

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional**

Vera Regina da Graça Ruschel

**A SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA DE TRATAMENTOS COMO
ESCUITA INFINITA**

**Porto Alegre
2008**

Vera Regina da Graça Ruschel

**A SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA DE TRATAMENTOS COMO
ESCUITA INFINITA**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional do Curso de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientação: Profª Drª Marta Regina de Leão D'Agord
Co-orientação Prof. Dr. Edson Luís André de Sousa

**Porto Alegre
2008**

Dados Internacionais para catalogação na publicação

R951s Ruschel, Vera Regina da Graça
A situação de supervisão psicanalítica de tratamentos como escuta infinita / por Vera Regina da Graça Ruschel. – 2008.
141 f.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, 2008.
Orientação: Prof^a Dr^a Marta Regina de Leão D'Agord; co-orientação: Prof. Dr. Edson Luís André de Sousa.
1. Direito à privacidade. 2. Dados Pessoais. 3. Relação de consumo. 4. Direito Constitucional. I. Título.
CDU 159.964.2.008.6(043.3)

Bibliotecária responsável: Débora Dornsbach Soares – CRB-10/1700

Vera Regina da Graça Ruschel

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação A SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA DE TRATAMENTOS COMO ESCUTA INFINITA, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Comissão Examinadora:

(Nome, Assinatura, Titulação e Instituição)

(Nome, Assinatura, Titulação e Instituição)

(Nome, Assinatura, Titulação e Instituição)

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, que sabendo suportar o pouco de atenção que lhes conferi durante o tempo em que cursei o mestrado, me possibilitaram sentir o muito de importância que me dedicaram.

Aos pacientes de minha clínica privada pela possibilidade de manter-me em “estado de saber”.

Aos pacientes da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS por me possibilitarem o exercício de uma escuta segunda.

À Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS lugar excelente de circulação do discurso psicanalítico e à sua diretora professora Martha Brizio que com sua insistência feminina ajuda a manter a borda de um saber em eterna construção.

À minha orientadora professora Marta Regina de Leão D’Agord cuja escuta cuidadosa auxiliou-me na construção de um caminho novo.

Ao professor Edson Luís André de Sousa pelos inúmeros momentos de colaboração ao longo de meu percurso.

Aos terapeutas da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS que, com suas interrogações, auxiliaram-me a ressignificar meu lugar de ‘docta ignorantia’.

Aos colegas da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS pelos momentos de interlocução.

“Im Anfang war die Tat”
(Goethe, Fausto, parte I, cena 3)

“(…) e a palavra veio depois(…)”

(FREUD, 1926e/1976, p.214, O. C., v XX)

*“Os analistas são pessoas que aprenderam a praticar
uma arte específica; a par disso, pode-se conceder-lhes
que são seres humanos como quaisquer outros”.*

(FREUD, 1937c/1975, p.281, O. C., v. XXIII)

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce”.

(PESSOA, Fernando. O Infante. In: _____. **Poesias**. Porto Alegre: L&PM, 2000. p. 8.)

*Toda a obra é vã, e vã a obra toda.
O vento vão, que as folhas vãs enroda,
Figura nosso esforço e nosso estado,
O dado e o feito, ambos os dá o Fado.*

*Sereno, acima de ti mesmo, fita
A possibilidade erma e infinita
De onde o real emerge inutilmente,
E cala, e só para pensares sente.*

(PESSOA, Fernando. Glosas. In: **Poesias**. Porto Alegre: L&PM, 2000. p.117.)

“(...) a maioria dos acontecimentos é indizível, realiza-se em um espaço que nunca uma palavra penetrou, e mais indizíveis que todos os acontecimentos são as obras de arte, existências misteriosas, cuja vida perdura ao lado da nossa, que passa”.

(RILKE, Rainer Maria. In: _____. **Cartas a um jovem poeta**. Porto Alegre: L&PM, 2007. p. 23.)

RESUMO

Esta pesquisa problematiza a situação psicanalítica de supervisão de tratamentos com base na experiência da pesquisadora em sua prática numa clínica-escola ligada a uma universidade pública. Para a consecução da proposta, foi delimitada a noção de 'situação psicanalítica' considerando existir uma pontualidade relativa a esta noção no âmbito da pesquisa. Consoante esta pontualidade, foi realizada uma reflexão e uma apresentação do método da pesquisa psicanalítica. Nessa perspectiva, a autora apresenta três eixos considerados os nortes da pesquisa: a questão da transferência na situação psicanalítica de supervisão; os efeitos da situação psicanalítica de supervisão na direção de tratamentos e a situação psicanalítica de supervisão numa experiência 'extra-muros'. Os três eixos são discutidos através de ensaios metapsicológicos, forma de reflexão que se insere na pontualidade inerente ao método de pesquisa psicanalítica. A investigação contribui para as pesquisas psicanalíticas sobre a situação de supervisão de tratamentos, ocorra essa em uma clínica-escola ou em uma instituição de transmissão da psicanálise. A contribuição principal da pesquisa é a abordagem psicanalítica do processo de supervisão, isto é, a leitura da transferência e das formações do inconsciente na situação de supervisão.

Palavras-chave: Situação Psicanalítica. Supervisão. Clínica-escola.

ABSTRACT

This research paper examines the psychoanalytical treatment supervision situation based on the researcher's practice background at a Public University's Clinics - School of Psychological Treatment. In order to achieve the proposal's purpose, the "psychoanalytical situation" notion was delimited taking into consideration the existence of a unique aspect regarding such concept in the scope of the research. In accordance to this specific facet, some thoughts on the subject and the psychoanalytical research method are presented. From this perspective, the author presents three research guiding coordinates: the transference phenomena in the psychoanalytical situation of supervision; the effect of the psychoanalytical situation of supervision on treatment direction and the psychoanalytical situation of supervision in an 'extra-walls' experience. The three coordinates are discussed in metapsychological essays, considered to be the inherent reasoning form to such particular aspect of the psychoanalytical research method. This investigation makes contributions to psychoanalytical research on treatment supervision situation, considering its setting at a Clinics-school facility or at a Psychoanalysis transmission institution. The research's main contribution is the psychoanalytical approach of the supervision process, namely the analysis of the transference phenomena and the unconscious formations in the supervision situation.

Key-words: Psychoanalytical Situation. Supervision. Clinics-School.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 APRESENTAÇÃO	11
1.2 DELIMITAÇÃO CONCEITUAL	14
1.2.1 Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.....	15
1.2.1.1 A Prática de Supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico.....	19
1.2.1.2 Minha Prática de Supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico	22
1.2.2 Clínica-Escola	24
1.2.3 Transferência	25
1.2.4 Contratransferência.....	27
1.2.5 Transferência de Trabalho.....	28
1.2.6 Supervisão Psicanalítica.....	29
1.2.7 Demanda de Supervisão	31
2 MÉTODO.....	36
3 A ESCUTA EM SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA	42
4 O SUJEITO SUPOSTO SABER NA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA DE TRATAMENTO E NA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA DE SUPERVISÃO DE TRATAMENTOS	50
5 OS IMPASSES DA SUPERVISÃO NA CLÍNICA-ESCOLA	58
6 A ARTICULAÇÃO POSSÍVEL ENTRE OS TEMPOS: FINAL DE TRATAMENTO E FINAL DE SUPERVISÃO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.....	65
7 A SUPERVISÃO COMO EXPERIÊNCIA	72
7.1 A INTERFACE DA EXPERIÊNCIA NA PSICANÁLISE E NA FILOSOFIA	73
7.2 EXPERIÊNCIA DA SUPERVISÃO: DA TEORIA À PRÁTICA	79
7.3 TRÊS ENSAIOS METAPSICOLÓGICOS SOBRE OS PRINCIPAIS EIXOS DA PESQUISA: A TRANSFERÊNCIA NA SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA; OS EFEITOS DA SUPERVISÃO PSICANALÍTICA NA DIREÇÃO DO TRATAMENTO; A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA NA PRÁTICA “EXTRA- MUROS”	85

7.3.1 Ensaio 1 - A Transferência na Situação de Supervisão Psicanalítica	88
7.3.2 Ensaio 2 - Os Efeitos da Situação de Supervisão Psicanalítica na Direção do Tratamento	101
7.3.3 Ensaio 3 - A Supervisão Psicanalítica na Prática 'Extra-Muros'	114
8 À GUIA DE (NÃO) CONCLUSÃO	125
REFERÊNCIAS.....	130
ANEXO - CASO D (MATERIAL CLÍNICO ENVIADO PELO PSICANALISTA ADRIÁN DAMBOLENA ÀS JORNADAS DOS 30 ANOS DA CLÍNICA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DA UFRGS)	137

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é resultado de um trabalho de pesquisa desenvolvido a partir de minha prática de quatorze anos como supervisora na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, clínica-escola que completou trinta anos de atividades no ano de 2007. Ao longo desse tempo, a Clínica tem sido um lugar privilegiado de prática não só para alunos da graduação do Curso de Psicologia da mesma universidade, como também para egressos de outras universidades através do Curso de Especialização em Atendimento Clínico, além de Cursos de Extensão. Por isso, otimiza a possibilidade da pesquisa, o que vem fazendo parte de sua história, onde numerosas monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado vem sendo elaboradas a partir de material aí coletado, constituindo-se tais produções num importante acervo bibliográfico.

Para teorizar sobre a prática da supervisão numa clínica-escola, considero importante estabelecer, inicialmente, alguns elementos conceituais básicos como seguem: 1) clínica: lugar que se supõe de práticas terapêuticas; 2) escola: lugar que se supõe de práticas de ensino e transmissão; 3) terapeuta: o que exerce uma prática terapêutica; 4) aluno: o que ocupa o lugar de aprendente; 5) paciente: o que vem em busca de escuta para seu sofrimento psíquico; 6) teoria: suporte necessário ao exercício da técnica que apoia a prática; 7) prática: o exercício do trabalho de escuta dos pacientes; 8) práxis: falar da prática aos pares em um exercício de teorização da própria prática; 9) supervisão: lugar de escuta de um terapeuta por outro terapeuta supostamente mais experimentado na arte da prática e 10) comunidade: local delimitado e delimitante do exercício das atividades propostas pela instituição clínica – escola.

Apresento esses elementos de um modo um tanto didático apenas como um artifício à compreensão uma vez que, no cotidiano da prática, encontram-se urdidos numa trama quase inseparável de atravessamentos.

Na dissertação, procuro problematizar aspectos de minha prática de supervisora que foram se construindo, ao longo do tempo, sob a forma de questões inicialmente bastante difusas. Essas questões levaram-me a pensar que, se eu já possuía um arquivo considerável de notas sobre a prática, seria oportuno e importante transformar esse material em produção de conhecimento na universidade.

Em algumas ocasiões, o destino dado ao material referido foi transformá-lo em textos apresentados em eventos e, após, publicados¹.

A pesquisa problematiza a atividade de supervisão no viés de sua escuta como um lugar especial. Especial tanto na dimensão de quem escuta, ou seja, o supervisor, quanto de quem procura escuta: o terapeuta. Pesquisa esta adjetivada de 'psicanalítica', porque se funda no método psicanalítico. Portanto, serão tomados em consideração os elementos que estão presentes em toda a situação psicanalítica: escuta equiflutuante, livre associação, escuta do significante e das formações do inconsciente, atribuição de suposição de saber ao supervisor. Daí poder se considerar como materiais clínicos também os atos falhos e chistes dos terapeutas e do supervisor.

Então, nessa pesquisa psicanalítica, o pesquisador se coloca também como analisante, como o que possui uma história prévia que o assujeita tanto quanto aqueles que o procuram para supervisionar o material clínico de seus pacientes.

Para exemplificar, trago um recorte de um momento de supervisão. A terapeuta me procura para falar de um paciente que vem supervisionando há cerca de um ano. Desta feita, solicita escuta porque o psiquiatra do paciente procurou-a por telefone querendo falar sobre o caso. Procedimento esse que caracteriza a atividade de interconsulta clínica. A terapeuta então, marca um encontro no

¹ Para exemplificar: "Uma Experiência de Análise de Controle – material clínico de paciente institucionalizada", apresentado no Fórum Social Mundial edição 2002, Porto Alegre/RS, publicado no Boletim n.16 da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, dez. 2002; "Transdisciplinariedade e Interinstitucionalidade na Clínica Cotidiana", apresentado no Fórum Social Mundial, edição 2005, Porto Alegre/RS, publicado no Boletim n.19 da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS; "A Supervisão de Estágio de Psicologia Clínica em Clínica-Escola sob o Enfoque Psicanalítico" em co-autoria com Valéria Gularte, apresentado no 13º Encontro de Serviços – Escola do Estado de São Paulo: Práticas Psicológicas em Instituições, São José dos Campos, outubro 2005.

consultório do psiquiatra mas antes, prefere supervisionar para ter claro o que deverá comentar sobre o paciente. Digo a ela que podemos falar sobre o paciente, mas que não podemos saber o que o psiquiatra irá dizer ou perguntar. Poderíamos falar sobre as últimas sessões ou sobre o que a terapeuta quisesse. Proponho isto por perceber na demanda uma certa angústia de tentar antecipar as respostas ao interlocutor que surge como o psiquiatra. Mas, em verdade, não é este aspecto que desejo destacar. Quando fala sobre o paciente, a terapeuta descreve um comportamento deste que a deixa angustiada: ao início de cada sessão, ele senta-se e, calmamente, retira o relógio do pulso e o telefone celular do bolso, depositando-os sobre a mesa. Ao final da sessão, repete o ritual ao contrário, o que denota um desejo de estender o tempo de duração da mesma. Ao narrar este fato, a terapeuta diz: “A saída dele da sessão não é muito complicada” (certamente, ela queria dizer que era complicada a saída do paciente). Marco o ato falho como faria a um paciente em sessão, com a diferença de que aqui não posso pontuá-lo desde o lugar de analista da terapeuta. Marco para que ela, se assim o desejar, possa analisá-lo em seu desejo de analista e também em seu desejo de sujeito.

Um outro recorte. O material clínico refere-se a uma paciente de 11 anos, residente num abrigo estadual para crianças sem família ou que se encontram sob a guarda do Estado por problemas familiares. A terapeuta vinha escutando a paciente há cerca de um ano. No início, sentia-se muito angustiada porque a paciente apresentava-se bastante desorganizada em sessão, dirigindo a ela muitos pedidos que tinham a ver com o seu corpo: tocava-a, pedia objetos que a terapeuta portava, perguntava muito. A ponto de a terapeuta dizer, numa das sessões de supervisão: “Tenho a impressão que ela quer levar tudo de mim”. Trabalhamos com sessões quinzenais até que observei um certo aplacamento da angústia da terapeuta que, depois de alguns meses, decidiu levar o material a uma das reuniões clínicas de rotina. Trata-se de uma atividade assistida por todo o corpo de terapeutas em formação, bem como pela direção e equipe técnica da instituição. Durante a apresentação do material clínico, dentre outros elementos, é trazida uma referência à história da paciente. Esta nasceu com uma má formação no esôfago, que a fez passar por inúmeras intervenções cirúrgicas até que, aos 11 meses, foi abandonada no hospital e acolhida na instituição em que vive até hoje. Durante a discussão, quando narrou o sintoma da paciente de remexer no lixo e levar à boca coisas que

recolhia dali, um dos ouvintes associou 'esôfago-esgoto', num remetimento ao corpo, questão tão presente para a paciente que precisava valer-se do corpo da terapeuta para poder significar o seu próprio. E o significante 'esgoto' ficou em suspenso para que a terapeuta pudesse apropriar-se dele em seu trabalho clínico a partir deste momento para além da supervisão individual.

Com base nesses breves recortes que apontam para a prática, bem como do suporte fornecido pela teoria para sustentar a problematização proposta por esta pesquisa, deixo registrada a esperança de que algo novo possa se instituir. Este novo, tanto no cotidiano de meu trabalho como supervisora, quanto em produção de conhecimento na universidade.

Sendo assim, no marco inicial desta pesquisa, valho-me de Bloch (2005, p.14) em seu Princípio Esperança, quando afirma que "pensar significa transpor". Transposição aqui, feita de muito trabalho em busca de construções epistemológicas senão inéditas, pelo menos originais. A originalidade residindo em que a problematização será baseada numa experiência singular de escuta: levará em conta a especificidade da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS como local de pesquisa. E nesta, a pesquisa será um recorte a partir de minha escuta sobre a situação psicanalítica de tratamentos aí acontecidos. Na situação psicanalítica de tratamento, o pesquisador é o analisante e é nesta condição que pretendo conduzir a atividade de pesquisa.

1.2 DELIMITAÇÃO CONCEITUAL

Para procurar dar conta da proposta dessa pesquisa, faz-se mister o estabelecimento das ferramentas conceituais. Outrossim, cumpre destacar que os conceitos serão balizados pela teorização psicanalítica inaugurada por Sigmund Freud e pela releitura produzida por Jacques Lacan da obra deste, sem dispensar a contribuição de outros autores cuja produção vá ao encontro de meus objetivos teóricos.

Conforme já afirmado anteriormente, em sendo esta uma pesquisa psicanalítica, o método não poderá distanciar-se de todos os pressupostos da psicanálise: escuta equiflutuante, associação livre, escuta do significante e das formações do inconsciente que surgirem na fala do terapeuta. Sem prescindir da relevância que merece o fato de que o supervisor ocupa, como postula a psicanálise lacaniana, o lugar de suposto saber, daquele que não possui um saber apriorístico, do que não compreende nada. Apenas ajuda o terapeuta que busca supervisão, a construir um saber que o interroga sobre seu paciente.

Isto posto, passo a apresentar alguns conceitos iniciais como forma de diálogo com a teoria que embasará o trabalho de pesquisa.

1.2.1 Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS

Local que servirá de base para a coleta do material clínico que sustentará esta pesquisa, considerando que é onde exerço a prática da qual surgiram as interrogações que me levaram a pesquisar. Trata-se de uma clínica fundada em 1977, sob o título de Núcleo de Atendimento Psicológico ao Estudante – NAPE - ligada ao então Departamento de Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS. Criada com o fito de oferecer estágio curricular aos alunos da graduação do Curso de Psicologia da mesma universidade, estende este objetivo ao atendimento à comunidade. Em 1979, passa a denominar-se Clínica de Atendimento Psicológico, sendo que, desde agosto de 2006, tornou-se oficialmente Órgão Auxiliar do Instituto de Psicologia. Tem como objetivo a escuta de pacientes baseada na teoria psicanalítica proposta por Freud e Lacan. Mantendo-se como instituição aberta à comunidade, propõe-se a receber pacientes neuróticos, psicóticos, sindrômicos, portadores de necessidades especiais, etc., sem limite de faixa etária que, por questões econômicas e/ou subjetivas, não podem acorrer a consultórios particulares. Esclareço que todos os atendimentos são pagos pelos pacientes. Nessa perspectiva, o valor das sessões é tratado pelo paciente com o terapeuta, sendo considerado como uma questão subjetiva. Ou seja, o pagamento é tomado numa dimensão clínica que, para além do valor real do dinheiro, institua um valor

simbólico acordado entre paciente e terapeuta, sem preocupação com valores mínimos. Apesar disso, nem todos os pacientes pagam com dinheiro. Em alguns casos, é admitido, transitoriamente, que o pagamento aconteça com desenhos, pedrinhas que o paciente recolhe e traz para as sessões, artesanato de objetos ou alimentos produzidos pelos pacientes como biscoitos, pães, etc. Inclusive, a Clínica possui muitos de seus ambientes decorados com objetos dessa natureza. É claro que o pagamento com objetos ou outros modos, como alimentos, é uma etapa do tratamento em que o paciente ainda não pode transformá-los em dinheiro.

São inúmeros os exemplos que ilustram a questão, apontando para o valor simbólico do pagamento na clínica. Muitas vezes, ele surge como um ponto de resistência dos terapeutas, o qual se expressa na dificuldade em estabelecer o valor das sessões ou em cobrar quando o paciente não está pagando.

De outra forma, existem exemplos interessantes. Numa sessão de supervisão referente ao tratamento de um paciente institucionalizado, a terapeuta relata que ele decidiu pagar, inicialmente, com desenhos e, à medida em que as sessões foram transcorrendo, os desenhos tomaram a forma de cédulas de dinheiro que eram produzidas em sessão e depois trazidas de casa.

Outra questão importante é que o pagamento vai para a Clínica e não para o terapeuta, fato que já surgiu como discussão em sessões de supervisão. Principalmente nas situações em que o terapeuta apresenta dificuldade em cobrar pelo tratamento. Surge então, a constatação de que a dificuldade em tomar o dinheiro de forma simbólica não está somente do lado do paciente. Também o terapeuta tem de se defrontar com um tema que Freud (1913c/1969) em 'Sobre o Início do Tratamento', considera que costuma ser tratado com o mesmo pudor com que se tratam as questões sexuais.

Se tantas são as questões trazidas pelo tema do pagamento, é porque esse toma uma significação especial na Clínica de Atendimento Psicológico, onde todos os tratamentos são pagos pelo paciente. Fica claro então que o tema do pagamento se insere, na Clínica, como um modo de pensar a prática e não simplesmente como uma cobrança por serviço.

Para além da escuta psicanalítica, a Clínica oferece também atendimento psicopedagógico, fonoaudiológico, em terapia familiar sistêmica e psiquiatria. O trabalho é executado por uma equipe técnica constituída de psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e psiquiatra, bem como de consultores de áreas que não estão disponibilizadas à equipe, como por exemplo, em genética, numa proposta de trabalho interdisciplinar.

Em 2006, o trabalho com pacientes psicóticos foi ampliado, iniciando-se oficinas de escrita, teatro e música, coordenadas por psicólogas, egressas do curso de Especialização e integrantes da equipe de supervisores, que recentemente retornaram de formação no Hospital Ameghino, em Buenos Aires. Também foi restabelecida a atividade de apresentação de pacientes conduzida por psicanalista de uma instituição que mantém relações de trabalho com a Clínica. As apresentações acontecem mensalmente e se destinam a auxiliar na direção de tratamento de alguns casos.

O ingresso dos pacientes, via de regra, ocorre através das Entrevistas Iniciais, atividade criada pela professora Martha Brizio – diretora da Clínica - para procurar dar conta da escuta inicial de tais pacientes. Essa criação é inspirada na técnica freudiana das entrevistas preliminares. Um de seus objetivos é diferenciá-la da triagem, comum nos serviços de saúde pública. A expressão ‘Entrevistas Iniciais’ aponta para um tempo que terapeuta e paciente dispõem para a construção da demanda do atendimento, o que poderá não acontecer. Deste modo, muitos atendimentos se resolvem no momento das Entrevistas Iniciais, sendo que outros permanecerão semanas ou meses até que a demanda se torne minimamente clara e o paciente seja encaminhado para outro terapeuta que seguirá escutando-o em tratamento sob supervisão. Importa esclarecer que, de modo diferente da triagem, o paciente é atendido no momento em que chega à Clínica, sem necessidade de agendamento prévio. Procura-se, com esse procedimento, evitar as longas esperas por atendimento. De forma semelhante, uma vez concluído o processo de Entrevistas Iniciais, procura-se o imediato encaminhamento do paciente para o terapeuta que seguirá seu tratamento. Quando isso não é possível, o terapeuta de Entrevistas Iniciais escuta o paciente quinzenalmente ou mensalmente para que o trabalho das Entrevistas Iniciais não sofra solução de continuidade.

Dentre as consultorias, uma delas acontece mensalmente, com psiquiatra convidado que comparece à Clínica para realizar a atividade. Na ocasião, ele entrevista uma família que é trazida pelo terapeuta do Curso de Especialização em Atendimento Clínico, ênfase em terapia sistêmica de casal e família. E, após a entrevista, a discussão é conduzida por ele com o objetivo de supervisionar o material trazido.

Outra atividade de consultoria clínica vem acontecendo desde 1997, orientada por um psicanalista da Escola Freudiana de Buenos Aires. Constitui-se de um momento de estudo teórico, onde, através de uma conferência, o psicanalista trabalha questões atinentes à psicanálise, amparado em textos de Freud e Lacan. Numa segunda etapa do trabalho, acontece a supervisão de material clínico, trazido por terapeutas em formação, oriundos da graduação e do Curso de Especialização em Atendimento Clínico, ênfase em psicanálise. A maior parte destes materiais clínicos já é supervisionada por um supervisor do quadro da Clínica. Entretanto, quando surge alguma interrogação que necessite de uma escuta terceira, o material é levado à consultoria. Pode acontecer, porém, que o material seja primeiro trazido à supervisão com o consultor e, após, passe a ser acompanhado por um supervisor do quadro da Clínica.

Uma outra espécie de consultoria acontece de forma complementar ao tratamento, quando os terapeutas sentem necessidade de recorrer a outros profissionais que atendem esses mesmos pacientes. Por exemplo: médicos psiquiatras, neurologistas, geneticistas, bem como fonoaudiólogos, psicopedagogos, professores, etc. Esta atividade é denominada de interconsulta clínica.

E, para além destas, é realizada uma atividade de interconsulta com instituições que encaminham pacientes à Clínica com o objetivo de organizar os encaminhamentos e otimizar o atendimento.

