo mais, ele foi mais um dificultador de análise do que um facilitador, porque as resistências começaram. A maioria dos meus pacientes o temiam.

**Entrevistado 3** – Acho que todos temem.

**Entrevistador** – Flertavam com o divã, mas também temiam, por isso foi um dificultador. Eles resistiram, e análise face a face andou muito mais. Até que eles



foram. Quando eles foram para o divã, eles encararam o divã, no começo foi pura resistência, ao ponto de se pensar que a análise andou muito antes. A ponto de dificultar tanto, começou a andar, começou a facilitar. Então, para mim o divã sempre foi um dificultador. Mas, claro que também carrega aspectos de facilitador.

**Entrevistado 3** – Então, mas você percebe que você olha para o divã como dificultador, à medida que você e a dupla faz a experiência do uso. Mas eu estou pensando sobre a ótica do discurso dos analistas. No discurso dos analistas há a ideia do facilitador, que é uma ideia pautada desde muito tempo. Então, são nesses aspectos que eu problematizo. É claro, que é tremendamente ingênuo, você pensar que o sujeito vai para divã e vai falar tudo ou que a análise vai fluir naturalmente. Você vai ter uma série de complicadores. Mas há uma ideia intrínseca, que essa é danosa e que talvez alguns analistas protejam-se em torno dela, e de que o divã é o facilitador de uma análise. E não um facilitador, eu acho que aí você tem a problemática colocada. Você vai perceber se ele dificulta, ele facilita, no processo daquele par analítico em específico. Mas o discurso em torno da ideia do divã sempre foi o discurso da psicanálise de facilitador. Mesmo que na clínica, o analista prove ao contrário. Mas há um discurso facilitador, nesse aspecto que problematizo. Mas concordo com você, não é porque o analisando vai para o divã que análise opera. Às vezes a emperra, quando ele vai ao divã. Cada caso é um caso, mas não é móvel que faz a coisa, é o vínculo. Se ele está sentado, deitado, de pé, na porta. Meu consultório tem uma janela que dá para a piscina, se ele resolver abrir e olhar para a piscina e começar a fazer a análise... Isso não é nada? O analisando precisa se sentir bem, bem no sentido de se sentir à vontade. Aonde ele vai se sentir à vontade dentro do consultório? Isso é uma escolha dele. Mas eu acho que quando falei do facilitador do aspecto do discurso, mesmo que na prática os analistas vejam o que você identificou na sua clínica. Às vezes é um problema, mas há um discurso cultural dos analistas de que é o facilitador, etc e tal. Eu acho que nesse aspecto, eu problematizo um pouco.

**Entrevistador** – E baseado nisso, também, que eu iria te fazer a pergunta. Acho que você já respondeu, mas você tem um divã aqui no seu consultório. Seria por isso? Por que até quando você precisa de um facilitador e por que não um complicador?

**Entrevistado 3** – Agora, acho que essa é uma pergunta que nos pega de calça curta, vamos chamar assim. Agora, uma vez, tendo em vista que eu posso olhar no dispositivo do divã, ou quando o sujeito faz a passagem, ou ingressa no divã, se a gente puder chamar. E algo no movimento da análise dele se movimenta, vamos chamar assim, usando esse jogo de palavras. Quer dizer, eu não posso abrir mão do divã, independente dele ser um facilitador ou dificultador para aquele analisando, mas ele cria uma possibilidade do meu enquadro de possibilidade de mudança. Por isso, ele também é importante. Agora, se o analisando vai estar na poltrona ou no divã, coisas vão operando a partir daí, é o processo que vai dizer. Então, por que eu não deixo de ter um divã no meu consultório? Partindo da ideia que eu estou falando

e problematizando entorno do dificultador. Justamente por isso. Porque o divã também pode ser um dificultador. Ai é esse movimento que é interessante ser percebido. Por isso que o dispositivo está dentro do consultório e não dá para abrir mão nesse aspecto. Porque você viu o movimento.

**Entrevistador** – Sim, entendi, eu concordo. O divã é um dispositivo de psicanálise, claro que uma constante pode variar, conforme o analista ver. Assim, na mesma ideia de que há analistas que colocam quadros em suas salas e outros que não. Você coloca na sua e na que eu atendo também. Uma vez um quadro foi mais facilitador do que o divã. Uma vez um paciente se atentou a um quadro do consultório e falou: “nossa, esse quadro sempre esteve aí? Eu tenho a impressão de que ele sempre esteve aí e eu nunca reparei? Ou será que é porque ele é novo mesmo?”.