Como se trata de uma clínica-escola, o esperado é que os tratamentos aí conduzidos, não se estendam para além de um ou dois anos. Entretanto, por basear seu trabalho na teoria psicanalítica, a questão do tempo lógico que aponta para o tempo inconsciente, é tomada em consideração. Assim sendo, alguns tratamentos se estendem por um tempo bem maior.

Ainda na expectativa da clínica-escola, recebe terapeutas oriundos da graduação do Curso de Psicologia, do Instituto de Psicologia da UFRGS que, através do estágio curricular em psicologia clínica e psicopedagogia, iniciam a prática de escuta de pacientes. E, para além destes, recebe também terapeutas com alguma prática clínica, que buscam seguir sua formação profissional através do Curso de Especialização em Atendimento Clínico, com ênfase em psicanálise, terapia familiar sistêmica, psicopedagogia e – desde o ano de 2006 - em fonoaudiologia. Através das diversas ênfases, a Clínica acolhe, além de psicólogos, profissionais de outras áreas como medicina, serviço social, pedagogia e fonoaudiologia. Finda a participação no estágio curricular em psicologia clínica ou no Curso de Especialização, os terapeutas que desejam continuar sua prática na Clínica, fazem-no através de curso de extensão.

1.2.1.1 A Prática de Supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico

A questão da supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico ordena-se conforme a especificidade do funcionamento anteriormente descrito. Faz parte da filosofia da Clínica que cada terapeuta seja autor de seu próprio percurso. E, concorde com tal filosofia, não existem normas pré-estabelecidas para a escolha do supervisor. Conforme minha experiência, posso afirmar que as escolhas ocorrem por transferência. Por exemplo: porque o supervisor já foi seu professor na graduação ou porque algum colega fez referência a ele por um conhecimento prévio ou porque já o havia assistido em alguma atividade científica, etc. Sendo assim, o supervisor é uma escolha de cada terapeuta, a partir de um quadro de mais de quarenta nomes, quase em sua totalidade, concluíram o Curso de Especialização em Atendimento Clínico da Clínica de Atendimento Psicológico, muitos deles ex-alunos da graduação em psicologia da UFRGS que realizaram estágio curricular na própria Clínica. Alguns encontros de supervisão ocorrem nos consultórios dos supervisores com agendamento prévio por parte do terapeuta, sendo que a periodicidade destes encontros é combinada entre supervisor e supervisionando. Outros encontros de supervisão acontecem na Clínica, tanto com os supervisores que fazem parte da

equipe técnica quanto com os que não são funcionários da universidade. Estes vem até à Clínica para realizar as supervisões como forma de manter uma relação mais próxima com a instituição.

Os agendamentos são efetuados a partir da inscrição em um caderno que fica sob responsabilidade de um dos terapeutas do curso de graduação, que organiza, mensalmente, um quadro de horários com as demandas. Mas, como esta é uma forma de agendamento prévio, pode acontecer de um terapeuta solicitar uma supervisão em momento de urgência. Neste caso, o terapeuta faz o agendamento direto com o supervisor.

As supervisões ocorrem tanto em sessões individuais quanto de forma coletiva. Esta segunda modalidade é exercida à livre escolha do supervisor que pode oferecê-la num horário específico quando um terapeuta traz o material para ser supervisionado e convida colegas para assistir. Além disso, todas as segundas-feiras pela manhã, é realizada uma supervisão coletiva com os terapeutas estagiários de psicologia clínica. A atividade é de responsabilidade da diretora da Clínica e de uma psicóloga da equipe, ambas coordenadoras do estágio de psicologia clínica.

Nas segundas, terças e quartas segundas-feiras do mês, acontecem reuniões clínicas, quando terapeutas da graduação e do curso de especialização levam material clínico à reunião assistida pela equipe técnica e por todos os terapeutas das diversas áreas que compõem o corpo da Clínica. O material clínico é apresentado pelo terapeuta e discutido com vistas a auxiliar na direção das questões trazidas por ele.

Uma outra forma de reunião clínica é a que ocorre na seqüência de uma apresentação psicanalítica de pacientes, dirigida por um psicanalista convidado e destinada aos terapeutas da Clínica e aos alunos da disciplina de Psicopatologia do curso de graduação em psicologia da UFRGS.

A par destas modalidades de supervisão e reuniões clínicas, a Clínica oportuniza as diversas consultorias com profissionais convidados. Como o que ocorre na equipe de terapia familiar sistêmica com a entrevista de uma família pelo consultor e posterior discussão sobre a experiência.

Existe ainda, um outro modo de discussão de material clínico com supervisão assistida por terapeutas da Clínica e por interessados na psicanálise. Esta atividade é coordenada por um psicanalista da Escola Freudiana de Buenos Aires, que há dez anos vem à Clínica, numa periodicidade de duas vezes ao ano. Atividade esta que tem a particularidade de que, em geral, o material clínico levado ao consultor, já é supervisionado por supervisor do quadro da Clínica. Podendo ocorrer, no entanto, que a supervisão aconteça antes com ele e, posteriormente, seja escolhido um supervisor do quadro.

Trago um recorte de experiência desta última atividade. Trata-se do material clínico de um paciente que eu supervisionava há cerca de um ano e do qual permanecia uma dúvida quanto à questão diagnóstica. Minha hipótese e da terapeuta é de que se tratava de um caso de fobia. Sugerí então, que levássemos o material para a escuta do consultor que não confirmou nossa hipótese diagnóstica porque não escutou, no relato da terapeuta, a existência de um objeto fóbico para o paciente. Esta intervenção terceira foi importante para o estabelecimento da direção da cura porque nos ajudou a seguir pensando sobre o caso, para além da questão diagnóstica.

Pelo menos uma vez ao ano, a Clínica realiza encontro de supervisores com o objetivo de discutir assuntos pertinentes ao andamento da atividade e também como forma de aproximação com os supervisores. Assim, aqueles que não podem oferecer supervisão nas dependências da Clínica, mantêm-se informados sobre a vida institucional. Outras oportunidades de convivência entre os supervisores e a Clínica são os eventos organizados por esta, como jornadas, reuniões clínicas das segundas-feiras (nestas, é obrigatória a presença do supervisor do caso que está sendo apresentado), cursos de extensão, etc. Inclusive, para facilitar a desejada presença dos supervisores, sempre que possível, estes são liberados do pagamento de taxas de inscrição, inserindo-se como convidados.

A atividade de supervisão, no modo como acontece na Clínica, ou seja, suportada por um quadro de egressos, vem ao encontro da preconização da prática de clínica-escola, onde os egressos desenvolvem trabalho na formação de futuros profissionais. Ademais de que a participação destes supervisores estende-se para além da supervisão de casos, incluindo-se alguns deles como docentes do Curso de

Especialização e como orientadores de monografias de conclusão da graduação e da especialização.

Mostrando o reconhecimento pela atuação destes profissionais, por ocasião da jornada de trabalho que marcou os trinta anos de existência da Clínica, os mais antigos receberam homenagem especial por parte da direção.

Acredito que a atividade de supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico, conforme a estrutura que se construiu ao longo dos anos, orientando-se pela leitura psicanalítica deixada por Freud e Lacan, constitui-se num diferencial na formação de profissionais da área de psicologia clínica.

1.2.1.2 Minha Prática de Supervisão na Clínica de Atendimento Psicológico

Considerando a forma como se institui a oferta supervisão na Clínica, particularmente, não estabeleço *a priori* o número de terapeutas que aceito por ano. Tampouco, efetuo escolhas. Acolho as demandas que surgem. O limite que imponho no aceite de novos pedidos, tem a ver basicamente com a experiência clínica prévia do terapeuta, o que, a meu ver, determinará a estimativa do número de sessões de supervisão semanais. Sendo assim, necessito de, no mínimo, uma primeira entrevista para tomar a decisão de fechar a agenda, o que normalmente ocorre no mês de abril. Isto porque os terapeutas do curso de graduação iniciam sua prática no mês de janeiro e os do curso de especialização, no mês de março de cada ano, sendo que, nesse período, ocorre uma maior incidência de pedidos de supervisão., não impedindo, no entanto, que novos pedidos possam ocorrer durante o ano.

Utilizo-me de um critério clínico para determinar o número de sessões de supervisão, ou seja, quando verifico a necessidade de uma escuta mais freqüente, observo isto ao terapeuta e marcamos sessões semanais ou até mesmo mais de uma sessão na mesma semana. Pode acontecer ainda, que o terapeuta demande sessão que não estava agendada devido a alguma questão relacionada com o material clínico que está sendo supervisionado.

O arquivo de material de minha prática de supervisão constitui-se de notas de fragmentos do discurso dos terapeutas, considerando que a proposta não é de escutar relatos objetivos e ordenados conforme alguma organização pré-estabelecida e sim praticar a escuta equiflutuante. Assim, o registro se dá sobre os restos metonímicos da escuta, privilegiando não a narrativa de fatos e cenas, mas o que, no discurso do terapeuta sobre seu paciente, se produz como interrogação, como não saber.

As notas que vou arregimentando sobre o discurso de cada terapeuta, são guardadas numa pasta com identificação de cada um junto ao nome e idade do paciente, no cabeçalho. Preencho também, um quadro fornecido pela Clínica, com registro dos nomes dos terapeutas e dos pacientes e com as datas em que ocorrem as supervisões. Trata-se de um tipo de registro que permite uma visão geral do movimento de supervisões semanal, mensal e anual de cada terapeuta. Este tipo de registro permite também verificar fenômenos interessantes da prática de supervisão. Por exemplo: alguns terapeutas, na ocasião da escuta dos primeiros pacientes, mostram-se angustiados e solicitam sessões de supervisão semanais ou até mesmo extra-agenda para, depois de algum tempo, ficarem meses sem procurar supervisão. Outros, fazem uma única sessão de supervisão e não voltam nem mesmo para dar notícias sobre o que ocorreu com o atendimento que supervisionaram. São alguns exemplos pontuais de minha prática. Ao longo desta dissertação, trarei outros recortes de situações que considero passíveis de serem problematizadas, evidenciando especialmente os atravessamentos transferenciais, os efeitos da escuta equiflutuante do supervisor e do terapeuta, quando for o caso, bem como os efeitos de uma escuta em supervisão que não se importa com relatos precisos e cronológicos e sim que procura descobrir no engano, na falha, no não-dito, as possibilidades de manifestação do inconsciente (de todos os envolvidos na situação psicanalítica de supervisão: paciente, terapeuta e supervisor).

1.2.2 Clínica-Escola

Conceito que se manterá de modo implícito no corpo da pesquisa, tem sua importância demarcada pela alusão contida na sua composição. Ou seja, lidamos com dois vocábulos para designar um mesmo lugar. Então, conforme Brizio (2002, p.7),

não se trata de clínica mais escola, ou clínica vezes escola, ou ainda clínica elevada à potência de escola [...] mas [...] de uma híbrida composição [...], um lugar onde os alunos também são terapeutas, onde os terapeutas também são alunos, onde os professores são supervisores [...] e que também aprendem.

Ainda conforme a autora, “o termo clínica-escola não deve ser reduzido a um lugar de estáticas posições, onde os alunos são alunos e nada mais, os professores são professores e nada menos, com rígidos calendários e currículos comandados pela fixidez dos cursos de graduação”. Brizio (2002) lembra ainda que o vocábulo clínica deriva da medicina e significa exame através do olhar, que se efetua inclinando-se sobre o leito do doente, ou uma consulta com o objetivo de uma terapêutica medicamentosa.

Muito embora o vocábulo clínica advenha do campo do cuidado com o corpo, não é somente aí que se situa desde Freud. Pode-se afirmar que a psicanálise nasce justamente quando Freud observa, na clínica de Charcot, que os sintomas que se apresentavam no corpo tinham sua origem no psíquico. A partir daí, jamais deixou de se ocupar da clínica, de praticá-la e de procurar transmitir sua experiência.

De igual modo, Lacan preocupou-se com o ensino e a transmissão da psicanálise. Em 1964, funda a Escola Freudiana de Paris para procurar constituir não um lugar de transmissão de conhecimentos comuns, nem um ensino que respondesse à demanda do aprender, porque isso seria enganar a própria ignorância (SAFOUAN, 1985). A proposta de Lacan, ao fundar sua escola, consistia

em fazer com que circulasse o que ele chamava de transferência de trabalho, conforme Safouan.

Estão dados aí os elementos fundamentais para se poder pensar os lugares de clínica e de escola. Ambos, nesta perspectiva, indissociáveis se quisermos nos manter fiéis ao legado de Freud e Lacan.

Interessa-me por hora, ter em conta que não existe, propriamente falando, uma divisão entre clínica e escola. São lugares diferentes na conceituação. Entretanto, no que tange à prática, são inseparáveis, uma vez que a circulação de lugares não permite tal separação. Os alunos (numa referência à escola), são também terapeutas (numa referência à clínica) e os supervisores situam-se em ambos os lugares, pois embora seu percurso lhes confira um lugar de maior conhecimento em relação ao supervisionando, isto não os isenta da condição de aprendentes.

1.2.3 Transferência

É preciso distinguir o fenômeno, o termo em suas diferentes acepções e o conceito de transferência. O fenômeno da transferência é um fenômeno constante e onipresente nas relações profissionais, hierárquicas, amorosas, etc. Literalmente, significa deslocamento, transporte. A primeira menção da palavra transferência na psicanálise ocorre num sentido diferente daquele que posteriormente lhe foi aplicado. Nessa primeira menção, designava uma transferência de um processo psíquico para o corpo, mais especificamente, para o corpo na histeria. Em 1888, Freud escreve o termo pela primeira vez, em francês, para o dicionário médico de Villaret. Nesta ocasião, designava a mudança do sintoma histérico de um lado para outro do corpo (KAUFMANN, 1996). Em 1895, Freud e Breuer descobrem que os sintomas somáticos são transferências de sintomas psíquicos, direcionando o termo para o campo da nosologia. Em 1900, no capítulo VII da *Interpretação de Sonhos*, quando Freud está tratando de entender como se produz um sonho, o vocábulo alemão *Übertragung* – literalmente transporte – passa a ser utilizado como a

transferência de material inconsciente ao pré-consciente. No entanto, o emprego do termo no modo como a psicanálise irá tratá-lo no âmbito terapêutico, surge no pós-escrito do caso Dora, remetendo aos impulsos ou fantasias inconscientes que se atualizam na figura do médico (FREUD, 1905e [1901]/1972). Sentido que Freud manterá com acréscimos nos textos técnicos de 1912 e 1915, respectivamente, 'A Dinâmica da Transferência' e 'Observações sobre o Amor de Transferência'. Em 'Análise Terminável e Interminável' (FREUD, 1937c/1975), um dos últimos textos de sua vida, Freud ainda estuda o assunto, aludindo que o analista pode funcionar como um modelo e até mesmo como um professor para seu paciente, o que, na teorização de Lacan, tomará o nome de 'sujeito suposto saber'.

Para Lacan (1979, p. 219) "A transferência é um fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista", cada um desde seu lugar de desejante. Competindo ao analista "através de seu próprio desejo, livre das captações do imaginário neurótico, fazer vir à luz o desejo no sujeito" (JURANVILLE, 1987, p.224).

No seminário O Desejo e sua Interpretação (1958-1959/2002), Lacan desloca a transferência das vagas referências aos sentimentos positivos ou negativos, direcionando-a à relação com o desejo, mais especificamente, com o desejo do analista. Direção que aponta para a complexidade do amor de transferência como algo que não se dá somente pelo lado do paciente, mas também dirigido ao que se passa com o desejo do analista. A expressão 'desejo do analista' refere-se a uma disparidade subjetiva que constitui um obstáculo à intersubjetividade (no sentido de que um sujeito suporia um outro sujeito), à qual a noção de contratransferência faz apelo (KAUFMANN, 1996).

No seminário do Ato Analítico (1967-1968), Lacan afirma que, pela operação do ato analítico, este sujeito suposto saber deve reduzir-se à função do objeto *a*. Então, todo o trabalho de uma análise não visa senão à destituição desse lugar, numa operação que será denominada de 'des-ser' do analista, ou seja, que, ao final, ele restará como objeto *a*, como resíduo do saber. Em outros termos, a resolução da transferência, conforme o pensamento de Lacan, visa a uma decepção do sujeito ao não encontrar a resposta que supunha no grande Outro. Dessa experiência da transferência, espera-se que ajude o sujeito a decifrar os termos dessa demanda

dirigida ao Outro e, depois disso, permita que ela reste sem resposta (CHEMAMA, 2002).

1.2.4 Contratransferência

Do alemão *Gegenübertragung* - termo que não pode ser dissociado da transferência, é definido inicialmente por Freud como os sentimentos inconscientes do próprio médico em relação ao paciente. É no pós-escrito do caso Dora, que isso irá se evidenciar. No momento em que se recusa a ser objeto do arroubo amoroso da paciente, Freud verifica a resistência do analista (ele próprio) e a contrapartida de uma transferência negativa por parte da paciente. Alguns anos depois, vai denominar esse fenômeno de contratransferência (ROUDINESCO e PLON, 1998).

O termo 'contratransferência' é utilizado, pela primeira vez, numa carta que Freud escreve a Jung, em 07 de junho de 1909. Em 1913, numa carta a Ludwig Binswanger, ele acentua que o problema da contratransferência "é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica", avisando que o analista nunca deve dar ao analisando nada que tenha saído de seu próprio inconsciente (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Lacan questiona a contratransferência por ela conceber a análise segundo um modo dual e simétrico. No Seminário 1 (1953-1954/1979), Lacan considera a contratransferência como uma função do eu do analista. Já no Seminário 2 (1954-1955/1985), refere-se à resistência do analista na acepção de que este resiste quando se mantém no engano de pretender mostrar ao sujeito um determinado objeto de desejo, uma vez que o desejo está para aquém da existência. É também nesse seminário que Lacan coloca a questão da transferência numa relação entre o eu do paciente e o grande outro, ainda dando importância ao eu do analista. Mas será no seminário que dedica à transferência (1960-1961/1992), que vai introduzir o conceito de desejo do analista para, quase em seguida, no seminário sobre a identificação (1961-1962), apresentar a transferência como a materialização de uma

operação de engano em que o analisante coloca o analista no lugar de “sujeito suposto saber”, atribuindo-lhe um saber absoluto.

1.2.5 Transferência de Trabalho

Conceito importante para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi instituído por Lacan, em 1964, na ata de fundação da Escola Freudiana de Paris, momento em que ele afirma textualmente: “O ensino da psicanálise só pode se transmitir de um sujeito a outro e isso pela via de uma transferência de trabalho” (LACAN, 1964/2001). Esta será, conforme Safouan (1985) uma idéia mestra, no sentido de que a cada um dos que viessem buscar formação na Escola, seria esperado que o fizesse desde o lugar de um sujeito em relação com outros sujeitos. Fazendo-se presente aí a idéia do cartel, modo de trabalho caracterizado por pequenos grupos de três a quatro pessoas, no máximo cinco, que passou a se constituir na unidade básica de trabalho da Escola. Ainda conforme Safouan, seria o cartel o local apropriado para o estabelecimento da transferência de trabalho, por ver-se favorecido pelo pequeno número de participantes. Literalmente: [...] “há sempre uma pessoa que se isola como eco do grupo, mas desta vez no sentido de assumir a função da palavra enquanto que é no auditor que esta palavra encontra a resposta que ela inclui [...]” (SAFOUAN, 1985, p.45).

Portanto, a transferência de trabalho inclui o outro da mesma maneira que a transferência no processo terapêutico. E, neste ponto, como lembra Lacan (1964/1979, p.131), “na relação de um a outro que se instaura na análise, uma dimensão é eludida [...], sendo que essa relação [...] se situa num plano que não é de modo algum recíproco, de modo algum simétrico”. Daí podemos inferir que a transferência de trabalho pode tanto auxiliar quanto apresentar-se como obstáculo considerando-se que pode estar atravessada por fenômenos inconscientes.

Como vemos, historicamente, o conceito de transferência de trabalho surgiu no contexto dos cartéis na escola de psicanálise fundada por Lacan em 1964. Nesta

pesquisa, este conceito será pensado em relação à situação de supervisão psicanalítica em uma clínica-escola.

1.2.6 Supervisão Psicanalítica

A supervisão na psicanálise é denominada por Freud de *Kontrollanalyse* – análise de controle – termo que será mantido por Jacques Lacan.

Freud implicou-se com a questão da supervisão desde muito cedo. Segundo Ernest Jones, seu mais famoso biógrafo, desde 1882, ele se preocupava com a incidência dos fenômenos psíquicos também naquele que se ocupava da escuta de pacientes. Jones considera que a psicanálise como técnica, iniciou baseando-se na experiência. Mas para haver-se com sua prática, o analista teria que passar por uma análise pessoal como requisito essencial. Além disso, o aspirante devia proceder leituras e assistir conferências.

O terceiro elemento da formação- a supervisão- vai aparecer formalmente em 1919, na conferência sobre o ensino da psicanálise nas universidades, quando Freud se refere aos tratamentos com supervisão e orientação de psicanalistas reconhecidos (FREUD, 1919[1918] /1976). Mas antes disso, em 1910, no artigo ‘Psicanálise Silvestre’, ele afirma que o exercício da psicanálise tem de ser aprendido com aqueles que já são experimentados nela. No artigo, menciona a fundação, no mesmo ano (no Congresso de Nuremberg), da Associação Psicanalítica Internacional – IPA – para assegurar um lugar de formação aos que queiram exercer a psicanálise.

A preocupação com a *Kontrollanalyse*, desde a fundação da IPA, passa a freqüentar os congressos de psicanalistas, procurando inserí-la nas discussões sobre a formação dos analistas. Em 1918, no Congresso de Budapeste, a idéia da análise didática começa a ganhar vulto na proposta do analista vienense Nurnberg. Em 1920, por iniciativa de Max Eitingon e Karl Abraham, é fundado o Instituto de Berlim, o primeiro instituto destinado à formação de analistas. Local este responsável pela formação dos analistas nos trinta anos seguintes.

Em 1925, no Congresso de Bad-Homburg, a análise de controle foi tornada obrigatória por Eitingon, juntamente com a análise didática, em todas as sociedades que faziam parte da IPA (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Na verdade, a análise de controle nasceu no Instituto de Berlim, no qual havia uma policlínica destinada à prática dos analistas iniciantes, onde eram oferecidos tratamentos gratuitos ou pouco onerosos. Nesse, os pacientes eram escolhidos entre aqueles que podiam convir aos analistas iniciantes aos quais eram confiados os tratamentos, uma vez concluída sua análise didática e seus estudos teóricos. Estes alunos deviam prestar contas de seu trabalho com os pacientes a seus orientadores, que se esforçavam por guiá-los. Assim nasceu a análise de controle.

A análise de controle, então atrelada à análise didática, vai fazer notar seus efeitos na formação dos analistas. Em 1926, no texto 'Psicanálise e Medicina,' Freud volta a chamar a atenção para a importância da análise pessoal do candidato a analista, afirmando que esta teria como objetivo demonstrar a realidade dos processos inconscientes. Ferenczi (citado por SOBRE..., 1985) considerava que a análise didática não deve diferir de uma análise terapêutica, não podendo os analistas ser menos analisados que seus pacientes. A esta concepção da formação, vão estar atreladas não só as análises de controle instituídas em Berlim como nos institutos de formação de analistas de outras cidades.

Eitingon (citado por SOBRE..., 1985) considerava ainda, que os controles não deveriam ser exercidos pelo mesmo analista do candidato, para permitir ao aluno livrar-se da tendência de reproduzir a técnica de seu próprio analista. Posição esta refutada por Ferenczi (citado por SOBRE..., 1985) que considerava o controle uma extensão da análise didática. O conflito entre as duas posições não foi objeto de debate e sim de regulamentação que determinava que o controlador deveria ser outro que não o didata.

Por volta de 1960, sob a influência da poderosa *American Psychoanalytical Association*, o termo 'supervisão' substitui o vocábulo 'controle', que foi resgatado na França por Jacques Lacan e adotado de um modo geral pelo movimento lacaniano (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Conforme Roudinesco e Plon (1998), o termo ‘controle’ coloca ênfase na idéia de dirigir e dominar, ao passo que o vocábulo ‘supervisão’ remete a uma atitude não diretiva. Ainda, segundo os mesmos autores, todas as correntes dos pós-freudianos, incluindo a Psicologia do Ego, admitem a necessidade da supervisão como complemento da análise didática, supervisão esta conduzida por um outro analista que não o didata. Contudo, as modalidades desse processo são diferentes, conforme as instituições pertençam ou não à IPA².

1.2.7 Demanda de Supervisão

Quando, em 1910, Freud e Ferenczi fundam a Associação Internacional de Psicanálise, a análise de controle passa a ser objeto de discussões, muito embora tenha se mantido por muitos anos apenas como uma prescrição na formação dos analistas. A história desta formação torna claro que, nos primeiros trinta ou quarenta anos, a supervisão acontecia de modo instituído, atrelada à análise didática. Fato que, no mínimo, deixava opaca a questão da demanda do aspirante ao posto de analista.

Foi somente com a leitura lacaniana, em meados dos anos 50, com a introdução da noção de desejo do analista, que uma certa subversão se fez sentir. Lacan considerava que este desejo se produzia na confluência com o desejo do paciente, implicando, por conseguinte, o analista em sua subjetividade: [...]” por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é afirmação do laço do desejo do analista como o desejo do paciente” (LACAN, 1964/1979, p. 240).

Em Lacan, a formulação sobre o desejo difere do que propunha Freud. Para este, o desejo estava ligado à realização de um anseio ou voto (*Wunsch*) inconsciente. Desejo este que tende a se realizar (*Wunschbefriedigung*). Concepção

² Embora o termo original da atividade de supervisão de tratamentos tenha sido denominada por Freud de *Kontrollanalyse* – análise de controle – ao longo deste trabalho, utilizarei o vocábulo ‘supervisão’ devido ao uso corrente do mesmo na clínica-escola onde exerço minha prática. Assim, aquele que exerce a prática será denominado ‘supervisor’ e os que procuram supervisão serão denominados ‘terapeutas’.

inicialmente atrelada ao sonho - cujo sentido seria a realização de um desejo – desliza para as noções de recalque, de inconsciente e de fantasia. Portanto, em Freud, o desejo é desejo inconsciente e realização de desejo (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Lacan efetua o estudo sobre o desejo a partir da tradição filosófica, segundo a qual ele estaria ligado à idéia de um apetite que tende a se satisfazer fora de qualquer realização de um anseio. Neste sentido, o desejo - *Begierde* - remete à filosofia da consciência, ficando atrelado à relação com um outro: a consciência só se reconhece num outro, isto é, num objeto imaginário que instaura como objeto de desejo (ROUDINESCO e PLON, 1998).

Num diálogo com a filosofia, Lacan procura uma aproximação desse saber com a leitura do desejo baseada no inconsciente – como queria Freud – e do desejo como reconhecimento (ou desejo do desejo do Outro). Apropria-se então, do *Wunsch*³ freudiano considerando que ele

[...] não tem o caráter de uma lei universal, mas, pelo contrário, da lei mais particular - mesmo que seja universal que essa particularidade se encontre em cada um dos seres humanos. Diz ainda que 'nós o encontramos sob uma forma que qualificamos de fase regressiva, infantil, irrealista, com o caráter de um pensamento entregue ao desejo, de um desejo tomado pela realidade' (LACAN, 1959-1960/1988, p.35).

Neste momento, a leitura lacaniana aproxima-se do que propõe Aristóteles em seu estudo sobre a ética, quando, a propósito do desejo, considera-o como uma faculdade que, “no homem senhor de si mesmo obedece à regra da vida que ele próprio impôs a si e no homem incontinente, desobedece-lhe” (ROSS, 1987, p.198). Nota-se uma separação entre o que Aristóteles denomina de virtudes do intelecto e virtudes do caráter (*ethos*), residindo neste último uma aproximação com a noção inconsciente do desejo. O “incontinente” aristotélico como o que escapa de ser contido, pode assim ser pensado como o inconsciente.

³ Lacan, fiel à releitura da obra freudiana, prefere manter os termos no original alemão.

No seminário sobre As Formações do Inconsciente, Lacan (1957-1958/1999), considera o desejo como o desejo infantil – desejo do desejo do Outro – ou o desejo de ser desejado. Sendo que [...] “o que se inscreve no sujeito ao longo dessa aventura fica permanentemente ali, subjacente” (LACAN, 1957-1958/1999, p.282).

E essa dependência primordial do sujeito em relação ao desejo do Outro, faz com que seu desejo seja moldado pelo que Lacan vai nomear como a demanda. Esta seria um terceiro termo (ROUDINESCO e PLON,1998), que Lacan vai introduzir entre 1953 e 1957, a qual endereçada a outrem, incide sobre um objeto, que, em verdade é inessencial, porquanto a demanda é demanda de amor. Aqui, nos encontramos com a proposta de Lacan que situa o desejo do Outro como o desejo da mãe. Residindo aí o que ele chama de x do desejo da mãe, incidindo no modo como o sujeito foi levado a se tornar ou não aquele que atende a esse desejo (LACAN, 1957-1958/1999, p.283). E, desse modo, relacionando-se com a questão de ser ou não uma criança demandada por esta, marca constitutiva de sua subjetividade.

No mesmo seminário, Lacan refere que a dialética da entrada da criança no sistema significante, insere-se numa dependência do desejo da mulher na medida em que este é significado por aquilo que lhe falta, isto é, o falo. E vai ser este elemento que, uma vez instaurado como marca da ausência, funcionará como organizador da relação do sujeito com seus genitores. Desde logo, não o pai e a mãe de carne e osso, mas das marcas significantes que sua passagem imprimiu na vida do sujeito. Ou seja, de como se constituiu sua relação com o objeto. Mas a renúncia à condição de estar no circuito significante como o falo da mãe será elemento importante para que o desejo se torne demanda – desejo significado – significado pela existência e pela intervenção do significante (LACAN, 1958-1959/1999, p.298). Então, o falo como o significante da falta é que vai estabelecer para o sujeito a distância entre a demanda e o desejo. Desejo primordialmente dependente em relação ao desejo do Outro, já moldado pelas condições de sua inscrição como demanda.

A noção de demanda, em Lacan, não tem a ver com necessidade. Nos “Escritos” (1998), ele faz referência à *Ananké* somática apontada por Freud em sua

noção da *Hilfflosigkeit* (desamparo), onde destaca que essa dependência constitutiva do sujeito em relação a um outro ser humano semelhante, vai manter-se num universo de linguagem, de apelo ao Outro. Porém, justamente por sofrer este atravessamento é que as necessidades se diversificaram [...] “a tal ponto que seu alcance se afigura de ordem totalmente diversa [...], ou seja, a tal o ponto que essas necessidades passaram para o registro do desejo” (LACAN, 1960/1998, p.826). E, neste percurso, Lacan vai referir que o desejo se esboça na margem em que a demanda se despreza da necessidade. Margem essa marcada pelo chamado dirigido ao Outro de cujo lugar retornará como falta, uma vez que não há satisfação universal. E isto “[...] é chamado de angústia” (LACAN, 1960/1998, p.828).

Na situação analítica, o analisando dirige uma demanda ao analista, a qual é, de saída, problemática, pois impõe um paradoxo: “O que é que pode [...] levar o paciente a recorrer ao analista para lhe pedir algo que ele chama saúde, quando seu sintoma [...] é feito para lhe trazer certas satisfações?” (LACAN, 1964/1979, p. 131).

E em relação à demanda de supervisão? Como pensar o que, na prática, surge como um pedido de escuta para além da escuta analítica, o que coloca o supervisor num lugar, no mínimo, curioso? Pois, mesmo que neste caso não se trate da atopia do lugar do analista, não deixa de sê-lo, uma vez que o suposto saber do analista não está de todo descolado do supervisor.

Conforme Silva (2005, p. 9), [...] “a prática da supervisão não se configura como a busca de uma compreensão total, de um entendimento, mas da confrontação com um resto intransponível: o real da castração”. Então, não se pode prescindir de entender que uma supervisão está atravessada por avatares característicos da análise dita terapêutica. E, dentre eles, a questão da demanda. Demanda dirigida a um outro representante do Outro e, por isso mesmo, atravessado pela falta. O supervisor responderá desde onde não sabe *a priori* como o analista; escutará na fala que acontece como relato de um caso, o que escapa e se denuncia como formação do inconsciente; pontuará e ajudará na descoberta do que só é possível no *après-coup*. Para, além disso, fugirá do puro conhecimento teórico para tentar apropriar-se do saber inconsciente que pode se denunciar na fala do terapeuta em supervisão. Há demanda se há transferência, há transferência se há suposição de saber e esse saber é inconsciente.

Silva (2005, p. 9) considera que

A supervisão não elimina o lugar solitário da posição do analista, nem tampouco a radicalidade da responsabilidade para com sua clínica. Mas produz um alargamento transferencial que possibilita deslocamentos na escuta, operando efeitos de formação analítica.

Pois daí é que deve ser acolhida a demanda de supervisão. Sem o pudor de escutá-la como um pedido *sui generis* de análise. Nem prescindir do cuidado de remetê-la à análise terapêutica, quando se fizer ocasião.

2 MÉTODO

Antes de mais nada, cumpre destacar que utilizarei o termo “método” preferencialmente à metodologia pela referência, nesta última, à pesquisa em geral. Com o auxílio do dicionário Aurélio (1995), temos que método é o caminho pelo qual se atinge um objetivo e metodologia, dentre outras acepções, é o estudo dos métodos e, especialmente, dos métodos das ciências.

Considerando este último aspecto, penso que, em estando esta pesquisa inserida no campo de investigação que tem como pano de fundo a prática da psicanálise, mais especificamente, a prática da supervisão psicanalítica de tratamentos - faz-se necessária uma delimitação do método a ser utilizado para sua efetivação.

Sabe-se que Freud desejava para a psicanálise o estatuto de uma *Naturwissenschaft* – de uma ciência natural (ASSOUN, 1983). No entanto, a psicanálise não precisa adaptar-se à ciência das normatizações para operar. A experiência da lingüística, demonstrou que era possível a ação da psicanálise sem a necessidade de ter a ciência como ideal de sua prática. Neste ponto, cito Figueiredo e Vieira (2002, p.18):

Lacan evidenciou também que a psicanálise é capaz de funcionar com a mesma eficácia, partilhando ou não do ideal da ciência, bastando para isso que o psicanalista seja, assim como Freud, capaz de incorporar em suas formulações teóricas os paradoxos impostos pela experiência analítica. Sabemos que Freud teve a genialidade de fazer dessa fragilidade lógica o próprio fundamento da psicanálise, explicitando, em mais de uma ocasião, que abriria mão de construir o edifício e voltaria sua atenção para os andaimes.

De acordo com os mesmos autores, a cientificidade de uma prática deve ser aferida pela sua capacidade de ser formulada em seus elementos desprovidos de sentido prévio. Pois é ao que se presta de modo essencial a psicanálise cujos efeitos só se fazem notar no *a posteriori*, valorizando as produções do inconsciente

para além de qualquer outro elemento que possa ter sentido formal. Iribarry (2000, p.85), a este respeito, concorda com a opção pelo vocábulo 'método', quando se trata de pesquisa psicanalítica, porque ela "inclui uma tradição metapsicológica que encontra sua gênese em Freud e não se ocupa simplesmente de uma metodologia, mas antes de um método específico e construído para permitir a investigação de um campo particular à Psicanálise". Caon (1999) considera a pesquisa psicanalítica *stricto sensu* como pesquisa dura ou de ponta porque seu objeto de investigação é o psicopatológico do inconsciente, onde a atividade de pesquisa não pode ser dissociada da atividade clínica.

Quando se trata de uma situação de análise terapêutica, o analisante metaforicamente porta-se como o pesquisador, ou seja, fica perscrutando o inconsciente em uma situação de tratamento sustentada por uma escuta psicanalítica. Isto porque, em psicanálise, é preciso antes ter passado pela condição de analisante para poder apropriar-se da técnica que habilitará o sujeito a ser profissional desta mesma técnica.

De modo semelhante, pode-se afirmar que, na situação de pesquisa psicanalítica, o pesquisador é também um analisante porque atua a partir do *a posteriori* da experiência e, em estando também submetido às formações do inconsciente, tem sua subjetividade diretamente implicada em sua ação. Isto o torna então, o sujeito primeiro de sua pesquisa.

Conforme Caon (1999), a pesquisa psicanalítica pode ser pensada como a refundação, no meio universitário, da experiência primeiro fundada na situação psicanalítica de tratamento, residindo aí um desafio ao pesquisador psicanalítico: o de comunicar o efeito de seu trabalho a um outro que, neste caso particular, constitui-se na universidade e, mais especificamente, na clínica-escola que serve de local à prática da pesquisadora.

Desta forma, o sujeito pesquisador deve lidar não somente com o conhecimento que poderá manipular através de conceitos teóricos, mas com a possibilidade de uma aprendizagem. Iribarry (2000, p.88), a este respeito, afirma que o pesquisador psicanalítico em sua investigação, não deve se preocupar em citar e

recitar teorias e procurar validá-las empiricamente, mas engajar-se num processo de descoberta e até mesmo de renovação de seu campo.

O pesquisador psicanalítico não separa seu processo analítico de seu fazer e mesmo

[...] aquilo que melhor o caracteriza é o que deriva desse último como interrogação” [...], daí a constituir-se como [...] “alguém capaz de fazer dos seus significantes, do seu sintoma, a causa da produção de um saber que leve adiante determinada tradição e funcione para incentivar outros tantos a recomeçar (SANTOS, 2002, p.82).

A partir dessas colocações, chego à questão da delimitação do campo, do objeto e do método da pesquisa.

Birman (1993) considera que o campo da pesquisa psicanalítica é circunscrito por seu objeto: o inconsciente, por seu método: a interpretação, pela técnica da associação livre e pelas condições de emergência das formações do inconsciente. Caon (1999) manifesta-se de modo semelhante ao de Birman, acrescentando que o objeto tem a ver com a posição adotada pelo pesquisador para aceder ao inconsciente, sendo o método o procedimento que ele adota para o acesso ao inconsciente.

Corroboro a posição de ambos os autores, esclarecendo que, em meu caso, o método será baseado, primordialmente mas não exclusivamente, na escuta do discurso dos terapeutas acerca do material clínico que trouxerem à supervisão e das anotações efetuadas a partir daí. Serão registrados, além de recortes da fala corrente, as perguntas, os atos falhos, os chistes, de ambos os interlocutores, pois, a denúncia do inconsciente através de suas formações não é prerrogativa somente do terapeuta que busca supervisão.

Como se trata de uma pesquisa psicanalítica, o método não prevê a escolha de sujeitos ou participantes. A análise dos resultados deverá ocorrer com base em fragmentos da escuta da pesquisadora (notas tomadas após ou durante as sessões de supervisão) que comportarem questões pertinentes aos conteúdos que estejam

sendo problematizados. Também poderão ser incluídos como elementos da pesquisa, situações da experiência que me suscitem questionamentos, sendo que estas não necessariamente serão oriundas do *setting* da supervisão. Explico-me: poderão ser problematizadas situações vividas no cotidiano de meu trabalho na Clínica como participação em jornadas de trabalho, seminários, apresentação de pacientes, interlocução com analistas de outras instituições, etc., situações que eventualmente alimentem interrogações alusivas ao objeto desta pesquisa.

Dessa forma, uma vez delimitados os conteúdos a serem discutidos, a análise do material acontecerá através da produção de três ensaios metapsicológicos que procurarão contemplar os temas suscitados pela experiência e pertinentes à pesquisa.

No que se referir ao material relativo às anotações da pesquisadora, será considerada a forma de anotação, ou seja, frases, palavras que chamaram a atenção por serem identificadas como significantes produzidos pelo paciente e escutados ou não pelo terapeuta, perguntas formuladas pelo terapeuta sobre o paciente, sobre seu modo de conduzir a cura, pontuações do discurso do terapeuta pela supervisora, questões trazidas pelo terapeuta que remetam à sua análise, etc.

Freud, o grande investigador do inconsciente, precisou inventar um dispositivo epistemológico específico para dar conta das noções e concepções da pesquisa psicanalítica, o que veio a constituir a sua 'metapsicologia'. E é desta que me valho para viabilizar a descrição dos elementos problematizados nessa pesquisa, em concordância com Caon (1999) em sua consideração de que o pesquisador psicanalítico reconstrói o campo conceitual metapsicológico já conquistado por pesquisadores psicanalíticos que o precederam, podendo, ele próprio, realizar acréscimos a esse campo conceitual. Parece ser a isto que se refere Freud (1933a / 1976, p. 207) quando escreve que:

O pensar científico não difere, em sua natureza, da atividade normal do pensamento que todos nós, crentes ou incrédulos, empregamos ao cuidar de nossos assuntos na vida corrente. Ele apenas desenvolveu determinados aspectos: interessa-se por determinadas coisas, conquanto estas não tenham uso imediato, tangível; [...] equipa-se com novas percepções que não se podem obter pelos meios habituais [...].

Iribarry (2000) afirma que um texto metapsicológico tem em sua essência uma inconclusividade, a marca de um buraco. E deve trazer como contribuição a ampliação do campo conceitual da psicanálise, bem como a produção de novos sentidos ao que está sendo investigado. O que abre margem à criatividade do pesquisador, aguçando-lhe a curiosidade quanto à produção de algo novo - concorde com o que nos diz Freud acima - até mesmo nos assuntos de nossa vida corrente. E este novo podendo ser tanto um conceito quanto simplesmente a sistematização de situações da prática do pesquisador que, uma vez problematizadas e trazidas a público, podem se constituir em conhecimento, em uma nova informação sobre um já conhecido objeto de trabalho.

Aqui, recorro a Caon (1999) que, referindo-se ao trabalho de Stein (1997), compara um ensaio metapsicológico a um ensaio literário, considerando que um ensaio metapsicológico possa ser o melhor meio de focar a totalidade incompleta que sustenta o processo de pesquisa psicanalítica.

Darriba (2002) chama a atenção para o fato de que a produção da obra de Freud deu-se com base na descontinuidade de suas considerações e a noção de experiência é tomada por ele com o estatuto de problema. E os achados da observação freudiana não se encerram numa concepção unificada, indicando [...] “que se trata de uma questão ainda em aberto, a cujo enfrentamento estão destinados os psicanalistas” (DARRIBA, 2002, p. 58).

Sendo assim, quando, no início do curso de mestrado, apresentei um pré-projeto de pesquisa, o que me surgiu como pergunta inicial era sobre o que ocorria com o resto de uma supervisão. Ou seja, o que restava como resposta às muitas interrogações do terapeuta, após uma sessão de supervisão. Mas também o que restava para o supervisor. Pensei, inicialmente, como possibilidade de pesquisa, justamente problematizar sobre esse hiato – que chamei de hiância – entre a fala do terapeuta e a escuta do supervisor. Através das reuniões de orientação, as discussões com o orientador foram auxiliando a decodificar e clarear o campo de pesquisa. Inicialmente, precisando a noção do que seja a pesquisa psicanalítica. Também considerando a importância de clarificação dos conceitos que iriam fazer parte da pesquisa e a escolha do material a ser problematizado. Com base nestas constatações, pude modificar a pergunta inicial, tornando-a mais abrangente. Ou

seja, o que eu nomeava de hiância entre a fala do terapeuta e a escuta do supervisor, evoluiu para a problematização do que está implicado na situação de pesquisa psicanalítica e, nesta, na especificidade desta pesquisa, a situação de supervisão psicanalítica de tratamentos como escuta infinita. Infinita porque a borda será a escuta do inconsciente (do paciente, do supervisionando e do supervisor). Infinita também porque dada a incompletude inerente ao campo da psicanálise, as perguntas não cessam de surgir, fazendo com que a pesquisa exceda o *setting*, tornando-se “extra-muros”.

3 A ESCUTA EM SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA

Proponho, neste capítulo, problematizar o conceito de supervisão psicanalítica a partir de situações de minha prática como supervisora e, estabelecendo um diálogo com alguns autores que se dedicaram à questão da escuta na situação de supervisão psicanalítica.

Início pela pergunta sobre o lugar do supervisor e a especificidade de sua escuta, no seu aspecto de um além da escuta terapêutica.

É claro que o relato de um recorte clínico já diz de um lugar especial na escuta, no sentido de que o caso é elaborado na medida em que vai sendo falado em supervisão. Isto porque já não se trata somente do sujeito que está sendo falado, mas também daquele que o fala e daquele que escuta esta fala, cada qual com sua subjetividade, operando aí efeitos do imaginário do terapeuta e do supervisor, bem como a suposição de um saber no supervisor. Estas são questões que certamente atravessam a prática de supervisão e convocam o supervisor a servir-se de sua escuta de modo a realizar as intervenções de forma semelhante ao que ocorre na situação psicanalítica de tratamento. Trago um recorte. M. supervisionava comigo há cerca de dois anos o material clínico de uma paciente de 40 anos que estava em tratamento na Clínica há quatro anos (nos dois anos anteriores esteve com outra terapeuta). O discurso da paciente R. era marcado pela questão das perdas: referia que, quando criança era preterida pela mãe em relação à sua irmã e, na atualidade de seu tratamento, falava sobre o afastamento da terapeuta anterior como uma perda. Sobre um afastamento temporário da terapeuta, em seu tratamento atual, dizia que a terapeuta a deixou quando ela se sentia fragilizada, pois estava com sua mãe hospitalizada. Em relação ao discurso sobre perdas incluía os homens com quem se relacionava que, segundo ela, também a abandonaram. Referia uma amiga com a qual tinha uma relação muito próxima, quase de mãe e filha, dizendo que esta amiga sabia tudo sobre sua vida e a ajudava dando conselhos. Nos finais de semana, costumava freqüentar a casa da família desta amiga, pois se queixava de que sua própria mãe não lhe dava atenção. A paciente relatava que, depois da hospitalização, a mãe não seguiu as recomendações médicas quanto ao não uso de cigarro e bebida alcoólica e seu estado de saúde veio a piorar. No início do ano de

2007, a mãe da paciente foi novamente hospitalizada e veio a falecer. Quando a terapeuta buscou novamente supervisão, verifiquei que haviam se passado cerca de quatro meses desde nosso último encontro. Marquei isto a ela e constatei uma certa tristeza em seu relato sobre a morte da mãe da paciente, que me fez pensar numa identificação. Trouxe então a questão que eu conhecia sobre o afastamento temporário da terapeuta por ocasião de uma viagem que esta teve de fazer ao seu estado natal quando do falecimento de uma pessoa de sua família. Houve coincidência de datas entre o luto da paciente e o luto da terapeuta. A sessão de supervisão prosseguiu a partir da interrogação sobre a relação entre o luto da paciente e o luto da terapeuta. Esta referia não haver percebido que seu afastamento da supervisão havia coincidido com seu momento de luto que, segundo ela, seria justamente quando mais precisaria de supervisão. A mim, restou a pergunta sobre este hiato de tempo tomado pela terapeuta para poder vir falar sobre sua paciente. Especularidade com o luto da paciente? O tempo de ausência da supervisão seria o tempo de elaboração do luto da terapeuta? Perguntas que não tem como nem porque serem trabalhadas na sessão de supervisão. O resto desta sessão de supervisão, conforme as próprias palavras da terapeuta, seria material de sessão de sua análise pessoal. A mim ficando a constatação de que aí está um exemplo dos limites da escuta em situação de supervisão.

A escuta em psicanálise tem a ver com a técnica, mas não só, pois ultrapassa o mero ato sonoro da audição. Dela faz parte a capacidade do analista de utilizar-se do silêncio para capturar os tropeços do discurso do analisante na denúncia das formações do inconsciente.

Souza (1985) considera que “a escuta do analista [...] é o que constitui limite para o analisante, na paixão neurótica que o constitui e o aliena [...]”. A escuta tomada assim em sua dimensão de limite, de borda construída pelas pontuações do analista quando o analisante denuncia por sua fala aquilo que o trai enquanto sujeito do inconsciente. O mesmo autor sublinha ainda que, para escutar, é preciso saber ler. Textualmente:

Mas o saber ler para escutar é necessário sob vários pontos de vista para a escuta. Primeiramente, pela particularidade da escuta analítica, que de

forma alguma se trata do puro efeito sensorial de ouvir; trata-se efetivamente de leitura-escuta. Pois se, por um lado, a escuta pode situar-se num material sonoro, a leitura, diferentemente, dá-se a partir de um texto, de uma escrita, de uma escritura. E se o material sonoro é dado no dito, sob a forma de palavras, de enunciados, a enunciação é uma leitura que busca encontrar o suporte mesmo do falar na relação analítica. Por isso a metáfora da leitura, pois é lendo na escuta que podemos sacar um ponto de equívoco, de uma suspensão; ou seja, aquilo que desvela a própria enunciação (SOUZA, 1985, p. 115).

Pode-se pensar aqui a questão da escuta equiflutuante do supervisor numa acepção muito próxima a da escuta de um sujeito em análise. Pois não se pode descartar o inconsciente em presença na situação de supervisão, que se vê atravessada pelos mesmos avatares da análise terapêutica. Ademais da angústia portada pelos terapeutas que vêm à procura de escuta para as inúmeras interrogações sobre seus pacientes.

Conforme D'Agord (2005), a escuta exige diacronia, isto é, escutar um dia depois do outro, pois as formações do inconsciente são produções de um sujeito dividido entre enunciado e enunciação. Sendo o sujeito do enunciado, "o sujeito gramatical que raciocina, mas não pensa, e o sujeito da enunciação, que pensa, mas não raciocina" (D'AGORD, 2005, p. 112).

Fédida (1991a, p.230) considera que aquilo que ele chama de análise de supervisão, não deve ser confundida com uma análise pessoal nem com uma instância de controle de atividade que levaria a uma "formação profissional".

Assim, pode-se pensar na importância da escuta do analista que ocupa o lugar de supervisor, no sentido de que, dessa escuta depende não só o andamento como os efeitos desta prática onde muitos são os elementos em jogo. Um deles é a forma como o terapeuta descreve o material clínico ao supervisor. Contar uma sessão após a outra na tentativa de restituir com a máxima fidelidade o conteúdo do discurso do paciente é prática comum aos terapeutas iniciantes. Tem-se a impressão de que aí o privilégio recai numa memória objetiva que tem como base o relato ao supervisor e não a escuta do discurso do paciente. Fédida (1991b) chama a atenção para o terceiro destinatário de um relato dos acontecimentos de um tratamento (acontecimentos relatados pelo paciente, acontecimentos associados às sessões, acontecimentos ocorridos na vida do terapeuta), como fatores que

apontam para a importância de uma memória narrativa em detrimento da memória que privilegia o inconsciente. Ou seja, se a escuta está amparada na técnica psicanalítica, a atenção é equiflutuante e não se presta a narrações descritivas.