**Entrevistado 3** – Já tive essa experiência!

**Entrevistador** – E aí ele já começou a falar do quadro: “parece uma mãe, sei lá”. Era a impressão é dele, mas os elementos que estavam no quadro, junto com a interpretação dele, possibilitaram ele pensar em uma mãe cuidando de um filho e tal, como ele disse.

**Entrevistado 3** – Por exemplo, você está olhando para um consultório. Isso daqui foi montado, não contratei arquiteto para fazer uma coisa muito chique, etc e tal. Então, você tem um quadro lá, um quadro clássico de flor, você tem um Woody Allen, você tem um Lacan, você tem os Beatles, você tem um quadro contemporâneo. Uma vez, um analisando olhou para aquele quadro, lá, deitado no divã e falou – “Mas que quadro estranho, parece um cara de pinto duro” Aquilo girou o movimento. Quer dizer, tudo, em última instância de alguma forma gera um movimento. A ideia de que você tenha um ambiente que não possa criar coisas. Primeiro, ela é errônea; segundo, ela ingênua e terceiro e última, ela é tola. Você pode atender de bermuda, você pode atender de calça social, de camiseta, nada impede que campo de fantasias opere lá. Teu consultório pode ser o mais chique ou o mais pobre, vão ter campos de fantasias operando. Acho que é, em última instância, é um pouco disso. A gente, às vezes fica presos nessas ideias, mas tudo pode ser um dificultador ou facilitador. Até o modo do seu consultório, sei lá, do local onde ele está. Se vai receber um paciente pobre em um prédio na Presidente Vargas, talvez não se sinta confortável. Então têm uma série de coisas.

**Entrevistador** – Você falou que precisa de um certo sigilo e mais uma pergunta que me evocou dentro da ideia do sigilo. Existe um certo sigilo, para que esse sigilo opere, também existe um certo silêncio. Como é que você vê o silêncio no enquadre, o sigilo, entre outras coisas que estão atravessando isso. Fique a vontade.

**Entrevistado 3** – Tá. Eu vou tentar pensar separadamente as duas coisas. Acho que o silêncio é algo imprescindível e ele precisa ocorrer, porque o silêncio trás para nós uma capacidade interpretativa gigantesca. Agora, acho que uma análise é uma

coisa que venho pensando muito, também, até que ponto você precisa parar a vida do sujeito para fazer a análise ou ele precisa fazer a análise no movimento das coisas. Particularmente, pela minha formação, etc e tal. Sempre gostei de um consultório mais calmo, mais recluso, etc e tal. Mais tenho me deparado com a ideia de que às vezes é importante, também, um certo barulho. Quer dizer, um analista que conheci em São Paulo que atende em um prédio sem ar condicionado e com as janelas abertas, e aquele movimento da Paulista e análise acontecendo. Eu acho que são coisas que tem haver com a formação, a forma que cada analista trabalha, enfim. Agora, a temática do sigilo, você diz assim: é preciso que haja um certo silêncio, para que haja um certo sigilo.

**Entrevistador** – Me evocou essa ideia.

**Entrevistado 3** – Tá, eu problematizaria isso. Sigilo não tem haver com silêncio e com barulho. O sigilo tem haver com a ética. Quer dizer, você pode estar em um consultório extremamente barulhento em frente da Avenida Paulista, com a janela aberta e ali os dois estão seguros. Pode estar no meu consultório, no fundo de uma casa, com tudo fechado e uma luz baixa. Os dois estão seguros sob a ótica do sigilo. Eu acho que não tem haver com o barulho, tem haver com a ética. Não sei, talvez eu devesse debruçar mais sobre essa questão. Mas o que me evocou na tua pergunta é algo que tenha perguntado incluso na relação com muitos analisandos. Quer dizer, até que ponto não é interessante, também, que não haja um certo barulho na análise? Não o barulho próprio que a análise naturalmente cria que é o barulho do mundo interno. Mas até que ponto não interessante, o sujeito no ambiente da análise não seja penetrado por barulhos externos? É uma coisa que tem me questionado. Quer dizer, o sujeito para três horas da tarde em um campo de coisas e vai para um consultório onde há um silêncio imperativo. É uma coisa que eu estou me perguntando, então a tua pergunta não encontra em mim uma resposta pronta. É algo que preciso construir. O que eu posso dizer do que você está me falando, é que para mim, o sigilo não tem haver com o barulho e com o silêncio, tem com a ética. Barulho ou silêncio, para mim é um dispositivo que pode estar na clínica.