A propósito, apresento um recorte de minha prática. Uma terapeuta que já se encontrava há alguns meses em supervisão, procurou-me angustiada com a pequena paciente M. Perguntava-me o que estaria ocorrendo com a paciente, pois observara que ela se apresentava bastante desorganizada nas últimas sessões. M., uma criança de 5 anos, que foi retirada da família por suspeita de abuso sexual por parte de um irmão mais velho, vai morar num abrigo residencial mantido pelo governo do Estado. Conforme a terapeuta, a criança vinha se mostrando mais arredia nas sessões, falando pouco e modificando sua produção de desenhos, os quais, bem definidos e coloridos, foram substituídos por rabiscos fortes que ocupavam quase toda a folha. Ademais disso, quando retirava os brinquedos da caixa dizia: “Isto é horróroso”. O que repetia também em relação ao seu desenho. Enfim, a nós ficava a pergunta sobre de que horror estaria a pequena paciente falando. A terapeuta relatava ter escutado dela que sua mãe não a estava visitando. Por ter apresentado comportamento agressivo na instituição, numa das visitas a M, o juiz havia determinado seu afastamento por seis meses para que procurasse tratamento psicológico.

Como se tratava de paciente abrigada, sugeri à terapeuta fazer contato com a psicóloga responsável pelas questões pertinentes ao local onde vivia M. A terapeuta relatou-me então, haver tentado tal contato inúmeras vezes, sem sucesso, o que, em minha leitura, só fez aumentar sua angústia.

Na sessão de supervisão, trabalhamos o significante “horror”. De que horror estaria falando a paciente, denunciando-o no seu brinquedo, na sua produção? Como fazer para desvendar o que procura inscrição por este significante e que se expressa pelo sofrimento psíquico da pequena M.? Por que não respondia aquela que, desde a instituição, deveria fazer suplência ao lugar de um familiar? Perguntas que denotam a angústia da terapeuta e que vêm em forma de demanda à supervisão. Sem resposta *a priori*, resta-nos o que aponta para a escuta do significante em relação a outro significante produzindo efeitos de significação no

discurso da paciente. Significação desde logo possibilitada por uma escuta que leva em consideração o inconsciente.

O recorte aponta para o fato de que, como na situação psicanalítica de tratamento, o supervisor não possui um saber *a priori*, suportando-se também num lugar de não saber. Ele fala “desde um ponto de ignorância em relação ao saber inconsciente [...], sendo [...] aí que o processo de análise e a prática de supervisão confluem, produzindo efeitos de formação analítica” (SILVA, 2005, p. 9).

Eis aí um ponto nodal da problematização da supervisão. Ou seja, como tratar a demanda dos que procuram supervisão mantendo-se num lugar de não saber mas, ao mesmo tempo, tendo que fornecer alguma resposta? Mas afinal, de que saber se trata? E o não-saber, de que ordem é? É possível considerar que o não-saber em causa na situação de supervisão se mistura com uma demanda de conhecimento. Desse modo, o terapeuta que busca na supervisão uma escuta para a angústia do que considera seja sua ignorância sobre seu paciente, desloca o supervisor do lugar de uma simples suposição. Muitas vezes, o que é buscado são respostas objetivas sobre a técnica e sobre a teoria. As perguntas surgem como demanda de resposta à guisa do que acontece na situação psicanalítica de tratamento.

Formulações do tipo: “O que eu faço? A paciente fica me tocando, fica perguntando sobre meu brinco, sobre meu relógio [...]. Pergunta se eu tenho mãe, se eu tenho carro. Não sei o que dizer, estou muito angustiada. Por isso pedi esta supervisão”, demonstram a urgência com que os terapeutas iniciantes apresentam suas questões que, neste momento, assemelha-se, para eles, à falta de conhecimento.

Em psicanálise, é preciso distinguir entre conhecimento e saber; ter a clareza de que o conhecimento é o saber objetivado. “O conhecimento está relacionado ao ato de conhecer, de adquirir um novo modo de ver o mundo, uma informação sobre um objeto” (IRIBARRY, 2000, p. 137). Embora o aprendente possua saberes oriundos de sua experiência de vida ou senso comum, isso não garante o conhecimento. O conhecimento pode se construir com base em teorias mas, na situação psicanalítica de supervisão, essa construção de conhecimento leva

em conta o saber do inconsciente. O saber insabido que se produz no ato analítico, no ato falho, no sintoma.

Então, na situação psicanalítica de supervisão, importa é o dizer do supervisionando, o discurso que permita veicular as formações do inconsciente. Cohen (2001) se pergunta o que se ensina de novo numa supervisão a não ser o que surge do dizer mesmo, sendo que nesse dizer é que se traça a trama que transforma. Segundo a autora, a supervisão tomada nesta perspectiva, é um ensino que se torna aprendizagem, [...] “onde o que diz é o que aprende da leitura desse dizer a outro que escuta” (COHEN, 2001, p. 21).

A escuta em jogo então, excede à mera audição. É uma escuta que possibilita o surgimento da pergunta antes que da resposta e que se dá de forma equiflutuante. Neste ponto, pode-se pensar no que propõe Caon (1996) sobre a “escuta dirigida pelo olhar e leitura dirigida pela escuta”. Por paradoxal que possa parecer esta formulação, aponta para este aspecto *sui generis* da escuta ao convocar o imaginário do analista supervisor (como na escuta terapêutica) no sentido de poder escutar imagens e também de ler nas entrelinhas, para além do discurso da linearidade.

Feinsilber coloca o controle (modo como se refere à supervisão) entre a análise e a teoria (que, para ele, não se trata de mera reprodução) pois, “[...] não é um lugar de acesso ao conhecimento, mas um lugar de articulação entre saber e verdade [...]”. O saber em causa sendo aquele que se refere ao inconsciente como um operador sobre o desejo e a verdade como o meio-dito que representa o sujeito por uma letra que se faz palavra” (FEINSILBER, 1991, p. 89).

Trata-se, em relação a essa verdade do inconsciente, de um impossível tudo dizer, o que faz pensar na *Realität* freudiana, o real da realidade do inconsciente. E esse impossível tudo-dizer é que coloca a supervisão psicanalítica no lugar especial de operar com o saber que não se sabe, pois se funda no método psicanalítico. Então, o saber que circula na situação psicanalítica de supervisão é aquele oriundo da experiência e da escuta do supervisor no aqui e agora da supervisão.

Como o demonstra a situação de supervisão onde a terapeuta, ao relatar uma conversa de sua paciente com o marido, diz: “Eles estavam conversando sobre

a questão de que eles têm gostos diferentes, ele gosta de uma coisa e ela gosta de outro” (ao invés de dizer: ela gosta de outra [coisa]). A terapeuta não escuta seu ato falho e segue seu relato sobre outras situações do caso. Quando marco o ato falho, a terapeuta lembra que havia escutado da paciente uma manifestação sobre seu desejo de separar-se do marido. Trata-se de duas formações do inconsciente irrompendo na supervisão. Aquilo de que a terapeuta não lembrava que tinha escutado pôde retornar na forma de um lapso. A terapeuta não conseguiu escutar sobre a possibilidade de ruptura do casal? Então o ato falho (outro por outra) da terapeuta seria uma interpretação para o caso? Uma interpretação que não pôde, em um primeiro momento, ser formulada pela terapeuta?

Por isso, o lugar que ocupa o supervisor em relação à escuta, não é um lugar qualquer uma vez que, tal qual o analista-terapeuta, ao supervisor não compete aliviar a angústia, mas apenas auxiliar o terapeuta a lidar com ela. Sobre essa questão Goldenberg (2005, p. 30), considera que:

Como relação de aprendizagem, a consulta de controle depende da experiência prévia do consultante com seu inconsciente, sendo que [...] pode-se aprender de si mesmo na supervisão, se já se aprendeu a reconhecer o próprio inconsciente vindo do interlocutor, no tempo em que se era analisante.

Ainda segundo Goldenberg (2005, p. 30) [...] “o papel do consultor (supervisor) é mais ambíguo: não se pode fazer de morto, mas tampouco é interpretante”.

Corroboro com a referência do autor sobre o lugar de analisante do terapeuta. Porém acrescento que não considero o tempo de analisante somente como prévio, mas como estando presente na relação de supervisão. Ou seja, ao falar sobre o paciente na sessão de supervisão, o terapeuta atualiza nela os efeitos de sua análise pessoal. Esta seria então, uma interlocução diferenciada porque porta um ‘para além’ de uma simples demanda de escuta de queixa. Trata-se de uma experiência que pede um ouvido preparado para escutar nas entrelinhas aquilo que escapa do simples relato, aquilo que vai além do dito. Não se trata, portanto, de

uma interlocução qualquer pois aquele que responde é também assujeitado ao saber do inconsciente, o saber que não se sabe.

Feinsilber (1991), parodiando Lacan que nos Escritos propõe o termo “superaudição”, sugere o vocábulo “transaudição” porque segundo ele, o inconsciente é um saber transubjetivo e não intersubjetivo uma vez que não se dá entre dois sujeitos. E, assim sendo, dessa segunda audição presentificada pela situação de supervisão, espera-se possa auxiliar o que a busca a se liberar da fixidez do sintoma. E, quiçá, ao longo de um percurso de formação psicanalítica, tendo a supervisão como apoio, possa fazer da psicanálise o seu sintoma.

4 O SUJEITO SUPOSTO SABER NA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA DE TRATAMENTO E NA SITUAÇÃO PSICANALÍTICA DE SUPERVISÃO DE TRATAMENTOS

A noção de sujeito suposto saber em Lacan é extensiva à noção de sujeito que ele foi desenvolvendo em vários seminários. No seminário dedicado à transferência (1960-1961) Lacan, tomando como metáfora a figura de Sócrates no Banquete, reconhecendo-o como desejante, prepara uma nova designação de sujeito, a do “sujeito suposto saber”. Isso, na medida em que Lacan situa o desejo de Sócrates em referência ao saber. É nesse seminário que Lacan considera Sócrates como o protótipo do analista porque se apresenta como nada sabendo a não ser as coisas do amor. E, para falar sobre isto, lança mão de uma outra figura, Diotima de Mantinéia, atitude considerada por Lacan como a representação da divisão do sujeito, ou seja, para nomear seu desejo o sujeito precisa recorrer a um outro.

Ainda no mesmo seminário, Lacan refere-se à essência de Sócrates como *ouden* (vazio, oco), por oposição ao que ele diz a Agatão quando chega ao Banquete: “[...] Agatão, é você quem está cheio, e como se faz passar de um vaso cheio para um vaso vazio um líquido, com a ajuda de um fio ao longo do qual ele escorre, da mesma forma irei me encher” (LACAN, 1960-1961/1992, p.158). As palavras de Sócrates são tomadas por Lacan como apelo do vazio no centro do saber, isto é, dizendo-se vazio Sócrates ostenta-se como desejante e se recusa a ocupar o lugar que lhe confere Alcebíades, o de amado. Se ele também ama, então não pode aceitar o puro lugar de amado. É desejado mas também deseja e é aí, na transposição de lugares, que se dá a metáfora do amor.

Como Sócrates, o analista é interrogado como alguém que sabe: “é no lugar mesmo em que nós somos suposto saber que somos chamados a ser e a não ser nada além, nada que não seja a presença real e justamente na medida em que ela é inconsciente” (KAUFMANN, 1996, p.504).

A fórmula do ‘sujeito suposto saber’ só aparece no seminário ‘A Identificação’ (1961-1962) que se segue ao da transferência, onde Lacan se refere ao engano que consiste em o analisante colocar o analista no lugar do saber

absoluto tal como na relação Alcebíades e Sócrates. Segundo Lacan, o "sujeito suposto saber" é um sujeito desvanecente, dividido entre o 'eu sou' de sentido e o 'eu sou' de existência; um sujeito que só se inscreve numa ordem de representação instaurada pelo significante que o representa; um sujeito cuja essência é o corte.

Lacan afirma que o sujeito suposto saber na análise é o analista e que "onde quer que haja sujeito suposto saber, há transferência, mesmo que o analisado esteja muitas vezes longe de atribuir esse lugar ao analista quando entra em análise" (KAUFMANN, 1996, p. 551). Essa associação do sujeito suposto saber à transferência, ocorrerá somente em 1964, no seminário 11, Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Na última classe deste seminário (24/06/64), Lacan afirma que se

[...] esse sujeito suposto saber, suposto saber algo de vocês, e que, de fato, não sabe nada de vocês, pudesse ser considerado como liquidado, no momento em que, no fim da análise, ele começa justamente, sobre vocês, a saber um pouco. É então no momento em que ele mais tomaria consistência que o sujeito suposto saber deveria ser suposto vaporizado (LACAN, 1979, p. 253).

Em 1967, na famosa Proposição de 9 de Outubro sobre o Psicanalista da Escola, Lacan segue nesta linha afirmando que o sujeito suposto saber é o eixo de onde se articula tudo o que ele é de transferência e se pergunta para quem esse sujeito é suposto senão para um outro sujeito (LACAN, 1967/1995). Ademais de considerar – baseando-se em Aristóteles - que um sujeito não supõe nada e sim é suposto. Suposto pelo significante que o representa para um outro significante. E insistindo na questão deste saber, Lacan (1967/1995) agrega que o psicanalista não está autorizado a se bastar de saber que ele não sabe nada, "porque o de que se trata é do que há a saber, pois o não-sabido se ordena como a moldura do saber" (LACAN, 1967/1995, p. 70).

Com base nessa concepção, será tratado nessa pesquisa o lugar ocupado pelo supervisor, ou seja, da suposição de saber dirigida a ele na situação psicanalítica de supervisão de tratamentos.

Procurando estabelecer uma diferença entre a situação psicanalítica de tratamento e a situação psicanalítica de supervisão de tratamentos, destacarei, inicialmente, o que seja 'situação'. Segundo o dicionário Ferreira (1995), significa ato ou efeito de situar-se; o modo como alguma coisa ou pessoa está situada em relação a determinado ambiente; posição, colocação, etc. Pois é nesta última acepção que pretendo deter-me. Conforme Caon (2000), na situação psicanalítica de tratamento, o pesquisador é o analisante, ou seja, o encarregado da tarefa de rastrear seu inconsciente auxiliado pelo psicanalista através de sua escuta. Associar livremente, contar sonhos, produzir atos falhos e chistes, podem ser considerados como o trabalho do analisante, mas cabe ao analista dirigir a cura, "dirigir a pesquisa do analisante, o que não significa dirigir o analisante" (CAON, 2000, p. 94).

Na situação de supervisão psicanalítica, ocorre algo semelhante onde não compete ao supervisor responder à demanda desde um lugar de quem sabe, mas auxiliar o supervisionando a decodificar o que surge sob a forma de perguntas sobre o real da clínica.

Outra questão a destacar é a adjetivação de 'psicanalítica' ao trabalho da supervisão. Trata-se de que o supervisor, ou seja, aquele que se propõe a escutar um colega que o procura para falar dos tratamentos que está conduzindo, não esqueça de sua própria história prévia, de seu percurso de analisante. Tendo isto em conta, fica claro que, tanto um quanto outro dos parceiros, estão igualmente submetidos às leis do inconsciente. A diferença podendo residir apenas em que um inscreveu-se primeiro na corrida.

Considero que a escuta na situação psicanalítica de supervisão não se distancia da escuta de uma análise terapêutica. Afinal, ambos os atores na cena, são igualmente sujeitos e, se assim ocorre, não escapam de serem assujeitados ao significativo, muito menos de se verem às voltas com as formações do inconsciente. Ambos podem se atrasar para o encontro, ambos podem esquecer-lo, cometer atos falhos, produzir chistes. Claro está que o que se espera do supervisor é que ele saiba o que fazer com tudo isto. E que o saiba desde seu lugar de analisante, desde sua análise pessoal, muito antes de que se sinta amparado pelo saber teórico. Zuberma (2001) relata uma experiência de supervisão (denominada por ele de análise de controle) onde a analista fala sobre sua paciente, uma senhora idosa

vivendo uma situação melancólica devido a uma série de acontecimentos em sua vida: aposentadoria compulsória, saída dos filhos para fazerem suas próprias vidas, a remota possibilidade de tornar-se avó, a morte do esposo, etc. Segundo Zuberger (2001), a analista já tinha um diagnóstico, sua “teoria do caso” e um vasto conhecimento sobre o quadro da paciente. Contava que as crises melancólicas da paciente aconteciam especialmente pela manhã. Isto levou a analista a acrescentar às duas sessões semanais, um chamado telefônico diário da paciente, de manhã cedo, antes mesmo da analista sair para o trabalho. Zuberger nos conta que ao escutar isto se perguntou se não seria um excesso, mas não marcou para a analista pensando que seria apenas sua opinião o que não o impediu de pensar: “Bonita maneira de começar o dia”. Ao mesmo tempo, pensava em que fundar sua crítica e também por que não fazê-lo. Neste momento, o autor traz algo muito interessante sobre a posição feminina do analista. Como não explica, acredito que esteja se referindo à intuição, qualidade popularmente associada ao gênero feminino. Naquele momento, o analista se calou deixando que sua escuta o auxiliasse, pois, conforme escreve, há algo que se capta mais além do limite do saber. Contudo, não se pode dizê-lo porque o que se intui e não se sabe só pode surgir do discurso do outro. A verdade não se situa no que o analista que escuta um colega em supervisão sente, nem nos seus conhecimentos teóricos. A verdade está no que se diz, e isto tem seu tempo. Foi então, através da escuta paciente, que Zuberger pôde descobrir o que o inquietara antes. Como a analista em questão possuía com ele uma certa intimidade, acabou lhe relatando alguns acontecimentos recentes de sua vida. Dentre eles, sua mudança para uma casa onde foi morar sozinha. E, no meio do relato, agrega que “sua velha” (forma como se dirigia à sua mãe) não era capaz de levantar o telefone para falar com ela. O supervisor está então, autorizado a dizer-lhe que agora entendia porque a analista se fazia chamar todas as manhãs pela “velha”, forma como, às vezes, se referia à paciente. O excesso pelo lado da analista a mantinha no gozo de ser filha e à paciente mantinha no gozo de retê-la como filha. Zuberger remete a analista à sua análise pessoal para que possa analisar este resto preso na relação transferencial. Segundo ele, a analista disse algo mais do que sabia e ele pôde escutá-lo. Além disso, o autor refere que a analista também pôde escutar a pontuação do analista supervisor, pois o que lhe interessava era o tratamento da paciente. Era alguém que tinha a atitude de interrogar-se de um

analista e, para além do conhecimento teórico, o que importou a ela é que se encontrava em análise onde pôde trabalhar o que surgiu na supervisão.

Este recorte de experiência de supervisão, me leva a pensar a escuta na situação de supervisão psicanalítica, como um bloco real onde o pedido de supervisão funcionaria no lugar de uma primeira fissura, a escuta do material clínico como uma segunda possibilidade de esburacamento, sendo o terceiro tempo, as múltiplas fissuras estabelecidas pelo não saber por parte do supervisor e do supervisionando.

No caso que acabo de expor, o real da experiência que surge no relato, começa a ser esburacado pela a estranheza do supervisor ante a atitude da analista de receber o telefonema da paciente todas as manhãs. O não-saber do supervisor se superpõe ao não-saber da analista que sequer se questionara sobre sua atitude. A segunda fissura se estabelece quando o supervisor pode efetuar uma pontuação a partir do que escutara da analista sobre sua história pessoal. E as múltiplas fissuras como os efeitos da pontuação do supervisor. Efeitos que, certamente, se fizeram sentir na escuta da analista e em sua própria vida, pela possibilidade dos restos a analisar levantados na sessão de supervisão.

Valabrega (1983, p.50), em sua teorização sobre a questão da supervisão, considera-a como análise quarta. Sua proposta é de que, na relação de supervisão, haveriam quatro elementos: primeiro, o paciente; segundo, o analista do paciente; terceiro, o analista do analista e quarto, um outro analista que escuta o analista do paciente. Segundo ele, os quatro termos deveriam estar presentes na sessão de supervisão, pois a análise quarta é um estudo da análise do candidato como também da prática de seu próprio analista. Aqui, eu acrescentaria a análise do supervisor além de seu percurso de supervisionando, porque acredito que o aspecto *sui generis* da relação que está sendo problematizada, é que o supervisor não ocupa um lugar de mestria. Ele fala mesmo desde sua ignorância que se espera esteja adjetivada de *docta*¹ uma vez que o saber em causa é o do inconsciente. E desde aí, o analista supervisor quando responde, paradoxalmente, fala desde onde também

¹ Conforme Abbagnano (1998), a expressão *Docta ignorantia*, que deriva do latim, foi usada pela primeira vez em Santo Agostinho para expressar a consciência dos limites do saber. Difunde-se na filosofia medieval, chegando a Nicolau de Cusa que a utilizou com referência a Deus: a *Docta ignorantia* consiste em saber que nada se pode saber de Deus.

não sabe. Ou seja, ele não sabe a priori, ele sabe apenas à medida em que o supervisionando vai falando.

Acrescentei à proposta de Valabrega (1983) um quinto termo – a análise do supervisor – por acreditar que é desde o lugar de analisante que ele atua. Como afirmei antes, todos os que fazem parte da cena de supervisão são sujeitos do inconsciente. Então, a verdade aí em causa, reside naquilo que se diz e que é escutado numa relação transferencial. Aquilo que se diz excede ao saber suposto porque o saber em causa, o do inconsciente, reside justamente naquilo que se diz.

Trago um recorte em que problematizo a questão. A terapeuta me procura para falar sobre um tratamento que vinha conduzindo há algumas semanas. Referia angustiar-se durante as sessões, pois o paciente, um adolescente de 16 anos, não a olhava e não lhe dirigia a palavra. A terapeuta se perguntava se seria possível tratá-lo, pois escutava no silêncio do paciente uma impossibilidade. Conta que, sem saber o que fazer, em certa ocasião, convidou-o para acompanhá-la até a sala de material técnico para que ele escolhesse algum objeto que o interessasse. Ele então, escolheu um aparelho de telefone celular para ele e um para a terapeuta. Em sessão, utilizava-se do aparelho para falar com uma pessoa ausente, parecendo continuar a não se importar com a presença da terapeuta. Durante a supervisão, diante da inquietação demonstrada por ela, ocorreu-me perguntar-lhe porque o paciente teria reservado um aparelho para ela e sugeri que passasse a ocupar o lugar de um interlocutor presente, falando com o paciente mesmo que parecesse estar se imiscuindo na conversa dele com o interlocutor virtual. A partir de então, ele começou a falar com a terapeuta, através do telefone, colocando-a no lugar do personagem de uma novela que, na época, estava sendo apresentada na televisão. Daí por diante, seguiram-se sessões em que, por meio do jogo de personagens sustentado pela terapeuta na transferência, o paciente pôde começar a trabalhar os significantes que o representavam subjetivamente, iniciando um percurso de construção de sua história.

Por aí podemos afirmar que a douta ignorância do supervisor, sustenta-se de uma escuta atravessada pelo que antes aludimos: análise pessoal e supervisão dos tratamentos conduzidos por ele. E também de uma *Erfahrung*: experiência como resultado de sua vivência subjetiva, com todos os acréscimos que pôde constituir ao

longo de seu percurso de vida, das interrogações que produziram nele efeitos de formação psicanalítica, ou seja, de uma aprendizagem que teve como consequência um saber. Não um saber somente sustentado pela teoria, porém um saber que surge pela escuta do que é dito e que denuncia ali o inconsciente.

Desde essa perspectiva, considero que, em relação à suposição de saber, na situação psicanalítica de supervisão, ocorre um fenômeno semelhante à situação psicanalítica de tratamento. Penso que ambas constituem-se num lugar de confluência de faltas, antes que de respostas.

Numa situação de supervisão, a terapeuta fala sobre sua resistência em escutar o paciente C., de 14 anos, que mora num abrigo residencial do Estado. Relata que o fato do paciente apresentar-se muito calado deixa-a bastante incomodada, chegando a sentir raiva porque ela precisa ficar falando o tempo todo. Diz não saber mais o que fazer para que o paciente fale, pois lhe oferece jogos, materiais gráficos e outros objetos, mas nada parece despertar o seu interesse. Pergunto o que a terapeuta sabe sobre a história do paciente e ela responde que foi informada pela psicóloga da instituição de que ele e seus sete irmãos foram retirados da família por motivo de negligência dos pais no cuidado com os filhos. A psicóloga da instituição relatou que, quando chegaram ao abrigo, C. e sua mãe só choravam, não falavam. A terapeuta interpreta que o choro sem palavras era sem afeto. Pergunto por que estava fazendo esta afirmação e conversamos sobre a possibilidade de que a falta de palavras poderia estar a serviço de uma grande dor representada pela separação da mãe e do filho. Então, nesse caso, não se trataria de falta de afeto, mas o choro poderia estar manifestando o que as palavras não podiam alcançar. A terapeuta lembra então que, a psicóloga da instituição também havia lhe contado que C. gosta muito de conversar com o diretor da instituição, o qual convida C. para entrar em sua sala. Surge então a pergunta sobre o porquê de C. falar com esse homem e a hipótese de ele estar representando uma figura paterna. Enfim, na sessão de supervisão, o que iniciou como pergunta à supervisora, foi-se construindo como hipóteses sobre o sujeito C. nesse recorte de sua história que o apresentou como alguém sem fala. A construção acontecendo pelo não saber da supervisora que apenas escutou e procurou interrogar a terapeuta sobre aquilo que achava que não sabia sobre o paciente. Ou seja, fazendo-a falar sobre o que já havia escutado sobre ele, mas, de certa forma, não havia tomado em

consideração. Como efeito dessa sessão de supervisão, a terapeuta decidiu fazer uma visita à casa de C. e procurar conversar com o diretor e também conhecer melhor o lugar onde vive o paciente.

De um não-saber inicial algo se construiu por ação da palavra. Trabalhamos com hipóteses, mas também com um saber que se apresentava como não saber por parte da terapeuta. A interrogação da supervisora funcionando como escuta terceira, pôde ajudar a terapeuta a valorizar sua própria escuta e a autorizar-se a ir adiante na direção da cura.

Assim, tal qual o que se apresenta na teoria sobre o sujeito suposto saber na situação psicanalítica de tratamento, na situação psicanalítica de supervisão, o supervisor deve estar ciente de que o lugar de saber é enganoso e manter-se no lugar de quem não sabe a não “ser das coisas do amor” (de transferência).

5 OS IMPASSES DA SUPERVISÃO NA CLÍNICA-ESCOLA

No início dessa dissertação, quando me ocupei em conceituar “clínica-escola” recorri ao que escreve Brizio (2002) quando afirma que a expressão não se refere à clínica mais escola, nem tampouco à clínica vezes escola. Mas é um lugar onde os alunos são também terapeutas e os terapeutas também são alunos. Então, pode-se pensar que esta não é uma afirmação sem conseqüências. Como dar conta de ocupar o lugar de supervisor numa instituição atravessada por essa questão? Como lidar com essas variáveis que, a princípio, parecem incompatíveis?

Uma questão importante que faz parte da filosofia de trabalho da Clínica de Atendimento Psicológico diz respeito a que os terapeutas iniciantes, oriundos do curso de graduação, ao chegarem à Clínica para dar início à sua prática, deixam de ser nomeados de alunos ou de estagiários. São chamados de terapeutas. Esta postura ética da instituição diz de um desejo de situá-los para além do acadêmico, embora a prática seja denominada de “estágio”. Ou seja, é um estágio a mais na grade curricular, condição acadêmica para a obtenção do grau de psicólogo.

Deixar de ser aluno para tornar-se terapeuta não pode se inscrever somente numa ordem de nomenclatura. Espera-se efeitos clínicos disso, ou seja, que algo aí opere e que promova questionamentos e buscas: de mais estudo, de supervisão, de vivência da Clínica como instituição, etc. É claro que a prática está recheada de exemplos que nos levam a pensar em como esta transposição de lugares ocorre. Sabemos que as diferenças existem e, ao longo dos anos, observamos as diversas formas de implicação dos terapeutas nessa prática. Embora a maioria procure a Clínica por sua especificidade de estar ligada à universidade, vêem aí bem mais do que isto. Procuram-na - como podemos ler a cada ano nas justificativas escritas por eles ao solicitar uma vaga de estágio de psicologia clínica - por considerarem-na local privilegiado de prática. Isto, conforme escrevem, ocorre devido à diversidade de patologias e de faixa etária apresentadas pelos pacientes, a origem dos encaminhamentos que permite ao terapeuta ter de realizar interconsultas com outras instituições da rede de saúde, além do quadro de supervisores e da possibilidade de participar da vida administrativa da instituição através da inscrição em comissões de trabalho. Entretanto, não obstante todas as possibilidades oferecidas pela instituição

e que são tomadas como forma de aprendizagem e crescimento profissional pela experiência que o terapeuta poderá adquirir, alguns escolhem fazer o estágio de psicologia clínica aí somente como procedimento acadêmico.

Em geral, os terapeutas são bastante jovens e tem, na Clínica, sua primeira experiência de escuta de pacientes, embora já tenham observado atendimentos e atividades clínicas em outras instituições ou na própria Clínica, como exigência de disciplinas do curso de graduação. Entretanto, quando se defrontam com a iminência de postar-se como alguém responsável pela condução de um tratamento, muitas são as reações observáveis. Minha experiência, neste sentido, é vasta, pois, durante alguns anos, ocupei o lugar de coordenadora do estágio de psicologia clínica na instituição. Defrontei-me com situações quase inusitadas como ser interrogada se o terapeuta tinha de entrar sozinho no consultório com o paciente ou de um terapeuta que atendia o paciente sem fechar a porta do consultório. São exemplos que demonstram que para além dos temores dos iniciantes, há também efeitos da obrigatoriedade do estágio de psicologia clínica. Aqui se introduz a questão: Há prática clínica possível quando não há desejo? Não é possível transmitir a psicanálise para quem o inconsciente não é questão.

Para quem o inconsciente não faz questão, há a clínica do sintoma, a que se ocupa somente com a queixa. Nestes casos, a escuta dos pacientes não passará de uma tarefa acadêmica, o que certamente suscitará efeitos transferenciais sob a forma de resistência (do terapeuta e do paciente). Mas que, provavelmente, serão lidos somente como ocorrendo pelo lado do paciente. Pois a clínica do sintoma não se pergunta. Em contrapartida, se o terapeuta iniciante se propõe a tomar em consideração o saber do inconsciente, terá uma postura de quem não sabe e buscará a supervisão para poder falar sobre a angústia desse não-saber. Assim, estará se preparando para o exercício de uma clínica psicanalítica. São os terapeutas que, para além da prática acadêmica, permanecem muitos anos na instituição em busca de uma formação clínica.

A obrigatoriedade do estágio pode ser encarada como um dos impasses da clínica-escola porque seus efeitos se fazem notar na supervisão como anteriormente foi colocado: na abordagem do sintoma e não na escuta do sujeito, ou na busca de respostas antes que na formulação de perguntas sobre a prática, por exemplo.

Como estou me ocupando de problematizar os impasses da supervisão numa clínica-escola, sou levada também a pensar que a escola demanda conhecimento, conhecimento que precisa ser atestado por conceitos emitidos pelos professores enquanto avaliadores desse conhecimento. Certamente, isto tem seu peso mesmo que de modo inconsciente. Sair do lugar de aluno não deve ser algo tão pacífico, conforme a implicação que antes levantei. Esse é um dos impasses de minha prática. Há anos venho vivenciando situações em que o terapeuta deixa de comparecer por vários meses à supervisão e, quando interpelado por mim, simplesmente afirma que o paciente foi embora, “decidiu deixar o atendimento” e ele- o terapeuta- entendeu que não precisava mais de supervisão. Quando escuto este tipo de resposta, interrogo-me se isto não seria um vício da clínica-escola pelo atravessamento que estou problematizando. Ou seja, embora o consciente aponte para o lugar de terapeuta, o inconsciente insiste na manutenção do lugar de aluno, demonstrando uma certa ambigüidade da prática que, às vezes, pode se apresentar como tarefa a ser cumprida em resposta a uma demanda do professor. Então, se o paciente foi embora, a tarefa deixou de ser executada e o terapeuta esquiva-se do encontro com o supervisor para não ter de falar sobre o que considera um fracasso. Na clínica do sintoma, o terapeuta pode relacionar: desaparecimento do sintoma – desaparecimento do paciente – tarefa executada. Não surge daí nenhum tipo de interrogação nem de angústia que possam promover efeitos de aprendizagem. Se há uma clínica do inconsciente, em contrapartida, o terapeuta pode estar mais preparado para deixar o lugar de aluno e se interrogar sobre a questão da transferência em seu viés de amor. Pode se perguntar sobre o porquê o paciente foi embora e começar a trabalhar sobre a questão de não ser reconhecido em um lugar de suposto saber.

Vegh (2001, p.31) fala em tempos de formação de analistas, considerando que à medida em que alguém avança na prática, lhe é natural a formulação de interrogações sobre essa prática. Ao passo que, no início, sequer se sabe o que interrogar. Nesses casos, ao invés da pergunta como enunciado emerge a pergunta em ato sob o modo de um tropeço, sendo preciso, segundo o autor, dar ao tropeço o valor de uma pergunta. Seria uma maneira de reconhecer em ato os limites de uma escuta ou uma intervenção.

Num dos casos que antes comentei, o terapeuta me relatou, numa sessão de supervisão, que o paciente havia lhe perguntado se ele (terapeuta) era da cidade, sendo que este lhe respondeu que é do interior. Antes que eu pudesse interpellá-lo sobre por que havia respondido ao paciente, o terapeuta me diz que, a partir desse momento, o paciente começa a falar sobre sua história de vida no interior. O que me levou a pensar numa certeza por parte do terapeuta sobre seu ato de responder ao consciente, ao que, no paciente, apelou como curiosidade sobre a pessoa do terapeuta. É uma situação que serve de modelo ao que antes comentei. O terapeuta iniciante, ao se deixar levar por arroubos imaginários de conhecimento teórico, despreza o saber sobre a verdade do inconsciente, aquele que surge sem que o sujeito espere, como por acaso. Se, ao invés de responder, tivesse feito o paciente falar, poderiam ter surgido, por exemplo, associações sobre o significante 'cidade'.

Conforme Vegh (2001), a primeira tarefa da análise de controle (nome dado pelo autor à supervisão) seria ajudar o terapeuta a ter confiança no discurso dele e do paciente, pois, na medida em que ele é sensível ao discurso de seu paciente, porta em seu próprio discurso as respostas que lhe são difíceis de reconhecer. Estamos então, no campo da resistência que surge na supervisão como já havia surgido no tratamento. Ao responder ao paciente, o terapeuta, sem saber, resiste. Responde desde a contra-transferência. Lacan adverte para o erro de outorgar à contra-transferência o lugar de verdade, importando-se com o sentimento e deixando de lado o inconsciente. Para aquele que confia no inconsciente, o sentimento tem uma dimensão imaginária que pode deslocar-se, ligar-se a outra representação, o que não assegura a verdade. Como no exemplo que eu trouxe antes, responder ao paciente que é do interior não garantiu o surgimento de uma verdade inconsciente do paciente, apenas apaziguou o imaginário do terapeuta.

Vegh (2001) considera ainda que, quando não se interroga sobre sua prática o terapeuta nada quer saber sobre os efeitos que a letra do paciente produzem nele quando a transferência se ordena em discurso.

Assim, estamos diante de um impasse que pode ser comum na prática da supervisão, como seja, a necessidade de delimitar o campo onde trabalhamos: no caso, a psicanálise. Então, faz-se necessário diferenciá-la de qualquer outro tipo de terapia porque

[...] qualquer outro tipo de terapia sói coincidir de um modo aproximado com a escuta na vida cotidiana, a escuta do sentido; o primeiro obstáculo a levantar é a tentação do sentido, ajudar o analista a que tenha confiança na letra que porta mesmo sem sabê-lo, a advertir que ela é mais valiosa que a coagulação do sentido (VEGH, 2001, p. 33).

Se o terapeuta tem a noção de que a prática está atravessada pela psicanálise, a supervisão será um momento de questionamentos e ele a buscará não só pelo desejo de falar sobre seu paciente mas, principalmente, para trazer as perguntas que o inquietam. Aí a supervisão na clínica-escola deixa de ser um ato administrativo, “obrigatório”, onde é improvável que se escute do terapeuta algo do tipo: “Busco supervisão na emergência, busco quando preciso” ou “supervisiono os casos mais graves”, ou ainda frases que podem soar como queixas: “Na supervisão se trabalha o caso, mas não se trabalha as intervenções tipo certo / errado”. Afirmações que denotam uma demanda pedagógica de transmissão de conhecimento, cacoete da escola imiscuído na clínica.

Outras situações que se apresentam em minha prática e que despertam interrogações são quando escuto o pedido de receber alguém em supervisão por estar trocando de supervisor ou o pedido de supervisionar mais de um paciente comigo. São situações que remetem à transferência em seus tempos. Como lido com terapeutas em início de prática - os que fazem estágio de graduação - e outros que já tem uma certa prática- os do Curso de Especialização - é possível verificar diferenças quanto às demandas em situação de supervisão. Os primeiros têm demandas que, muitas vezes, apontam para o caso acima descrito quanto a colocar o supervisor num lugar pedagógico, de alguém que pode responder desde os conhecimentos teóricos que possua. Já os terapeutas que tem um percurso clínico um pouco maior, trazem suas dúvidas em relação ao que não escutaram, ao que lhes escapou. Embora também possam demandar questões sobre a técnica. De qualquer modo, em ambos os momentos, estou diante de fenômenos da transferência. O pedido de ser aceito para supervisionar um material clínico que supervisionava com outro supervisor, apela para uma transferência imaginária em que há uma suposição de ‘mais saber’ ou ‘mais conhecimento’ do que o outro. O pedido de supervisionar mais de um caso comigo também pode apontar para algo

semelhante. Enfim, não é confortável ver-se diante de tais demandas. Credito a estas uma certa dose de lisonja que podem carregar, se somos incautos. Pois o engano espreita aquele que faz ouvidos moucos às armadilhas do amor de transferência. Lacan (1960-1961/1992, p.173) nos adverte para que “[...] a transferência, em última instância, é o automatismo de repetição”. Repetição que a própria existência do inconsciente constitui e que permite a Lacan trazer a transferência como ficção no sentido de que se dirige a alguém a quem se fala, mas que representa um outro.

Mas então, como lidar com semelhantes situações? É no mesmo seminário (1960-1961), dedicado à transferência, que Lacan deixa claro que o fenômeno da transferência é colocado em posição de sustentáculo da ação da fala (LACAN, 1960-1961/1992, p.175). É somente pela fala que é possível tentar decifrar o que se esconde por trás de demandas semelhantes às que antes me referi. Demandas que podem ser lidas como apelo ao narcisismo: se me escolhem no lugar de outro ou se me escolhem mais de uma vez. Mas advertida pela psicanálise de que a demanda é sempre de amor, tenho que manter uma escuta afinada com isto e não me deixar seduzir aos apelos da transferência imaginária.

Embora possam ocorrer algumas semelhanças entre a situação psicanalítica de supervisão e a situação psicanalítica de tratamento, no que tange à questão da transferência, é preciso colocar cada uma em seu lugar. No momento inicial de uma análise, quando o sujeito fala de si sem falar ao analista ou, ao contrário, fala ao analista sem falar de si, estamos no momento da transferência imaginária. A que supõe reciprocidade, relação dual, simetria, colocação de sentimentos. Quando o sujeito fala de si para um outro, num reconhecimento de que este outro nada sabe sobre a verdade do inconsciente a não ser pelo que o próprio sujeito falante possa dizer, a transferência se faz pelo viés simbólico. A chave da verdade já não é confiada ao analista mas se encontra alhures nas fendas das formações do inconsciente. A transferência no sentido simbólico “[...] situa o sujeito que fala e, ao mesmo tempo, seu destinatário” (D’AGORD, 2005, p. 111).

A tradição Zen nos conta que havia dois mestres e cada um dirigia um santuário. Destinavam-se a ensinar a seus alunos a arte da resposta. Um dia os alunos de ambos os mestres se encontram. Um pergunta ao outro, que ia ao

verdureiro, onde ele ia. Ao que obtém como resposta: “Vou aonde me levam meus pés”. O que escutou a resposta vai ao seu mestre e lhe conta isto. O mestre então lhe sugere que, da próxima vez, ao ouvir tal resposta, pergunte ao outro: “E aonde irias se não tivesses pés”? Os alunos voltam a encontrar-se e o primeiro pergunta ao outro: “Aonde vais”? E escuta como resposta: “Vou aonde me leva o vento”. Então, o aluno retorna ao seu mestre e lhe conta a resposta obtida. O mestre sugere que lhe pergunte aonde iria se não tivesse vento que o levasse. Encontram-se novamente os alunos e o primeiro pergunta novamente: “Aonde vais”? E o outro responde: “Ao verdureiro”.

A situação de supervisão psicanalítica de tratamentos, da mesma forma que a situação de análise terapêutica, se propõe respostas, receitas, obterá o fracasso, pois pretenderá apontar um lugar à verdade. A situação de supervisão tampouco pode ocupar um lugar pedagógico de transmissão de conhecimentos.

Zuberman (2001) considera que a supervisão se assemelha a uma análise terapêutica por vários motivos. Dentre eles: porque existe transferência simbólica por parte do que busca supervisão. Porque, na situação de supervisão, quando se lê a letra no que se diz, o supervisor aprende mais do que ensina. Por isso ele não é o autor do que surge como novo saber sobre o real da clínica, apenas possibilita o seu surgimento ao criar condições, com sua escuta, para que fale o que o procura com suas questões.

6 A ARTICULAÇÃO POSSÍVEL ENTRE OS TEMPOS: FINAL DE TRATAMENTO E FINAL DE SUPERVISÃO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

A prática de supervisão que esteja atravessada pelo significante 'psicanalítica', comporta, dentre outras, a particularidade de efetuar a leitura do tempo de modo diverso do que propõe a linearidade da cronologia. O que significa que para além da diacronia que permite ler um dia após o outro, está em jogo a sincronia do que ainda não se deu mas tem a possibilidade de vir a ser. Neste particular, a atividade de supervisão, assemelha-se ao tratamento psicanalítico que dispensa o tempo cronológico para importar-se com o tempo lógico.

Lacan (1998), no texto "O Tempo Lógico e a Asserção de Certeza Antecipada", propõe, através do sofisma dos três prisioneiros, a questão do tempo numa espacialidade. Ou seja, a decifração do enigma só é possível considerando o outro numa dimensão de tempo e espaço que implica cada um dos três de modo inextrincável. O espaço não só o delimitado pela sala onde circulavam mas pelo corpo de cada um deles recortado pelo olhar. Recorte importante que leva Lacan a propor a divisão do tempo em três modos: instante do olhar, tempo para compreender e momento de concluir. Modos não necessariamente separados, podendo se entrecruzar na busca da solução redentora ao prisioneiro que melhor souber lidar com eles. Aqui, Lacan vai destacar a importância do ato que leva os três a se precipitarem para a porta após o momento de concluir. Ato embasado na certeza antecipada que se verifica em uma precipitação lógica que, segundo ele, faz com que a asserção se dessubjete no mais baixo grau. Significando que a decisão de cada um dos sujeitos em causa dependia do movimento dos outros dois. Lacan considera que um sujeito possa chegar à solução sem ter constituído o movimento lógico mas "[...] por haver acompanhado sua verificação evidenciada nos outros dois sujeitos" (LACAN, 1998, p.211).

A demonstração desse sofisma serve para ajudar a pensar a questão proposta neste capítulo. Considerando a tensão do tempo numa implicação lógica do sujeito em sua relação com o outro e da interdependência entre ambos, chego ao recorte de experiência que desejo problematizar. Trata-se da supervisão de um caso atendido ao longo de sete anos pelo mesmo terapeuta. Destaco que se trata de um

fato raro numa clínica-escola devido à natural rotatividade de terapeutas. No caso da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, os terapeutas procuram-na para realizar a prática de conclusão da graduação ou a prática no Curso de Especialização. Fato que acarreta uma permanência mínima de um ano e máxima sem tempo determinado, dependendo do desejo do terapeuta em dar continuidade à sua formação clínica. Entretanto, o tempo mínimo de permanência do terapeuta é um fator a ser tomado em consideração porque acaba se constituindo num organizador da prática. Ou seja, não é comum a permanência de um terapeuta por um período como o da experiência em pauta.

O terapeuta me procura para supervisionar o material clínico do paciente G., de 58 anos que lhe havia sido encaminhado das Entrevistas Iniciais com a queixa de medo de perder o emprego no qual estava há seis meses. Ele trabalhava com vendas e sentia dificuldades em vender. Queixava-se também de ter letra feia e que, por isso, não conseguia preencher direito o contrato de trabalho quando entrou na empresa e o documento do divórcio de seu primeiro casamento. Quando veio para tratamento, estava casado pela segunda vez e, dessa união, tivera um casal de filhos. Relata situações de perdas em sua vida: empresa de transportes que possuía em sociedade com outro homem que, segundo ele, o enganou vindo a perder o único caminhão que possuía; perda de um irmão envenenado por agrotóxicos. Na linha dessas perdas, encaixam-se os medos: de perder o emprego; de morrer de fome, abandonado; de guerras (conta que nasceu num período de guerras). Relata que desde os seis anos sofre de ataques de pânico que associa com ataques dos quais sua mãe sofria, quando gritava muito e pedia que não a deixassem morrer. Fala também de um homem com o qual teve uma relação de amizade e admiração por muitos anos. Segundo ele, um homem dado a práticas místicas e que o hipnotizava. Quando veio buscar tratamento, fazia um ano que não o via. O pai do paciente era pastor e sua família era ligada à religião que ele seguia. O pai, descendente de alemães, segundo ele, aprendeu a falar português aos dezoito anos e era um homem duro. Os primos de G. lhe diziam que se a Alemanha perdesse a guerra, todos os descendentes de alemães seriam mortos. Quanto a ele, diz que só ia à igreja nas guerras. Fala que a magia ajuda nas suas vendas (durante o tratamento, consegue emprego como vendedor de consórcios de carros). Diz que é vendedor mas sua verdadeira profissão é astrólogo, não a seguindo por não

conseguir sustentar sua família com ela. Alguns meses depois do início do tratamento, começa a ir mal no trabalho. Suas vendas decaem e ele sente-se sem energia, como se tivesse perdido a palavra mágica [sic].

Na transferência, o paciente se queixa de que o terapeuta é uma pessoa dura, que estudou psicologia para trabalhar na polícia. Diz que seu pai era uma pessoa dura que o policiava. Troca o nome do terapeuta (ato falho em determinada ocasião) e quando solicitado a falar sobre isto, associa com o nome de um cliente para o qual quase conseguiu vender um carro. Diz que se enganou porque o cliente era muito parecido com o terapeuta.

Nesta época, ocorreu uma exacerbação do sintoma no trabalho: ficou cerca de seis meses sem vender e pediu demissão do emprego, mas seu chefe não aceitou.

Este fato nos impeliu a buscar supervisão com o psicanalista José Zuberger que, duas vezes ao ano, vem à Clínica para realização de conferência e para supervisão de material clínico.

Na referida supervisão, foi sugerido não se avançar pela via do significante, mas trabalhar com a questão do semelhante que aparece no engano do paciente quanto ao nome do terapeuta. Segundo Zuberger, o ato falho apontava, na transferência, para a dificuldade em lidar com o semelhante. Sendo que a postura transferencial do terapeuta estava sendo a do pai durão que ele também estava transferindo para a figura do chefe. Então, a aposta transferencial deveria ser a de desmontar o lugar de polícia em que estava colocando o terapeuta. Foi indicado não trabalhar com a interpretação disto mas dizer: “Eu polícia? Não!”, no intuito de promover uma mudança no lugar transferencial em que o paciente colocara o terapeuta. Também foi destacado o lugar de resto que ocupam os semelhantes, como no caso aludido pelo paciente sobre a perda da guerra pela Alemanha, quando todos os descendentes de alemães seriam mortos. Explica Zuberger que, no momento de efetuar uma venda, o paciente ficava submetido a ter de lidar com o outro nesta dimensão de semelhante. Daí a importância de, na transferência, o terapeuta poder postar-se neste lugar. Como técnica, sugeriu não interpretar, mas levar questões que remetessem o paciente à sua relação com os outros vendedores:

“E tu porque não vendes? E as pessoas porque não compram? E os outros vendedores?” Ou seja, focar a escuta em tudo o que tem a ver com os irmãos, com os pares.

A leitura efetuada nessa supervisão, propondo uma guinada na posição transferencial do terapeuta, tem o efeito de fazer-nos repensar a direção da cura.

Em nosso encontro seguinte, escuto do terapeuta: “Depois da supervisão com o Zuberger as coisas mudaram, eu me aproximei mais do G., me tornei mais flexível”. Para o paciente também se fazem sentir os efeitos: consegue vender dois carros e cessam as dores no corpo constantemente referidas e que associava com as dores de que sua mãe se queixava durante sua doença. Algum tempo depois, é demitido do emprego, mas lida bem com a situação dizendo que vai viver com o seguro desemprego. Com o dinheiro da rescisão do contrato de trabalho, faz reformas necessárias em sua casa. Nesta ocasião, decide interromper o hábito de vinte anos em relação ao uso de medicação para dormir, sentindo melhoras no padrão de sono.

Em relação a essa experiência, destaco o lugar terceiro ocupado pelo psicanalista José Zuberger num momento de impasse da supervisão. Acredito que essa intervenção, por efetuar-se desde um lugar terceiro, produziu efeitos também na minha leitura. Permitiu-me um distanciamento crítico de minha escuta, ajudou-me a escutar num *après-coup* o que antes não havia podido escutar na fala do terapeuta sobre seu paciente. Procedeu uma abertura a um dito não escutado por nós (terapeuta e supervisora).

Um outro efeito importante dessa supervisão tem a ver com a questão - até então não considerada por nós - de que o paciente pudesse efetivamente vir a ganhar dinheiro como astrólogo. Dando-lhe esse crédito, estaríamos apostando na valorização, para ele, de algo em que havia investido e acreditado, pois isso fazia parte de seu discurso.