**Entrevistador** – Mas quando eu pergunto da ideia do sigilo com o silêncio é exatamente por isso. Você estava falando antes da questão que exige um sigilo. E o paciente está lá em um churrasco via celular, com um monte de gente falando e falando com você através de um dispositivo. Ali, por mais que você garanta o sigilo, ele está em um lugar que alguém pode estar vendo. Então assim, para que o paciente saia daquela barulheira que ele está e fazer análise é um “negócio” silencioso, é legal que outros barulhos, a não ser esses, evoquem. Mas igual, a ideia que eu penso do Bleger, da constante invariável, do enquadramento clínico, para que esses barulhos sejam analíticos é preciso silêncio, para que eles se evoquem. Porque se é um conjunto de barulhos, não há silêncio, não há discriminação.

**Entrevistado 3** – Mas ai há uma diferenciação. Quer dizer, quando a gente fala dessa coisa mediada em termos de sigilo, você não tem silêncio. O silêncio não existe.

**Entrevistador:** Sim, não existe.

**Entrevistado 3:** Se você estivesse em um consultório, seria aberto de frente com uma construção ou como é aqui, fechado com ar condicionado. Você tem sigilo, mesmo que barulhos externos estejam interferindo. No meu caso, desse colega que atende lá. De fato, quando fui visita-lo, o cara atende no prédio que está sendo construído no lado. Então têm britadeira, furadeira, tem movimentação de coisas e ele dá conta daquilo, mas tem sigilo. Há um silêncio que opera na sessão, mesmo em meio aquele barulho interno. Há um silêncio que opera ali. Diferentemente do mediado. O sujeito pode estar no quarto sozinho, é uma possibilidade, mas você nunca sabe.

**Entrevistador:** Eu falo disso, por causa de um acontecimento na minha experiência como estagiário de psicologia. Teve uma vez que estava atendendo uma paciente e estava em reforma lá. Eu cheguei na sala, um pouco antes, para arrumar e tinha um cara atrás da janela ali arrumando as coisas. Abri as cortinas, abri a janela e acenei para ele. Ele tirou dois abafadores do ouvido e resolveu me escutar. Disse do problema do sigilo e tal. Então ele me respondeu: “fique tranquilo, que a gente está usando um abafador, então a gente não consegue ouvir voz humana, nesse dispositivo que tampa. Pode ouvir qualquer barulho do que diz respeito ao que a gente está fazendo. Da voz humana não. Tanto que se alguém precisar falar que estou fazendo alguma coisa errada, o cara tem que vir e me cutucar, se não vou escutar”.

**Entrevistado 3:** É, essa eu não sabia.

**Entrevistador:** O cara que toca bateria com a gente ele falou que ele coloca esse instrumento para ouvir, ele não escuta certas coisas. Ele seleciona os barulhos que ele ouve. Se você cantar, ele ouve no dispositivo do microfone e tudo mais. Mas se você falar alguma coisa fora disso, ele não consegue te escutar. Porque bateria é muito barulho e os caras saem, se protegem bastante, pelo menos nos ensaios e tal [...] talvez eles queiram se travessar pela realidade. Mas é meio complicado.

Então, é isso. Por isso que eu falo. Existe um consultório aqui e a janela aberta para a rua. Pessoas passam perto o tempo todo, já não tem ideia, o sigilo é danificado.

**Entrevistado 3** – Eu acho pouco provável que você tenha um consultório, onde as pessoas passem.

Nessa configuração ai, você tem uma coisa complicada. Mas por exemplo, você está em um prédio com a janela aberta de frente com a Paulista. Toda a movimentação que está lá. Existe sigilo, não sei, acho que essa imagem de alguém passando é como seu eu tivesse no apartamento para a sala. Sabe aqueles predinhos térreos e

tal e ali você faz o seu consultório, não dá! Tem gente que vai passar o tempo todo. Quando você tem um dispositivo externo que não é esse, de um outro muito próximo, vamos chamar assim, eu não sei como poderia definir isso. Mas não é a pessoa que está passando pela janela, é um monte de carro, você tem sigilo. Mas quando é uma pessoa que está passando na janela, isso me complica no campo do analisando comigo e da minha relação com ele. Não sei, talvez seja uma coisa que eu tenha que elaborar um pouco mais, mas me vem um pouco isso.