O paciente segue, então, trazendo questões que tem a ver com o modo como se sustenta objetivamente: continua oscilando entre ser vendedor de carros e fazer mapas astrais. Em dado momento, volta a estudar (ensino médio), ocasião em que o terapeuta aponta para a possibilidade de ele vir a cursar uma faculdade. Isto

tem um efeito transferencial que é escutado pelo paciente como uma valorização expressa em sua fala: “Tu acreditas em mim”. Nesta época, sua esposa, que também trabalhava com venda de carros, muda a profissão para a de auxiliar de enfermagem e ele fica desempregado. Conta ao terapeuta que, como não estava trabalhando, aproveitava o tempo para estudar. Consegue, aos poucos, ir vencendo algumas disciplinas no ensino médio e ajuda nas despesas da casa com a confecção de mapas astrais, embora tenha dificuldade em cobrar por eles (o que trabalha em sessão). Este é o 5º ano do tratamento e o paciente começa a falar em ter alta, embora, por vezes, questione se o terapeuta não o estaria mandando embora. Decide que quer mesmo ser astrólogo mas continua inseguro quanto a poder sustentar a casa com o dinheiro que ganha com esta profissão. Ademais, conforme diz ao terapeuta, não possuía computador, o que dificultava a elaboração dos mapas. Depois de algum tempo, conta que conseguiu um computador usado com um compadre dono de uma loja de produtos de informática, em troca de algumas aulas de astrologia. O terapeuta segue trabalhando com o paciente a questão do investimento na atividade com os mapas, considerando que ele parece aí depositar algum desejo.

Por volta do 6º ano de tratamento, G. conta que ele e a esposa que vinham há muito em desavenças motivadas por suas questões de trabalho, resolvem fazer terapia de casal, na Clínica. Permanecem por cerca de um ano. Ele conta então, que tem trabalhado, na terapia de casal, o seu desligamento da Clínica, o que é escutado pelo terapeuta como um pedido de encerramento de seu tratamento individual.

No 7º ano, o terapeuta continua trabalhando com o paciente a questão do término do tratamento que aparecera de modo avesso na terapia de casal. Em supervisão, discutimos sobre o modo como surge o pedido: passando por outro terapeuta da Clínica, numa terapia que fazia junto com sua esposa que, algumas vezes, segundo ele, havia criticado o seu tratamento.

Consideramos que, embora o pedido de encerramento do tratamento tenha surgido desta forma, o paciente fala sobre isto no momento de escuta individual. O terapeuta concorda que esse possa ser o momento de encerramento do tratamento, considerando o modo como G. vinha lidando com questões de sua vida. Por

exemplo: sua decisão de fazer da confecção dos mapas astrais sua forma de sustento, embora as dificuldades já trabalhadas em sessão; considera que sua vida continua complicada mas que as dificuldades não o impedem de seguir lutando pelas coisas em que acredita; conseguiu resolver algumas questões com a esposa, embora continuem discutindo por causa da forma como esta lida com o dinheiro (gasta além do que ganha, segundo ele); consegue terminar o ensino médio e começa a pensar em cursar faculdade.

Em supervisão, vimos que seria o momento para encerramento do tratamento, considerando que o paciente vinha demonstrando poder sustentar-se sem a presença do terapeuta e que este já vinha ocupando o lugar de resto nesta relação transferencial.

Então, como se fez ocasião, mais uma vez decidimos levar o material à supervisão com Zuberman. À nossa pergunta sobre a questão do encerramento do tratamento, escutamos dele que, no curso deste, o terapeuta e eu apostamos na dimensão de sujeito de alguém que faz a adolescência aos 60 anos (principalmente pela questão da escolha profissional). Conforme Zuberman, neste caso, pode-se falar em final de tratamento, porque o paciente armou o seu lugar no mundo: continuou astrólogo, assumiu seu desejo. Chegou até onde o Outro para ele são os astros, mas consegue se manter com isto. Armou o seu sintoma, caiu como objeto da crueldade paterna. Foi apontada também, a questão do lugar sustentado pelo terapeuta na transferência (o lugar de semelhante) e de como este pôde se oferecer como suposto saber para depois deixá-lo vago. Zuberman considera ainda, que não se trataria de um final de análise porque não surgiu dali um analista de sua própria experiência, mas um sujeito que pode lidar com o seu sintoma sem que este atrapalhe sua vida e o impeça de andar nela como quando chegou pedindo tratamento na Clínica. No entanto, é um final de tratamento.

A esse respeito, lembro Freud quando ele afirma que um tratamento psicanalítico pode ser considerado satisfatório por levar o sujeito da miséria neurótica à infelicidade comum. Quando se dirige aos jovens médicos que desejam praticar a psicanálise Freud, (1912e /1969) considera que, em relação aos pacientes neuróticos, o analista deve contentar-se em que alcancem certo grau de capacidade para o trabalho e divertimento.

Tendo isto em conta, concordo com a leitura que faz Zuberman sobre o final de tratamento do paciente G. Destaco ainda o que foi apontado antes quanto ao fato de não ser comum, numa clínica-escola, um paciente sustentar um tratamento por um tempo considerado elevado como nesse caso. Pensando sobre os prováveis motivos, não há como não se dar crédito especialmente à transferência que possibilitou ao terapeuta sustentar-se no lugar de suposto saber e também em seu desejo de analista. Ou seja, de investir na direção do tratamento, buscando meios que o auxiliassem nessa sustentação, tendo a supervisão como um suporte técnico e como auxiliar no exercício de uma ética para a escuta clínica.

Acredito também que essa experiência foi levada a cabo porque terapeuta e supervisora puderam abdicar de seu narcisismo e recorrer a um terceiro ouvido num momento de impasse. Segundo Domb (2001) o analista de controle conta com a vantagem de ser uma segunda escuta, ou seja, diferente do analista, está aliviado da tarefa de fazer que advenha o 'a', competindo-lhe auxiliar o supervisionando a trabalhar com o seu desejo de analista. Em nosso caso, o terceiro ouvido, remeteu tanto o terapeuta quanto a supervisora ao lugar de analisante. Pela possibilidade de supor saber a um outro, pudemos nos colocar também como ouvido, cada um desde seu lugar. Conferindo créditos ao discurso, foi possível escutarmos o que nos havia escapado e possibilitou ao terapeuta seguir escutando o paciente até o limite de seu desejo de ir-se da Clínica para seguir em sua vida.

7 A SUPERVISÃO COMO EXPERIÊNCIA

Existem portanto certas experiências que não nos pertencem, que não podemos dizer <nossas>, mas que, justamente por isso, porque são, precisamente, experiências do inexperenciável, constituem o limite último ao qual pode lançar-se a nossa experiência em sua tensão para a morte.
(Agamben)¹

A descoberta – prometeica – de Freud foi uma ação desse tipo; sua obra no-lo atesta; mas ela não está menos presente em cada experiência humildemente conduzida por um dos trabalhadores formados em sua escola.

(Lacan)²

O leitor atento da obra de Freud perceberá que, seguidamente, ele faz alusão à questão da experiência em relação à estruturação da teoria que estava construindo. Baseando suas descobertas, antes de mais nada, em sua própria experiência tanto a de laboratório quanto a de sua prática clínica, ele se torna um pesquisador exemplar. Um exemplo pode ser constatado no texto sobre as pulsões (FREUD, 1915/1974) onde ele faz uma introdução destacando a importância da descrição dos fenômenos e posterior classificação e correlações possíveis, antes que se tornem conceitos básicos da teoria. Em 1915 elabora o conceito de pulsão, com base em trabalhos bem anteriores como o Projeto para uma Psicologia Científica (1895-1950a) e o capítulo VII da Interpretação de Sonhos (1900), o que nos afigura como um crédito a sua própria experiência.

Considerando essa forma exemplar de trabalho, procuro aqui refletir desde minha própria experiência em relação à supervisão psicanalítica de tratamentos. Nessa perspectiva, considero que não há transmissão possível sem a experiência, seja a do supervisionando, seja a do supervisor. Assim, nesse estudo, considero também o que escreve Benjamin (1994) quanto ao resgate da narrativa como fio condutor para a transmissão da experiência.

Encontro essa preocupação com a reflexão desde a experiência também em Lacan e Fédida. Busco ainda aportes na leitura filosófica de Agamben, considerando

¹ AGAMBEN, G. A queda de Montaigne e o Inconsciente. In: _____. **Infância e história**: destruição da experiência e origem da história, 2005. p. 50.

² LACAN, J. (1953/1998). *Escritos*, p. 243.

a contribuição de um outro saber sobre a experiência no estabelecimento de contrapontos ao que me proponho discutir.

7.1 A INTERFACE DA EXPERIÊNCIA NA PSICANÁLISE E NA FILOSOFIA

A noção de experiência em psicanálise, desde as primeiras produções freudianas, se vê atravessadas pelo termo *Komplikation* utilizado por Freud no “Projeto para uma Psicologia Científica” (FREUD, 1895-1950a/1977), ao referir-se ao que ocorre no interior do sistema nervoso (com as conotações que ele apresenta sobre sistemas de neurônios). Ademais do termo ‘complicação’ provavelmente referir-se à difícil articulação entre essa descoberta que apontava para uma leitura biológica e comprometida com uma cientificidade positivista, e as cada vez maiores perguntas surgidas desde sua escuta clínica.

No Seminário sobre a Ética, Lacan (1959-1960/1988), corrobora a escolha freudiana do termo ‘complicação’, considerando a complexidade no entendimento da noção de inconsciente a partir de pressupostos aparentemente objetivos. Daí o conselho que nos dá Lacan de metaforizar essa representação de aparelho psíquico trazida por Freud, considerando-o como uma topologia da subjetividade.

O modo freudiano de lidar com conceitos em elaboração pode ser notado em 1923, quando se defronta com a tarefa de conceituar pulsão de vida e pulsão de morte, quando novamente utiliza o vocábulo ‘complicação’ (*Komplikation*), referindo que:

[...] imaginamos que Eros, por ocasionar uma combinação de conseqüências cada vez mais amplas das partículas em que a substância viva se acha dispersa, visa a complicar a vida e, ao mesmo tempo, naturalmente a preservá-la. [...] O surgimento da vida seria, então, a causa da continuação da vida e também, ao mesmo tempo, do esforço no sentido da morte. E a própria vida seria um conflito e uma conciliação entre essas duas tendências (FREUD, 1923b/1976, p. 55-56).

A conceitualização da vida como a luta entre tendências contrárias de manutenção e destruição, ajuda a pensar a ‘complicação’ aludida por Freud. Se transportamos esta noção para a escuta clínica, podemos imaginar que se refere à trama dos significantes portados por uma fala que pede decodificação, ou mesmo do sintoma, da inibição ou da angústia com que se apresenta o sujeito que vem em busca de uma escuta para o seu sofrimento psíquico.

A vida e a morte enquanto experiência são temas universais abordados ao longo de séculos tanto pela filosofia quanto pela psicanálise. Assim, o que escreve Agamben (2005) sobre o inexperienciável, destacado na epígrafe acima, aproxima-se do que Freud dizia sobre a tensão vida e morte. Agamben (2005), por sua vez, inspira-se em um relato de Montaigne (1553-1592) no qual este aponta para a possibilidade de nos familiarizarmos com a morte se a conhecermos de perto.

Montaigne cita um incidente em que ele e seu cavalo, atropelados por um serviçal em sua montaria, são prostrados por terra numa experiência de quase morte. Momento que, na sua descrição, assemelha-se ao que estou considerando sobre a oposição das tendências entre a vida e a morte:

Parecia-me que a vida estava suspensa a meus lábios e eu fechava os olhos a fim de ajudá-la a desprender-se de mim, comprazendo-me nesse estado de langor e também em me sentir esvair. Em meu espírito ocorria a sensação vaga da volta de pensar, mal definida ainda, mais suspeitada do que percebida, sensação terna e doce como tudo o que experimentava, não somente isenta de desprazer mas ainda lembrando a quietude que se apodera de nós ao sermos dominados pelo sono (MONTAIGNE, 1572/1962, p.126).

A literatura se faz pródiga em exemplos dessa natureza, em que autores, através da linguagem poética, procuram formas de descrever, de transformar em relato essa experiência máxima do ser humano que é o de defrontar-se com sua própria morte. Parece que só tomando empréstimos à poesia, é possível falar do que, no inconsciente, não encontra representação.

Quase dois séculos depois do que descreve Montaigne, uma experiência semelhante é relatada por Rousseau: numa ocasião em que, atropelado por um

grande cão dinamarquês que perseguia uma carruagem, chegou a desfalecer. Escreve ele:

O estado em que me encontrei naquele momento é demasiado singular para deixar de descrevê-lo aqui. A noite avançava. Vi o céu, algumas estrelas e um pouco de vegetação. Esta primeira sensação foi de um átimo delicioso. Só através dela eu me sentia. Nascia para a vida naquele instante e era como se eu preenchesse com a minha leve existência todos os objetos que percebia. Inteiramente no momento presente, não me lembrava de nada; não tinha nenhuma noção distinta da minha individualidade nem a menor idéia do que me ocorrera; não sabia quem eu era ou onde estivesse; não provava nem dor, nem temor, nem inquietude. Via escorrer o meu sangue como teria visto correr um riacho, sem nem ao menos pensar que este sangue me pertencesse de algum modo. Sentia em todo o meu ser uma calma inebriante, à qual, sempre que a recordo, não encontro nada de comparável em toda a atividade dos prazeres conhecidos (ROUSSEAU *apud* AGAMBEN, 2005, p. 50).

Chama a atenção em ambos os relatos, o estado experimentado ao despertar: um certo desconhecimento de si, uma certa confusão entre o corpo e os objetos e o estado inebriante de prazer. Quando escreve que talvez o sono seja uma lição da natureza para nos mostrar que “[...] estamos destinados tanto a morrer como a viver”, Montaigne (1962, p. 125) aproxima-se do que escreve Freud sobre pulsão de vida e pulsão de morte, tendências que fazem parte da experiência humana, sendo que a vida seria um conflito e uma conciliação entre essas duas tendências (FREUD, 1923b/1976).

Aqui é possível buscar uma articulação com o pensamento de Agamben (2005) quando fala sobre a ‘tensão para a morte’ que ele lê no relato das experiências de Montaigne (“a quietude que se apodera de nós ao sermos dominados pelo sono”) e de Rousseau (“nada de comparável em toda a atividade dos prazeres conhecidos”). Bem como no que escreve Freud no seu estudo sobre o princípio de prazer, quando se refere à tendência do ser humano da busca de um estado de tensão mínima semelhante à morte.

Entretanto, utilizando o termo ‘tendência’, Freud demonstra não se tratar de algo que sempre ocorre deste modo. Ao contrário, em suas palavras: “O máximo que se pode dizer, portanto, é que existe na mente uma forte tendência no sentido

de prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias, de maneira que o resultado final talvez nem sempre se mostre em harmonia com a tendência no sentido do prazer” (FREUD, 1920g/1976, p. 20).

Tomando um exemplo da literatura, recorro a Proust quando, em sua obra, *No Caminho de Swann*, descreve de forma intensa esta luta pelo não adormecer do personagem, pois o sono o separaria de sua mãe. A descrição do autor privilegia justamente este tempo entre a chegada e a partida da mãe do quarto do menino. O tão desejado beijo dela parecia constituir-se na única maneira de aplacar a angústia e proporcionar-lhe o relaxamento necessário à chegada do sono.

Quando subia para me deitar, meu único consolo era que mamãe viria beijar-me na cama. Mas tão pouco durava aquilo, tão depressa descia ela, que, o momento em que a ouvia subir a escada e quando passava pelo corredor de porta dupla, o leve frêmito de seu vestido de jardim, de musselina branca, com pequenos festões de palha trançada, era para mim um momento doloroso. Anunciava aquele que viria depois, em que ela me deixaria, voltando para baixo. Assim, aquela despedida de que tanto gostava chegava eu a desejar que viesse o mais tarde possível, para que se prolongasse o tempo de espera em que mamãe ainda não aparecia (PROUST, 1982, p. 13).

A passagem do tempo descrita de modo tão poético, especialmente na expressão: “o tempo de espera em que mamãe ainda não aparecia”, lembra a descrição que faz Freud do menininho de um ano e meio que para suprir a ausência de sua mãe, inventou a brincadeira com o carretel, fazendo-o aparecer e desaparecer acompanhando ambos os gestos com evocações: *Fort* (ir embora) e *Da* (ali). Mesmo que a linguagem utilizada pela criança possa parecer ainda rudimentar, ela é portadora de uma inscrição simbólica, denota a forma de que se vale para suportar a ausência da mãe. Forma de expressão que será lida por Freud num *après-coup*, valorizando como linguagem a emissão de uma criança que apresenta uma fala ainda não articulada, o que ele chama de *infans*.

A infância do homem, para Agamben (2005) é a experiência antes da palavra. Ele faz alusão a uma espécie de mito de um sujeito pré-linguístico, onde infância e linguagem remeteriam uma à outra: a infância à origem da linguagem e

vice-versa. E, nesta relação, se encontraria o lugar da experiência que “[...] coexiste originalmente com a linguagem, constitui-se [...] na expropriação que a linguagem dela efetua, produzindo a cada vez o homem como sujeito” (AGAMBEN, 2005, p.59).

Aqui, Agamben traz uma formulação semelhante a de Lacan (1949-1966/1998) em “O estádio do espelho como formador da função do eu”, quando chama a atenção para a assunção jubilatória da imagem especular pela criança, momento em que se forja no *infans* a matriz simbólica do eu que lhe permitirá entrar na dialética da identificação com o outro e, pela linguagem, obter no universal a restituição de sua função de sujeito. A afirmação de Lacan de que é a linguagem que nos restitui nossa função de sujeito é uma indicação de que é preciso falar a um outro e se escutar falando. Portanto, sujeito é aquele que poderá se reconhecer na sua produção linguageira como sujeito do inconsciente, sendo que a expressão ‘sujeito do inconsciente’ caracteriza-se pelo uso do genitivo (do inconsciente), indicando que o inconsciente é o agente da ação e o sujeito é aquele que sofre sua ação. À luz da concepção de experiência em Agamben, podemos interpretar o sujeito do inconsciente como aquele que sofre uma ação deste, mas, ao se reconhecer nessa produção inconsciente, transforma este ato (um ato falho, por exemplo), em uma experiência.

O inconsciente, enquanto restos de percepções também se situa antes da palavra. Freud (1915e) faz a diferenciação entre *Wortvorstellungen* e *Sachvorstellungen*, sendo a primeira a apresentação de palavra e a segunda a apresentação de coisa. Uma representação, para ter acesso ao pré-consciente e à consciência, requer sua apresentação em palavras. Os sonhos, enquanto imagens, também se situam antes da palavra. O que Freud vai propor é que há uma experiência subjetiva, uma outra cena, inconsciente, que prescinde da apresentação de palavra.

É dessa cisão entre uma experiência inconsciente e uma experiência consciente que trata Freud, e não deixa de ser o tema abordado por Agamben. A partir do momento em que o sujeito acede às palavras, haverá uma outra experiência. A palavra permitirá ao sujeito tomar um distanciamento em relação às próprias coisas, assim como a separação da mãe, como no caso do Fort-Da.

Se, como Agamben (2005) observa, a introdução da idéia de inconsciente, instaurou uma crise do conceito moderno de experiência é porque ocorreu a uma mudança de foco. Ou seja, a experiência até então fundada no sujeito cartesiano, no sujeito consciente, entra em crise quando é preciso considerar uma outra forma de experiência, a experiência relacionada ao sujeito do inconsciente. Daí que, na leitura do autor, o *Es* no exemplo da queda de Montaigne não é a morte, pois o limite da experiência se inverteu: não mais em direção à morte e sim à infância. Infância que, conforme aludi antes, tem a ver com o *infans* freudiano. Reside no que acabo de discutir uma importante aproximação entre a questão da experiência na leitura psicanalítica e na leitura da filosofia proposta por Agamben.

Lacan, na epígrafe trazida, refere-se à questão de experiência na psicanálise. No texto 'Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise (LACAN, 1953/1998) destaca o valor da experiência quando está tratando da aproximação da psicanálise com outros saberes, especialmente com a antropologia e com a filosofia, saberes dos quais, segundo ele, a psicanálise só tem a se beneficiar (LACAN, 1953/1998, p. 241). E se não for conotado à experiência seu devido valor, a psicanálise não passará de uma prática preocupada com os efeitos do sentido e suas regras técnicas serão reduzidas a receitas. Nesta fala de Lacan, pode-se ler um crédito especial ao que Freud jamais deixou de considerar, ou seja, a experiência, o fundamento que justifica todo o arcabouço teórico e prático da psicanálise.

Uma destacada contribuição de Lacan à psicanálise refere-se ao estudo do fenômeno da linguagem aportando a ela o estatuto de ferramenta essencial no trabalho do psicanalista. E, em possuindo a linguagem uma materialidade, busca respostas no outro. Então, como nos lembra Lacan, as palavras podem, por exemplo, engravidar a histérica. E sua materialidade, paradoxalmente, fazer-se presente na ausência ou no tropeço, buscando significação na escuta de um outro: o analista em seu fazer.

Quando se refere a cada experiência conduzida pelos trabalhadores formados na escola fundada por Freud, Lacan nos chama a atenção para que a história da construção dessa escola ocorreu pelo trabalho solitário de Freud baseado em sua crença na linguagem. Como sua intervenção no caso do pequeno

Hans somente escutando seus pais e na decifração de uma faixa inteira da linguagem do inconsciente no delírio paranóide, baseando-se unicamente no texto deixado por Schreber.

A experiência freudiana, inventando um método de tratamento de escuta do inconsciente através de emissões da linguagem e a releitura lacaniana da psicanálise freudiana, corroborando a mesma causa, aproximam a psicanálise também da lingüística.

A contribuição de Lacan em relação à linguagem compara, por exemplo, a conotação vocálica no jogo do Fort-Da com a descoberta do fonema que permite infinitas possibilidades articulatórias e o trabalho com o símbolo que impõe à ciência uma nova classificação das ciências: as ciências da subjetividade.

7.2 EXPERIÊNCIA DA SUPERVISÃO: DA TEORIA À PRÁTICA

Com o recorte que a seguir apresento, pretendo discutir algumas questões que dizem respeito à prática da supervisão psicanalítica de tratamentos.

Numa sessão de supervisão, o terapeuta relata ter recebido em tratamento um jovem de 24 anos cujo sintoma se faz sentir na fala através de uma gagueira. É como ele se apresenta. Com uma emissão de palavra precedida de trejeitos de boca e língua, inspirações e expirações, que explica ao terapeuta ser um exercício que aprendeu com a fonoaudióloga. Vem a duas sessões e, na segunda, diz ao terapeuta que seu problema começou aos 8 anos de idade mas que tem vergonha de falar sobre isso. Falta à sessão seguinte. O terapeuta encontra o paciente, casualmente, no estacionamento da Clínica quando este saía da sessão com a fonoaudióloga. O paciente marcava o atendimento psicoterapêutico e o fonoaudiológico no mesmo dia. Diz que não compareceu à sessão porque deseja trocar de terapeuta, sendo que este o convida a vir ao próximo horário agendado. Na sessão de supervisão, o terapeuta mostra-se angustiado com a situação, interrogando-se sobre os motivos da atitude de seu paciente. Consideramos a questão da vergonha mencionada na última sessão. Talvez a referência a algum

episódio penoso de sua história que não desejasse enfrentar, isto é, falar sobre isso. No entanto, não deixou de comparecer ao tratamento fonaudiológico, lugar de manipulação do órgão emissor da palavra onde ele faz sintoma. Porque o desejo de trocar de terapeuta? Não sabemos. Na tentativa de explicar o não comparecimento do paciente, o terapeuta levanta a hipótese de que se trate de um “jogo histérico” (sic) na transferência. Isto é, deixar o terapeuta esperando ao não avisar que iria faltar à sessão. Ao atribuir ao paciente um jogo histérico, o terapeuta faz uma interpretação do *acting out*, interpretação que o ajuda a suportar a angústia do não saber.

Devido a essa situação, o terapeuta marcou uma supervisão, pois era preciso colocar em palavras, falar, tentar elaborar o que se passava na transferência. Mas, para isso, era preciso escutar o paciente para além dos sintomas de fala. Era preciso escutar o sujeito que se escondia por trás da escansão gaguejante entre uma sílaba e outra e dos trejeitos bucais durante a fala. Considerar que o paciente não se reduz ao modo como se apresentara na primeira sessão de psicoterapia: “um caso grave de gagueira diagnosticado pela fonaudióloga”. Se esse sujeito retornar ao tratamento psicológico, é porque estará em processo a desconstrução da identificação ao adjetivo gago na sua representação subjetiva, a qual faz com que, no momento, prefira o tratamento que mantém o órgão emissor da palavra num lugar de erotização.

Como o recorte nos aponta, o não saber que se instala na sessão de supervisão é o verdadeiro mote ao trabalho. Pois, como nos lembra Lacan (1953/1998), o que dá sentido ao discurso do sujeito é uma pontuação feliz, a interrupção de uma sessão obedecendo à trama do discurso, uma escansão com valor de uma intervenção.