**Entrevistador** – Sim. Eu precisei explicar para a paciente que estava tendo uma reforma e eles estão usando tampão de ouvido. Ah, não, tranquilo. Tem toda uma questão. Enfim, acho que gente não precisa se estender muito mais. Mas essa questão do silêncio, porque eu trabalho numa clínica que divido com colegas. Às vezes, o colega está lá atendendo o paciente, passa no mesmo horário que ele não sabe que é o próximo. Isso é meio complicado. Pela clínica escola da universidade também já aconteceu, então a gente reservava uma hora na clínica escola e marcava com o paciente 50 minutos. Ótimo, eu cheguei lá tinha dado o horário de uma hora e uma colega não consegui finalizar a sessão, eu bati na porta. Ai ninguém fez nada e eu abri, e tem a opção de trancar e ela não trancou. Eu disse: “Desculpa te atrapalhar, mas o meu horário é o próximo, desculpa”. Ela ficou brava comigo, e disse que teria que entender o lado dela. Tudo bem, eu entendo, mas ela tinha que entender o meu. Na clinica, onde eu atendo, uma colega por medo de ser assaltada, trancou a porta de uma área de saída sem ao menos verificar se tinha alguém lá. Deixou eu e a paciente lá, justamente numa sessão onde ela havia contado de que ela estava sendo trancada durante um tempo, e depois outro lugar ela queria privacidade, não tinha e ficava exposta. De repente, ela expõe isso, sai da sala da sessão e fica trancada em outra área. Tem a questão do sigilo com o silêncio, com o barulho. Nesse caso é preciso ouvir o barulho do silêncio, essa pessoa ficou lá, achou que estava silencioso demais, não foi até mais próximo onde emanaria barulho, seguro pelo sigilo.

**Entrevistado 3:** É uma situação complicada. Quando eu comecei atender e não tinha uma sala ainda.

Agora tem uma coisa, o silêncio. A linha entre o silêncio que precisa ser escutado e o silêncio que precisa ser desprezado também é tênue. Como é que a gente quantifica isso? Não sei. Vai depender da análise, mas o silêncio, às vezes, é muito mais resistencial do que auditivo, entre aspas, se a gente puder dizer. É uma coisa complicada, essa coisa do silêncio, mas fundamentalmente imprescindível. Uma vez eu estava atendendo há muito tempo atrás, antes de ter a minha sala, aconteceu a mesma coisa. Mas no papel da sua amiga, não consegui encerrar a sessão, curiosamente o colega que dividia sala comigo chegou metendo o pé na porta. Quer dizer, você cria um movimento complicado, mas eu tinha estendido 15 minutos. Mas era uma demanda, tal, eu sabia que tinha um outro horário, eu num quis encerrar e deixei a coisa fluir. Como às vezes; eu trabalho com sessão de 30 minutos e o paciente fica 1hr15. Depende, aquele caso é um caso, mas eu tinha um colega que

estava esperando. Ter um espaço é imprescindível em algum momento. E um espaço que seja de algum modo que diz respeito a você. A gente precisa, mesmo enquanto analistas de sentirmos seguros de alguma forma, mesmo sabendo que o nosso ofício é dos mais inseguros possíveis. Tem que ter um espaço que você diga: “Não, aqui tem um pouco da minha cara”. Para quê? Para curar um pouco da nossa angústia. Mas a grosso modo é isso

**Entrevistador:** Sim, nas minhas primeiras entrevistas que faço, normalmente duram mais de 1hr, 1hr10, 1hr15. É uma das coisas que eu faço é falar para secretária: !vou atender antes das oito [...] alguém marcou horário antes de mim?”. Mesmo se não, corro esse risco [...] Essa questão de construir enquadre é muito complicada, porque você está falando do discurso do divã ser facilitador, do sigilo, a gente evocou a questão do silêncio e tudo mais. Mas muitas vezes são recalcados os questionamentos delas. Lacan fala que a psicoterapia faz um bem, mas conduz ao pior. Eu não sei o que ele está chamando de bem e o que está chamando de pior. Mas é o que às vezes me questiono, por que não, às vezes, conduzir ao pior? Não no sentido de levar a desgraça [...] as vezes, é bom que a gente conduza ao nosso pior, para gente apreender a lidar.

**Entrevistado 3:** Mas você sabe que, por exemplo, essa é uma questão que às vezes eu me pergunto. Um colega disse isso uma vez e eu achei que era original dele, mas não é também, é de um outro analista de São Paulo: O que nos garante que a desgraça não é a saída? O que nos garante, que eventualmente, um suicídio não é o sucesso da análise? São perguntas capciosas que ninguém tem coragem de fazer. Mas o que me garante se o sujeito não se matar é o sucesso? E o que me garante ao contrário? Nada. De repente para o sujeito, o suicídio é o fim da análise. Agora, como eu como analista lido com isso, vou sofrer e vou sentir, etc e tal. Essas perguntas capciosas que ninguém faz. Ai que todo mundo acredita que sabe o que está falando. Não tem muitas questões em aberto. É a temática do discurso facilitador do divã, parece que todo mundo sabe o que está falando, mas até que ponto alguém tem coragem em problematizar e dizer que é um facilitador para quem? Para o analisando ou para você? É a temática da desgraça, até que ponto a desgraça é ruim? Mas é ruim para você ou para o analista?

Mas é isso, não sei se pude colaborar.

**Entrevistador:** Claro que sim. Vamos finalizar por aqui.