A supervisão vem promover essa elaboração por parte do terapeuta e isso faz com que a experiência se torne tão instrutiva para o supervisor quanto para aquele que procura supervisão. Fédida (1991a) considera que falar de um tratamento a um terceiro provoca modificações sobre a economia do silêncio e da fala do analista no tratamento.

Em 'A Construção do Caso', Fédida (1991b) exemplifica um recorte de supervisão que ajuda a pensar dois momentos importantes de uma escuta analítica: aquele em que o analista assume uma postura detetivesca em relação ao material que escuta de seu analisante e, em contraste, quando faz uso de escuta equiflutuante, auxiliando o analisante a exercer a livre associação. Trata-se do caso de um paciente masculino, com cerca de quarenta e três anos, levado à supervisão pela dificuldade que a analista vinha encontrando em escutá-lo devido ao sono que o acometia durante as sessões. Numa sessão de supervisão, a analista traz algo novo no relato do paciente: este refere uma cena de quando tinha mais ou menos dois anos em que observa uma discussão entre os pais no quarto destes, sendo que o que se destaca aí é a janela aberta para o jardim. Ao relato desta, o paciente cai em sono, mas, incentivado pela analista a continuar, lembra de uma cruz sobre uma tumba. Diz que não era no cemitério, pois este ficava mais longe e, portanto, não seria possível vê-lo desde tal janela. Sobre o cemitério, lembra de ter ido algumas vezes lá com seus pais por volta dos doze anos. Depois disso, volta a dormir em sessão. A analista, então, interpreta que alguém muito próximo do paciente deveria ter sido enterrado no jardim e, posteriormente, levado para o cemitério. Esta fala da analista desperta o paciente que lhe responde ser impossível o que ela havia sugerido.

Na sessão de supervisão, analista e supervisor associam a cruz a outros momentos da história do paciente: a cruz formada por duas barras de ferro que ficavam sobre o poço do jardim da casa do avô; cruz na agenda dele, marcando o número de seu telefone e o nome de sua mulher no momento de sua separação; cruz sobre um mapa, feita por uma amiga, em uma viagem recente do paciente, para indicar-lhe a localização de sua casa. Enfim, as associações surgidas durante a sessão de supervisão, inicialmente, incitadas pelo supervisor, possibilitaram que a analista deslocasse o foco de sua escuta da cruz como fato para considerá-la como significante. Ou seja, a situação de supervisão convoca, na analista, uma memória de sua escuta que reporta à relação transferencial (dela com o analista supervisor e dela com seu paciente).

Eis aqui um ponto crucial da situação de supervisão, considerando que a memória, neste caso, não se refere à reprodução de falas do analisante, nem a recortes de sessões que valorizam a observação, a atenção eletiva, a memorização

ou a síntese recapitulativa. A memória em questão tem a ver com o inconsciente, não só do analisante, mas, na situação de supervisão psicanalítica, também com o inconsciente do analista que, por meio de uma escuta terceira (do supervisor) pode acessar seus equívocos de escuta, sua surdez, suas precipitações, etc. Quanto a este aspecto, Fédida (1991a), lembra da diferença entre a memória narrativa, que se importa com o relato de sessões, e, de outro modo, a memória do infantil no analista. A escuta psicanalítica privilegia a memória resultante da atenção equiflutuante do analista, isto é, a memória inconsciente. Assim, a escuta do analista não pode ser seletiva, comprometida com o registro de recortes que seriam interessantes levar à supervisão.

Retornando à questão antes levantada sobre a postura detetivesca da supervisionanda de Fédida, ao comunicar ao paciente que a cruz deveria ser a do túmulo de uma pessoa próxima dele, interpreta factualmente a lembrança de uma cruz que ainda não havia entrado na cadeia associativa dele. Ao passo que, quando escuta os ruídos de seu sono (o engurgitamento dos líquidos do corpo ao fungar e engolir enquanto dormia em sessão) e os pontua, abre margem para que ele associe livremente e possa seguir falando. Surge então, no discurso dele, a palavra “invaginação”, evocando seu desejo de voltar-se para dentro de seu próprio corpo, o que foi escutado pela analista como um retorno autonutritivo. Conforme Fédida (1991b) assim que a compulsão auto-erótica (autística) ao sono tornou-se, transformável em formas imagináveis, lugares psíquicos começaram a existir. Como “lugares psíquicos” podemos pensar partes de frases que escutamos de pacientes do tipo: “isto me lembra [...]”; “é como se [...]”; “me dá a impressão de ser tal coisa [...]”, indicativas de que algo se produz como possibilidade de acesso a conteúdos inconscientes, pois o lugar do psíquico, diz Fédida (1991b), é o lugar de constituição de qualquer acontecimento.

Aqui se pode pensar sobre os efeitos de uma escuta amparada na atenção equiflutuante, que não está comprometida nem com a linearidade, nem com a lógica do discurso. No caso acima, a palavra “cruz”, remetendo ao túmulo e ao jardim, constitui-se como um significante que só pode buscar alguma significação a partir das associações do paciente amparadas em sua memória inconsciente.

Ao considerar – numa sessão de supervisão - que o túmulo referido pelo paciente poderia ser o de uma irmã mais velha deste, Fédida (1991b) destaca que se trata de uma fantasia partilhada entre supervisor e supervisionanda que surge no lugar do não-dito do paciente, o que não autorizaria a analista a formar uma interpretação comunicável a ele. Até porque, em suas considerações, Fédida (1991b) refere que a cruz, além de um elemento que poderia ser um auxiliar na direção da escuta da analista, também foi o indicador de uma “formação focal cega” (1991b, p. 226), dificultando, a ela, as condições de sua escuta e de sua memória.

Tomando-se estes dois momentos da experiência relatada por Fédida, pode-se pensar que, quando a analista sugere ao paciente a possibilidade da cruz no jardim ser do túmulo de uma pessoa próxima dele, está colocando uma leitura imaginária, a serviço de uma busca de confirmação. Ao passo que, quando se vale do discurso do paciente (palavra “invaginação” e a pontuação sobre os ruídos produzidos por seu corpo), valoriza a escuta equiflutuante e abre a possibilidade para a livre associação.

O caso analisado acima permite pensar a ética na situação de supervisão psicanalítica que, por valer-se eminentemente do discurso (tanto do paciente quanto do analista sobre o paciente) considera que este não pode ser o de uma ideologia de poder. Existe, pois, nesta situação, uma especificidade que é a da palavra destinada a um terceiro, cujo exercício deste lugar produzirá efeitos na prática do supervisionando. Efeitos esses que dizem da relação transferencial estabelecida entre o analista supervisionando e o supervisor.

Fédida lembra que a situação de supervisão é o lugar privilegiado onde é possível a elaboração de uma teoria psicanalítica do trabalho psíquico do analista, de sua psicopatologia e de sua “contratransferência” (FÉDIDA, 1991a, p.172). Isto nos permite abordar a supervisão com os mesmos parâmetros com que se trabalha metapsicologicamente, isto é, um espaço atravessado pelas condições de uma psicanálise que não é um tratamento, mas que implica também a este. Pois, a escuta do analista não está isenta dos atravessamentos de suas próprias formações inconscientes. E, de modo semelhante, quando fala de seu paciente a um outro, na forma apontada por Lacan (1953/1998) “de um filtro, ou então de um refrator do discurso do sujeito” apresentando ao supervisor “uma estereografia que já destaca

os três ou quatro registros em que ele pode ler a divisão constituída por esse discurso” (LACAN, 1953/1998, p. 254). A forma de registro faz-nos pensar justamente de que modo funciona a seleção do material clínico a ser levado em supervisão. A tarefa de contar sobre o que escutou de seu paciente pode estar atravessada por diversas formas possíveis: contar uma após outra as sessões semanais, tentando reconstituir com a máxima fidelidade o discurso do paciente; trazendo anotações tomadas após as sessões ou simplesmente associando livremente sobre a experiência para que possam surgir os lapsos, os esquecimentos, os equívocos, as perguntas. Em minha leitura, reside neste último, um exercício eficaz deste modo *sui generis* da experiência psicanalítica constituído pela supervisão de tratamentos. Acreditando, sobretudo, nas possibilidades da atenção difusa ou equiflutuante e valorizando a escuta do significante, tanto do que pode surgir do discurso do paciente quanto do que pode ser produzido pelo analista durante a sessão de supervisão.

Então, uma escuta clínica não é um mero registro das falas, como o é a escrita de um técnico que faz estereografia. Pelo contrário, na escuta equiflutuante, trata-se de se deixar atravessar pela “memória do infantil” (FÉDIDA, 1991a).

A implicação do clínico na escuta psicanalítica vai ao encontro da concepção de elaboração simbólica própria da experiência, tal como Benjamin (1994) a define em contraponto à técnica. É dessa experiência de escuta que se trata na situação de supervisão psicanalítica de tratamentos. Assim, essa não é um lugar de relatos de fatos, mas de fala desde uma experiência. Experiência esta em que tanto a escuta do supervisor quanto a do supervisionando, supõem um saber no analisante, uma elaboração simbólica do vivido.

A escuta psicanalítica, ao não privilegiar a fala como relato, descola-a dos fatos e a reporta ao saber que não se sabe, o saber inconsciente. Deste modo, pode-se pensar na supervisão como momento de transmissão que, na psicanálise, é um efeito da transferência e da suposição de saber. E ambas são condições que apontam para a produção simbólica a partir da fala.

7.3 TRÊS ENSAIOS METAPSICOLÓGICOS SOBRE OS PRINCIPAIS EIXOS DA PESQUISA: A TRANSFERÊNCIA NA SITUAÇÃO DE SUPERVISÃO PSICANALÍTICA; OS EFEITOS DA SUPERVISÃO PSICANALÍTICA NA DIREÇÃO DO TRATAMENTO; A SUPERVISÃO PSICANALÍTICA NA PRÁTICA “EXTRA-MUROS”

Esta etapa da pesquisa procurará contemplar a discussão de situações que, ao longo da escrita da dissertação e mesmo no período anterior, foram se construindo e se colocando como questões a serem problematizadas para além do que no início eu havia pensado em trabalhar. As ruínas metonímicas da desconstrução da pergunta inicial, constituíram-se em alicerce para outras tantas perguntas que foram surgindo ao longo do caminho. E o tecido que se pretende seja a consistência do “corpo” da pesquisa, formado pelos ensaios metapsicológicos, traz a marca da experiência vivida pela pesquisadora enquanto sua *Erfahrung* de trabalho na psicanálise. Mais especificamente, de um trabalho desenvolvido numa instituição que tem como mote o selo de “clínica-escola”.

Clínica e escola são vocábulos que, em dado momento, podem apresentar um certo antagonismo se lidos ao pé da letra. Ou seja, a escola, na acepção pedagógica torna-se incompatível com a clínica cujo fazer alude à incompletude de um saber em eterna construção. Na linguagem objetiva, a escola se associa com o conhecimento, com um saber acabado. A clínica, em sua origem nas questões do corpo, na psicanálise se subverte e se direciona para o insabido do inconsciente. E o desafio de lidar com ambos é que constituiu o mote inicial desta pesquisa. E aquilo que para mim, no ativismo cotidiano, era um simples fazer, através da pesquisa, alertou-me para as inúmeras questões da prática que eu vinha exercendo há tantos anos. Perguntas que não cessam de não se construir, apontando para o impossível de tudo dizer sobre qualquer assunto. E, neste caso, o impossível de tudo dizer sobre o objeto da pesquisa. Mas, no possível de dizer, incluo o que pode ser abordado pelos ensaios metapsicológicos em sua não pretensão conclusiva. Em sua não pretensão de ineditismo. Em sua não pretensão de construção de verdade. Nesse ponto, apenas com a pretensão de levantar questões para seguir pensando. E tomando como luz do caminho o exemplo de Freud, o grande pesquisador da psicanálise que, em 1905, escreveu os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade

aos quais, ao longo de vinte anos, realizou acréscimos à medida em que a cultura ia agregando questionamentos à sua curiosidade científica.

Curiosidade que me serve de inspiração para a construção do primeiro ensaio que versará sobre a instigante presença da transferência na situação do tratamento para transpô-la à situação de supervisão psicanalítica. Nesse ensaio, será problematizada, sobretudo, a questão da especificidade da transferência na situação de supervisão psicanalítica, balizada pela teorização trazida por Freud sobre o fenômeno da transferência em psicanálise, efetuando-se também a leitura de Lacan e autores afins sobre o tema, além de recortes de minha prática.

O segundo ensaio versará sobre os efeitos da situação de supervisão psicanalítica na direção do tratamento, considerando que fenômenos presentes nessa situação - a transferência, a suposição de saber, a postura do supervisor enquanto suporte desta suposição - deixam restos ao supervisionando e ao supervisor. Restos que, de modo indireto, acarretam efeitos ao tratamento que está sendo conduzido.

E, finalmente no terceiro ensaio, valho-me de uma experiência que batizei de “extra-muros” pela especificidade de poder trabalhar a partir de um material clínico trazido por um colega psicanalista de uma instituição “estrangeira”. A psicanálise que navega por outros mares geográficos, falada numa outra língua também veicula o inconsciente. E põe a trabalhar os analistas com suas infundáveis perguntas. Depois de uma experiência desta natureza, decidi compor um ensaio como parte dessa dissertação, certamente pela inquietude que me tocou quando fui convidada a pontuar o material clínico de um colega da Escola Freudiana de Buenos Aires e trazê-lo a público nas Jornadas dos 30 Anos da Clínica de Atendimento Psicológico. Ocasão de debate intenso sobre o que do trabalho de cada um dos analistas participantes, brotou como meio de interlocução com os pares.

Como antes referi (capítulo 2), o ensaio, modo de escrita que respeita a criatividade do autor, mantendo aberta a perspectiva de uma certa inconclusividade, mostrou-se o modo mais apropriado para tecer os achados da pesquisa, concorde com o que escreve Stein (citado por CAON, 1999, p. 47).

Pode ser que o ensaio literário seja o melhor meio de focar a totalidade incompleta que sustenta o processo da pesquisa psicanalítica. O ensaio literário permite, segundo Adorno, reencontrar a vida graças à integração harmoniosa entre o método e a negação do método.

E segue o autor em sua consideração sobre o modo como um pesquisador psicanalítico presta contas, com sua escrita, das especulações que conduziram sua pesquisa, formulando uma questão que toca o cerne da pesquisa psicanalítica: “A incompreensão e o desconhecimento da verdade como o não todo, não são eles aquilo que se apresenta como o mais estranho à psicanálise e à pesquisa psicanalítica?” (STEIN, 1993 citado por CAON, 1999, p.47). Acredito que o estranhamento referido não concerne ao campo psicanalítico pois os que obram nessa messe conhecem de sobejo o fato de que, em psicanálise, só se pode esperar conclusões pautadas por uma lógica que subverte o *logos* “[...] em favor de um processo que não permite plena representação nem pode ser explicitado num processo crítico inteiramente racional” (STEIN, 1997, p. 54).

Stein, quando nos lembra desta não parceria da psicanálise com o racional, e também quando recorre a Adorno para trazer a vida como uma espécie de harmonia entre o método e a negação do método, lembrou-me do que escreve Yourcenar (1980, p. 32) no seu estudo sobre o imperador Adriano:

Contudo, minha vida tem contornos menos firmes. Como acontece frequentemente, é justamente aquilo que não fui que a define com maior exatidão: bom soldado, mas não grande guerreiro; apreciador da arte, mas não o artista que Nero acreditava ser na hora da morte; capaz de crimes, mas não um criminoso.

A metapsicologia - a epistemologia da pesquisa psicanalítica - aproxima-se do ensaio literário justamente pela não pretensão conclusiva que encerra, permitindo ao pesquisador lidar com as questões ao modo de construções onde cada elemento traz em si a marca da alteridade necessária para a conclusão do edifício. Alteridade constituída não só pelos sujeitos envolvidos na ação da pesquisa, mas dos instrumentos necessários a esta ação. Sendo os achados, longe da configuração de

uma arquitetura acabada, a preparação para o que há de vir, ao modo do que escreve Freud (1937d/1975, p. 294): “A construção não é, porém, um trabalho preliminar no sentido de que a totalidade dela deve ser completada antes que o trabalho seguinte possa começar [...]”, para agregar: “O analista completa um fragmento da construção e o comunica ao sujeito da análise [...], constrói então um outro fragmento a partir do outro material que sobre ele se derrama [...]” (FREUD, 1937d/ 1975, p. 295). A idéia de construção assim pode ser emprestada ao que proponho seja a delimitação possível dos achados dessa pesquisa no sentido de que os acontecimentos da prática serviram de alicerce à tessitura das perguntas ordenadoras do escrito. Nada foi dado *a priori*, de modo organizado. Por isso me valho dessa noção de “construção” retirada de Freud e também acolhida por Fédida. quando considera que um “caso” em psicanálise [...] “é inerente a uma atividade de construção tal como a análise de supervisão seria capaz de constituir” (FÉDIDA, 1991b, p. 230).

Montaigne, o primeiro ensaísta, antes de criar esse gênero de escrita, precisou se recolher à procura de tranqüilidade de espírito. Mas em não a encontrando, resolveu registrar tudo o que lhe ocorria como experiência, residindo aí a originalidade de sua criação.

Parodiando esse autor, procurarei trazer o que de minha experiência restou como esses ensaios.

7.3.1 Ensaio 1 - A Transferência na Situação de Supervisão Psicanalítica

A transferência, nome dado por Freud ao fenômeno presente em toda a situação psicanalítica, torna-se uma questão crucial à psicanálise desde seus primórdios, onde a solidão o leva a buscar interlocução em Fliess. Fato esse que aponta para a necessária escuta do outro uma vez que a fundação de uma nova teoria do conhecimento não poderia se dar por partenogênese. Ocorre que a alteridade necessária encarnada na pessoa de Fliess, logo viria a mostrar seus efeitos levando Freud a descobrir que o fenômeno da transferência era muito mais

complexo do que poderia ter imaginado. Prova disso, além do rompimento com Fliess, foram as posteriores dissensões de discípulos, especialmente Jung, que levaram Freud a escrever: “Depois de tanto autodomínio para não entrar em choque com adversários fora da análise, vejo-me agora forçado a pegar em armas contra os seus ex-seguidores [...]” (FREUD, 1914d/1974, p.62). Nesta época, Freud descobre que mesmo fora da situação de análise, a transferência mostra seus efeitos e na forma de resistência. Então, infere que a transferência é feita de resistência.

Lacan não só concorda com Freud quanto a este aspecto, tratando a transferência como uma forma particular de resistência quanto, em sua releitura, faz alguns acréscimos. Dentre eles encontra-se o estudo que apresenta no seminário dedicado à transferência onde aborda a questão da repetição na transferência alertando, contudo, para o fato de que tal repetição se dá em relação a alguém a quem se fala, destacando aí a importância da linguagem. Lacan escreve:

[...] parece-me impossível eliminar do fenômeno da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Este fato é constitutivo. Ele constitui uma fronteira, e nos instrui, ao mesmo tempo, para não engolfar o fenômeno da transferência na possibilidade geral de repetição que a própria existência do inconsciente constitui (LACAN, 1960-1961/1992, p. 177).

A transferência nesta relação com a repetição vai além do que propõe Freud em sua aceção da repetição colocada na pessoa do analista. Em privilegiando a linguagem, Lacan alude ao significante em sua ordem de representação do sujeito, ocasionando um giro na leitura da questão. Ou seja, se o significante é o que representa o sujeito, então, sendo o analista um sujeito, está submetido às leis daquele tanto quanto o analisante. Concepção que instaura um novo modo de pensar a relação do analista com o que se coloca no lugar de paciente. Pois a relação não é intersubjetiva, mas de linguagem.

Este modo de pensar a transferência colocando o acento na veiculação significante através da palavra, permite uma aproximação ao que coloca Fédida (2002) quando fala sobre a “função metafórica transferencial da palavra”. Valendo-se do Banquete de Platão, destaca a figura da metáfora em sua ordem de substituição

como o meio do analista lidar com o que o paciente dirige à sua pessoa. Entende o autor que é a linguagem que fornece o suporte necessário ao analista para lidar com as situações da prática que se apresentam sob a forma de transferência:

[...] se a paciente evoca [...] uma reação amorosa de seu corpo por mim, não posso virar minha cabeça na poltrona e dizer que isso é por outro alguém. Tenho que admitir que é a situação analítica, que sou eu na situação analítica, quem pode suscitar esse afeto amoroso. [...] Admitindo essa situação, o analista a toma no interior do tratamento, [...] instaura o afeto na linguagem (FÉDIDA, 2002. p.53).

É pela consideração à linguagem que Lacan se orienta na direção de uma crítica à contratransferência, que na suposição de uma relação de reciprocidade, uma relação dual, reforça o que antes lemos em Fédida. Nessa crítica, Lacan traz a figura do *agalma* – objeto valioso suposto ao outro, objeto de desejo – tirado do texto platônico Banquete, para ilustrar o de que se trata nesta questão. Ou seja,

[...] mesmo que o sujeito não o saiba [...] já é no outro que o pequeno *a*, o *agalma*, funciona. Daí que [...] aquilo que se nos apresenta nessa ocasião como contra-transferência [...] não tem, realmente, qualquer razão de ser especialmente qualificada como tal. [...] Pelo simples fato de haver transferência, estamos implicados na posição de ser aquele que contém o *agalma*, o objeto fundamental [...] (LACAN, 1960-1961, p.194).

Ora, tanto a criação platônica do *agalma* quanto a apropriação que faz dela Lacan, leva-nos a concordar com o último quando confere à transferência o estatuto de ficção em seu sentido de uma criação do sujeito da qual nem mesmo ele sabe. E porque não sabe é que a pessoa à qual se dirige a transferência é [...] “volatilizada subitamente, desvanecida” (LACAN, 1960-1961, p.177).

Quando funda sua escola, em 1964, já ciente de todas as questões referentes à transferência na situação analítica, Lacan defronta-se com a pergunta sobre esse fenômeno na instituição. Freud já havia se preocupado com isso em 1914, considerando que as defecções de seus discípulos não teriam tido tanta

importância se ele tivesse prestado atenção ao fato de que fenômeno semelhante à transferência na situação analítica, ocorre também quando os analistas se reúnem em instituição.

Mais uma vez, Lacan inova quando propõe o termo 'transferência de trabalho' ao que se instaura como a forma de trabalho privilegiada de sua escola: o cartel, "[...] a unidade de base de um modo inédito de organização social." (SAFOUAN, 1985, p.43). A idéia era de que na pequena célula do cartel, as relações de poder, de hierarquia poderiam ser mais facilmente dissolvidas por ser lugar privilegiado da palavra de cada um. Conforme o exemplo trazido por Lacan de que se temos dois sujeitos, ou eles se matam entre si, ou entram em acordo pela intercessão da palavra, terceiro termo a permitir a circulação da voz de cada um. Bem como se essa palavra enuncia uma lei universal, aquele que a diz também está submetido a essa mesma lei, significando que a recebeu de alhures. Ou seja, do Outro.

Com a transferência de trabalho no cartel, Lacan acreditava que os analistas estavam em condições de produzir um novo modo de se instituir, apostando na força da palavra.

E essa figura ficcional da transferência de trabalho permeou meu próprio trabalho de pesquisa. Uma das primeiras perguntas que me surgiu quando decidi pesquisar a situação de supervisão psicanalítica, foi justamente de que tipo de transferência se tratava nesta situação. A consulta bibliográfica mostrou leituras diferentes. Por exemplo, Zuberman (2001, p.49) considera que a análise de controle (supervisão) é uma análise porque há transferência simbólica quando o analista supervisor estabelece uma perda de gozo ao analista em supervisão ao interpretar onde este é tomado pelo fantasma do analisante. Contudo, adverte que é preciso estabelecer uma diferença radical entre a análise de controle e a análise individual do terapeuta porque o analista de controle não encarna na transferência o objeto do fantasma do supervisionando.

Já Cohen (2001) prefere falar em 'transferências laterais' em reconhecendo que há transferência na situação de supervisão. Porém, como Zuberman, procura traçar a diferença entre a análise pessoal na qual – segundo escreve - trata -se de

descobrir sob que significantes está o sujeito, sendo que na análise de controle, o supervisionando deve colocar-se sob os significantes de Freud e de Lacan. Em suma, nessa situação a submissão é ao desejo e não ao fantasma (COHEN, 2001, p. 20).

Temos já então, um ponto em comum: na situação de supervisão: o supervisor deve ter clara sua competência em relação a esse ponto de toque que concerne ao fantasma do paciente o qual acompanha o terapeuta em sua consulta de supervisão. Pode-se pensar num momento em que a transferência na situação de supervisão se torna imaginária, momento onde se evidencia a suposição de saber ao supervisor. Tempo em que o 'caso' é trazido à escuta do supervisor sob a forma de relato a uma alteridade animada pela suposição de uma experiência maior.

V. solicita uma sessão de supervisão para falar sobre o paciente A., de 40 anos, que já vem supervisionando há alguns meses. O paciente, segundo ela "não sai da queixa," sendo que ele próprio chega a referir isto e traz muitos sonhos, mais de um, às vezes, por sessão. Vai ficando clara a angústia da terapeuta em sua fala: "Não sei por onde ir. É muito material. E o paciente tem referido dor de cabeça." Relata a terapeuta que atendeu o paciente durante o mês de fevereiro que, na Clínica, é o mês de férias coletivas, ficando, contudo, facultado aos terapeutas a possibilidade de atendimento aos pacientes se assim optarem por fazê-lo. Quando a terapeuta fala em supervisão sobre o fato de não ter interrompido os atendimentos, a meu ver sacrificando suas férias, pergunto-me por que teria ela tomado essa atitude uma vez que isto não havia sido falado em supervisão. Seria uma maneira de dar conta do 'excesso' de material trazido pelo paciente? A não interrupção para as férias não estaria tamponando um necessário intervalo na escuta, contribuindo para a resistência da terapeuta que se apresentava na necessidade de compreender? Interessante que ela se pergunta se não estaria gozando disso e me conta um sonho em que havia marcado uma sessão a mais para o paciente e, no sonho, pensa que não deveria ter marcado. Nesse ponto, remeto-a a sua análise e concordo com Paola (2001) quanto a ser difícil conduzir uma análise de controle se não existe uma análise em curso. No exemplo trazido, a sessão de supervisão aconteceu logo depois das férias, quando todos na Clínica retomávamos o trabalho supostamente mais descansados e 'oxigenados' para o recomeço, justamente porque pudemos fazer um intervalo em nossa prática.

O surgimento de uma formação do inconsciente, mais especialmente o que Freud denomina de *via regia* de acesso ao inconsciente – o sonho – vem em socorro da supervisora. O sonho assume um ato interpretativo sem que seja preciso enunciá-lo. Introduce-se (o sonho) nesse misterioso jogo em que o supervisionando é interpretado pelo analista supervisor sem que esse último o saiba. O sonho, o lapso, o esquecimento, o chiste tocam o ponto cego daquele que fala. Em nosso caso, da terapeuta que se vê interpelada por seu sonho narrado na sessão de supervisão, situação suportada pela transferência que faz falar. O sonho libera o terapeuta da posição imaginária do objeto do fantasma do paciente que ele encarna sem saber, colocando em jogo seu sintoma que deverá desdobrar-se em outra cena em sua análise pessoal. A esse respeito, cito Paola (2001, p. 64):

[...] não há mais resistência que do analista e é impossível que exista algum analista liberado da possibilidade do obstáculo. Não há analista que não apresente obstáculo, na medida que a dimensão que imprime a estrutura é falhada. A relação a essa falha não é a mesma havendo transcorrido uma análise de controle, mesmo que essa falha não desapareça nunca.

O autor considera, no entanto, que o simbólico do lapso possibilita um deslocamento da situação inicial em que o terapeuta porta uma identificação ao objeto imaginário [i(a)] do fantasma do paciente, cabendo ao analista supervisor a habilidade de ajudar a descobrir essa mistura imaginária. No caso que estou discutindo, posso afirmar que em diversas ocasiões de supervisão, privilegiei, antes que o relato das sessões, a fala da terapeuta quanto a sua angústia em relação ao que escutava de seu paciente. Meu intuito era o de justamente ajudá-la a separar-se subjetivamente do discurso do outro representado pelo paciente, remetendo-a a sua análise pessoal para, desde esse lugar, tomar sua palavra de sujeito. Como escreve Zuberger (2001, p. 48): “Faz falta a um supervisionante que fale, que sustenha francamente sua pergunta para que o analista de controle possa intervir com sua leitura que faz corte, que baliza o gozo.” Segundo esse autor, uma leitura que possibilita o corte tem o mesmo efeito que a interpretação em análise.

De outro modo, o supervisor não está imunizado quanto à sua submissão às formações do inconsciente, como ocorreu numa situação de supervisão. A terapeuta

L. buscou supervisão para a paciente M., de 47 anos, que chegou à Clínica com queixa de ‘transtorno do pânico’ e foi tomada em tratamento depois de um período de Entrevistas Iniciais. A paciente contou que a primeira crise de pânico aconteceu no trabalho, onde desempenhava as funções de acompanhante terapêutico: taquicardia, palidez, sensação de que ia morrer [sic]. A partir daí, M. passou a usar medicação sendo que, ironicamente, na clínica em que trabalhava, ela era a responsável pela medicação dos pacientes que acompanhava. Mas, por causa de seu tratamento na Clínica da UFRGS, conseguia se manter no trabalho. Referia que sua história era uma história de abandono, pois tinha apenas 17 anos quando sua mãe morreu sendo que, em seguida, seu pai saiu de casa. M. então, casou-se com um colega de trabalho e teve três filhas com ele. Quando chegou à Clínica, fazia dez anos que seu marido a tinha abandonado, mas ela estava vivendo com um companheiro. Sobre seu trabalho, M. referia que, quando chegava em casa, costumava trancar-se no quarto para separar-se das situações de trabalho que a estressavam muito. A terapeuta associa com a cena que a paciente havia contado sobre quando seu pai bebia e brigava com sua mãe, quando ela ia para o quarto e tapava a cabeça com um travesseiro para não escutar. Contudo, como esta não foi uma associação da paciente, deixamos ‘à espera’.

Espera que evidenciou-se por uma ausência de cinco meses às sessões de supervisão. Quando a terapeuta voltou a buscar escuta, perguntei o porquê deste longo hiato, sendo que obtive como resposta que “tudo estava muito tranquilo” e também porque nada de novo acontecia no discurso da paciente. L. só buscou supervisão quando escutou um deslocamento no discurso de M. que não só não apresentava mais os sintomas com que chegara à Clínica, como também voltara a estudar e começara a escrever sobre questões de seu trabalho de acompanhante terapêutico, apresentando-o em outras cidades do Brasil e da América Latina.

Nessa sessão de supervisão, a terapeuta perguntou-se sobre a tranquilidade que havia referido ao justificar o fato de não ter procurado supervisão por cinco meses, pois eu havia lhe dito que temos de desconfiar de certezas deste tipo. Neste momento, mostrou-se angustiada o que me pareceu um efeito de minha pontuação.

Durante essa mesma sessão de supervisão, quando me dirigi à terapeuta, disse: “O importante é que ela (a paciente) está falhando”, quando quis dizer que

“ela estava falando mais” (associando mais). Enfim, quanto ao meu ato falho, me perguntei o que estaria falhando nesta situação? O que estaria se denunciando pelo meu ato falho na sessão de supervisão? De que falha se trataria? Somente dos cinco meses de falha da terapeuta às sessões de supervisão ou de algo para além disso? Enfim, como ato falho não se explica e sim se analisa, ficamos com os efeitos propiciados por ele nas perguntas que surgiram durante nosso trabalho de supervisão. No caso, o lapso da supervisora não estaria a serviço de auxiliar a terapeuta a lidar com o seu imaginário de considerar que quando tudo está muito tranquilo com sua escuta não é preciso buscar supervisão, sendo que a experiência nos mostra que é justamente o contrário? Não teria enfim, meu ato falho a intenção de balizar o gozo presente nesta acepção de tranquilidade? Não teria ele um efeito de corte, como lembra Zuberma (2001)?

Meu ato falho pode ser tomado também como uma interpretação, uma manifestação do inconsciente que disse em ato o que não me autorizei a dizer de fato por ver-me envolvida no enredo de uma diferenciação entre análise terapêutica e situação de supervisão.

É claro que, emergindo quando não se espera, o inconsciente dá mostras de sua atemporalidade e da submissão a ele independentemente do lugar que cada um ocupa na vida.

Por aí, depreende-se que há uma ética em jogo na situação de supervisão psicanalítica de tratamentos. Ao supervisor - desde sua experiência enquanto *Erfahrung*, desde sua condição de analisante dessa mesma experiência, desde seu percurso prévio de supervisionante - é preciso que se defronte com o limite, às vezes tênue, que separa seu fazer em supervisão de sua prática de escuta de pacientes. É preciso vigilância ética em não tomar o terapeuta que busca supervisão como seu paciente, pois não saber de seu limite, conforme Zuberma (2001), é uma resistência do analista de controle.

A terapeuta V., após dois anos de supervisão, decide inserir recortes do material clínico do paciente A. em sua monografia de conclusão do curso de graduação. A escrita da monografia foi orientada por outro colega e somente tomei conhecimento dela após sua conclusão quando a terapeuta me forneceu uma cópia.

Ao efetuar a leitura desse escrito, pensei na possibilidade simbólica que se instituiu por essa via, do distanciamento que a terapeuta pôde fazer ao teorizar sobre o que, no início de nossas sessões de supervisão, aparecia como angústia portada por ela em relação ao fantasma de A. A escrita, ao instaurar o esburacamento do texto da repetição referida pela terapeuta, no início de nossos encontros, permite que ela busque em outros (na teoria) uma autoria própria. Como ela escreve: “Os casos apresentados são bem ilustrativos desse *a posteriori*”.

Ora, como lida o supervisor com a consignação de seu nome num escrito dessa natureza, sob a insígnia de ‘agradecimentos’? De que gratidão se trata, nesse caso? A que se refere o fato (registrado no agradecimento) de eu “ter podido escutar sua angústia de início de prática, bem como ajudado a pensar prática e teoricamente na direção da cura”? É claro que acredito no que escreve a terapeuta, mas minhas próprias questões me obrigam a ir mais longe e encontro um certo alento em Marrone (2001), quando traz a questão da “invenção” para o campo da supervisão. Textualmente: “A análise de controle aponta fundamentalmente à recuperação da invenção. Desde a segunda escuta por um efeito sublimatório despeja a inibição da primeira e com ela transforma o visível em legível, enfrentando assim a opacidade do narcisismo” (MARRONE, 2001, p. 27).

Acredito que Marrone, ao trazer a questão da opacidade do narcisismo, esteja nos alertando para a importância dessa segunda escuta que surge na situação de supervisão em que a temporalidade da transferência que aí se estabelece, abre uma brecha que torna factível o ato (de palavra ou de silêncio) do supervisor ou do terapeuta como possibilidade de invenção. E tomo aqui o texto escrito pela terapeuta como seu ato de invenção. E também como ato que me leva a apesar de qualquer apelo ao meu narcisismo quando verifico que o paciente ‘inventado’ por V. em seu escrito, é a sua própria ficção sobre ele, nada tendo a ver com qualquer possibilidade de aprendizagem nas sessões de supervisão.

G., jovem terapeuta, me procura no início de sua prática na Clínica, para falar sobre um paciente de 61 anos. A princípio, a idade do paciente não é invocada mas, na segunda sessão de supervisão, a questão surge como o discurso do paciente sobre jovens que se drogam e ficam pelas ruas sem orientação, que é escutado pelo terapeuta como discurso moralista. Também quando o paciente, que

professa a doutrina espírita, diz ao terapeuta que se os médicos e psicólogos estudassem tal doutrina dariam vinte passos ao invés de um. A escuta desses recortes de discurso, começam a inquietar o terapeuta que levanta a eventualidade de sua idade cronológica como um obstáculo na condução do tratamento. Diz: "Acho que ele (o paciente) me coloca no lugar de um neto, parece que está me dando conselhos, me ensinando sobre a vida no tempo em que ele era moço." O tempo tomado na dimensão cronológica e na relação direta à pessoa do terapeuta que, propositalmente adjectivei de 'jovem', só pode se referir a uma instância imaginária. Em aceitando o discurso do terapeuta como verdade, estaríamos incorrendo em crasso engano e desacreditando tudo o que nos postula a psicanálise sobre a atemporalidade do inconsciente.

A pergunta que se coloca, então, é como instituir uma outra leitura sobre este assunto, na situação de supervisão, sem ocupar um lugar pedagógico? Ademais de que o terapeuta parecia portar uma crença de que as produções do paciente apontavam para esta questão temporal cronológica. Como exemplo, o sonho tido pelo paciente aos 20 anos que se repete aos 35 anos. Na repetição estaria a cristalização do tempo?

D'Agord (2005) nos lembra da reciprocidade que há na consideração aos sentimentos, tratando-se da transferência imaginária, momento em que a palavra é tomada para veicular a relação dual, simétrica. E, do outro tempo em que a palavra assume o lugar terceiro possibilitando a relação de sujeito a sujeito, situando "o sujeito que fala e, ao mesmo tempo, seu destinatário" (D'AGORD, 2005, p. 111).

Volto então à questão que antes coloquei sobre como intervir num discurso tão tomado de certeza imaginária na acepção de que o discurso do paciente se dirigia à pessoa do terapeuta.

Fédida (1991b, p.225) toma a palavra no sentido de que ela pode provocar imagens no analista e apresenta um recorte de uma situação de supervisão onde essa acepção é exemplificada:

De fato, durante as sessões, a analista havia constatado que, nos momentos em que o paciente encontrava-se mais fechado em si mesmo, seu silêncio ou seu sono podiam provocar nela imagens de um retorno auto-nutritivo por meio dos ruídos produzidos ao fungar ou engolir.” Imagens que a analista [...] “só conseguiu figurar com palavras que nomeavam esta estranha alimentação de si [...] por meio das misteriosas substâncias internas do corpo (FÉDIDA, 1991b, p. 226).

O autor considera que a situação de supervisão desempenhou papel determinante na produção dessas formas para a analista. A supervisão, desde o lugar de uma segunda escuta, ajudou na ressignificação das imagens suscitadas no trabalho solitário do consultório.

G., para além da supervisão individual, decide discutir suas perguntas sobre o paciente numa reunião clínica onde, como descrevi antes (capítulo 1, item 1.2.1.1), participam todos os terapeutas das diversas ênfases que compõem o corpo da Clínica. Nessa oportunidade, recebeu diversas pontuações e surgiu também a questão que estou problematizando quanto à idade do terapeuta. Acredito que tenha sido um momento importante de interlocução em que, ao expor sua leitura sobre o paciente, trazendo suas perguntas, o terapeuta se põe num lugar de não conhecimento na busca de construir algum saber sobre o paciente.

Como no exemplo anterior, G. também decidiu utilizar recortes do tratamento desse paciente em sua monografia de conclusão de curso. Ambas as situações, uma pela ampliação do campo de escuta e a outra pelo distanciamento crítico produzido pela escrita, com certeza, constituíram-se em momentos privilegiados de possibilidade de esburacamento do discurso da certeza. Na escrita de G. surge a ressignificação: “Falo aqui de um caso do passado. Um caso do passado que se mantém no presente [...] um caso interrompido que pude continuar.” Afinal, como segue o autor: “Sempre podemos fantasiar que, quando refletimos e escrevemos sobre pacientes [...] o trabalho clínico foi levado adiante”.

Os dois recortes problematizados me levam a algumas considerações a respeito da questão condutora deste ensaio, qual seja, sobre os tempos e a qualidade da transferência na situação de supervisão psicanalítica de tratamento. Uma primeira constatação: em ambos os casos, os terapeutas transformaram em escrito as inquietações surgidas nas sessões de supervisão. Uma leitura que

privilegiasse o pedagógico, o conhecimento, a transmissão de informações, poderia apontar que a supervisão não ajudou os ‘jovens’ terapeutas em sua angústia de iniciantes. Ao não propor respostas, a situação de supervisão psicanalítica de tratamentos, mantém-se fiel à causa do inconsciente que lida com o saber não sabido. É claro que, no *setting* de supervisão, muitas vezes, o supervisor, desde sua ‘maior experiência’ se vê tentado a responder pela via do conhecimento acumulado. Não é menos verdade também que, em algumas ocasiões, é preciso recorrer ao Outro da teoria, é preciso remeter o terapeuta à sua análise pessoal, é preciso consolar dizendo que todos não sabemos *a priori*.

Aqui, pode-se fazer a digressão de que existem três tipos de saber: o saber suposto a alguém apoiado na transferência imaginária; o saber insabido do inconsciente, apoiado na teoria do significante e o saber que advém da experiência – *Erfahrung*. Pois bem, na situação psicanalítica de supervisão de tratamentos, acredito que o supervisor é convocado a lidar com estes três tipos de saber. É claro que a separação entre eles é apenas didática, pois, na prática, encontram-se presentes numa mesma sessão de supervisão.

Quando um terapeuta procura um colega para falar sobre sua ignorância a respeito de seu paciente, está supondo ao outro um saber sobre a teoria, sobre a técnica, sobre a experiência e, quiçá, sobre si mesmo (o terapeuta). O ponto crucial da questão é o supervisor trabalhar desde uma ética que o situa também como o que ‘não sabe’, que não tem receitas formuladas para responder desde um saber acabado.

Durante a escrita dessa dissertação, citei autores, especialmente Freud e Fédida, que propõem o trabalho de construção à psicanálise. O primeiro, em relação à própria prática clínica, demonstrando que a direção do tratamento vai se construindo à medida da escuta do analista. O segundo, aplicando essa teoria à construção do ‘caso’ em psicanálise, permite um deslocamento dessa noção de construção para a situação de supervisão.

Chemama e Vanderersch (2007) no vocábulo ‘transferência’ de seu dicionário de psicanálise, falam em “estado de saber” sobre a posição do analista em suas relações pessoais com os outros. Tomo de empréstimo a expressão para

transferí-la ao que, na minha leitura, ocorre na situação de supervisão psicanalítica de tratamentos quanto à suposição de saber. Diria que o supervisor está 'em estado de saber', pois ele também não sabe. Assim, o que lhe resta é ostentar-se como alguém que pode auxiliar na construção de algum entendimento sobre as perguntas que irão se formular sobre o 'caso' e na invenção de algum dispositivo ficcional para dar conta da direção do tratamento, como o fizeram os terapeutas V. e G.

Conforme escrevi antes, a transferência na situação psicanalítica de supervisão de tratamentos, pode se apresentar com os matizes de imaginária ou simbólica, conforme os encaminhamentos que vão acontecendo na sessão de trabalho e a condução do supervisor. Contudo, acredito que a transferência de trabalho sugerida por Lacan, quando da fundação de sua escola de psicanálise, mostra-se a concepção mais apropriada para a situação de supervisão por apostar na relação entre os analistas. Assim sendo, parece haver aí uma suposição de que os sujeitos implicados nas situações de trabalho em psicanálise, estejam submetidos a um certo 'saber fazer aí' com a situação.

Domb (2001) pergunta-se sobre as diferenças entre a análise pura e a análise de controle. Considera a questão da transferência em sua suposição de saber ao analista de controle, porém de outro modo. Neste caso, remetendo a uma circunstância muito particular onde o que busca supervisão não vem produzir uma transferência de seu saber inconsciente ao analista de controle. Busca ali um saber que vem da experiência do outro que possa ajudá-lo a ler no 'material' o saber inconsciente de seu paciente e a trabalhar os obstáculos que se apresentam na direção da cura que está conduzindo.

O autor nos alerta, então, que a suposição de saber em jogo na situação de supervisão psicanalítica de tratamentos não é da mesma ordem da que se estabelece na situação de análise terapêutica. Nessa, a suposição está baseada na transferência enquanto demanda de amor. Na situação de supervisão, pode-se pensar num 'saber suposto à experiência', mesmo não invalidando aí uma demanda de amor.

O que se põe em jogo na situação psicanalítica de supervisão é o seu *pathos*, a dose de sofrimento portada pelo aprendente e pelo supervisor que

também é sujeito da angústia, a angústia de uma não saber quando é acionado pelo outro a prestar contas de ‘algum’ saber. Este ‘algum’ encerrando um mar de possibilidades, em que o supervisor é convocado a render contas desde seu percurso de análise pessoal, desde sua experiência acumulada e desde sua perplexidade ante o que não cessa de não se construir.

Muitas vezes, quando o *setting* de supervisão se esvazia da presença do outro, permanece cheio do vazio das perguntas que aquele não formulou em palavras mas que deixou para serem suportadas pelo supervisor.

7.3.2 Ensaio 2 - Os Efeitos da Situação de Supervisão Psicanalítica na Direção do Tratamento

*“Ein Tritt tausend Fäden regt,
Die Schifflein herüber hinüber schießen,
Die Fäden ungesehen fließen,
Ein Schlag tausend Verbindungen schlägt”.*³

O presente ensaio começa por onde se encerra o anterior, ou seja, pela questão do *pathos* que pode ser encontrado tanto na situação de tratamento quanto na situação de supervisão. Aliás, Freud, desde o início de suas elucubrações, não fez outra coisa que se preocupar com isso.

Lacan (1959-1960/1988) tece a consideração de que, para Freud, a escrita do *Entwurf* foi a primeira contenda dele com o próprio *pathos* da realidade com a qual ele lidava em seus pacientes. Talvez a assertiva lacaniana tenha a ver com o fato de, nesse período de sua vida, Freud estar muito envolvido com questões de diferentes naturezas como por exemplo, sua sobrevivência e de sua família, levando-o a praticar clínica médica para além de seu trabalho como histologista. Tudo isto associado as suas preocupações com a nascente metapsicologia, além de

³ “[...] mil fios um pedal lança
Onde as lançadeiras correm para lá e para cá.
Invisíveis os fios são urdidos
E uma infinita combinação se desenvolve.”
(GOETHE. Fausto, parte 1, cena 4).

suas ações, nessa época, estarem bastante influenciadas pela intensa transferência com o colega Fliess. Enfim, época de turbulência na vida pessoal e profissional, obrigando Freud a ter de lidar com assuntos tão diversos mas, ao mesmo tempo, tão essenciais.

A questão do *pathos* para a psicanálise permite uma leitura ampla. Freud, em seu trabalho de 1926 – A Questão da Análise Leiga – infere ser o paciente uma espécie de pesquisador destacando o valor da palavra, da confiança que o paciente deve atribuir-lhe entregando-se à regra de nada esconder de seu analista, falando tudo o que lhe vier à cabeça. Marca assim, o lugar da palavra como instrumento de trabalho do analista, porque as palavras podem tanto [...] “fazer um bem indizível [...]” quanto [...] “causar terríveis feridas” (FREUD, 1926e/ 1976, p. 214). Ademais de que, em confiando sua palavra à escuta do outro encarnado pelo analista, o paciente “[...] facilmente se tornará acessível a uma expectativa de que ter relações e trocas de pensamento com alguém sob condições inusitadas talvez possa também levar a resultados inusitados” (FREUD, 1926e/1976, p. 215). Ora, Freud, nesse momento, parece não falar de outra coisa do que da atividade de pesquisa quando se procura alguma coisa que, no início, se pensa saber e se acaba encontrando outra coisa. É o “inusitado” da pesquisa do inconsciente nos dando lições sobre a pesquisa psicanalítica. Lições que, em Freud, se revelam das mais singelas formas como por exemplo, em sua correspondência com a amiga e discípula Andreas-Salomé, entremeando entre elogios e amenidades, a revelação de seu modo de trabalho em psicanálise: “[...] a senhora observou como eu trabalho, passo a passo, sem a necessidade interior de complemento, continuamente sob a pressão do problema imediatamente à mão e sofrendo dores infinitas para não ser desviado de meu caminho” (FREUD/Lou Andreas-Salomé, 1975, p. 86). Aqui, mais uma vez se referindo à questão do *pathos* da aprendizagem, das dores que vão acompanhando o pesquisador na clínica e na produção de conhecimento como legado aos pósteros.

Montrelay (1991) chama a atenção para a interessante questão do valor da palavra do supervisor (chamado por ela de analista de controle) na escuta do terapeuta que vem em busca de supervisão. Refere que, algumas vezes, o terapeuta chega com uma frase do tipo: “Hoje não tenho quase nada a dizer, não esteve muito interessante” e se surpreende quando escuta dela que somente sobre essa frase se poderia ficar falando por horas. Bem como, na situação em que o

terapeuta chega à sessão de supervisão dizendo: "É incrível, o que falamos na semana passada, curiosamente se realizou". Porém, conforme a autora, não se trata de nenhum poder especial, "[...] simplesmente prestei atenção às palavras, a essa prodigiosa lógica que está como enrolada dentro delas", das quais apenas [...] "tirei um fio, [...] qualquer um pode proceder assim se passou por uma análise" (MONTRELAY, 1991, p. 60).

Escrevi em outro lugar (RUSCHEL, 2003) que a etimologia nos autoriza a tratar o *pathos* enquanto paixão do sofrimento, pensando no que procura ajuda para esse sofrimento, bem como naquele que se oferece ao lugar de ouvinte, valendo-se da arte do bem-dizer. Porque "[...] o que se coloca em mãos do analista em seu trabalho de recorte desse sofrimento, do sintoma que faz alguém adoecer, é a única ferramenta disponível: a (pa)lavra. Aquela que abre sulcos no discurso denso da queixa para que daí aflore a verdade sob a qual se esconde o sujeito do gozo" (RUSCHEL, 2003, p. 14). Nesse texto- que escrevi a propósito de uma jornada de psicopatologia acontecida na Clínica- narro uma experiência de escuta em plantão, ocasião em que um jovem que batizei de Ulisses, veio procurar ajuda para o sofrimento agudo da perda de sua Penélope, mais jovem ainda do que ele. No texto, trato sobre a escuta desse Ulisses ensandecido de dor, que me pergunta quanto tempo dura "isto". "Isto", o inominável da dor, que me faz dar-lhe o nome de luto. Só o próprio tempo dirá qual o tempo da dor de Ulisses. A mim, só restando oferecer-lhe o único de que disponho, um pouco de meu tempo e de meu ouvido para além do momento de plantão. Quando se encerra esse tempo de emergência (o plantão) e Ulisses se vai, deixa-me um pouco de sua dor. Desejei que ele voltasse, embora tivesse me dito que já estava melhor e que não acreditava em psicólogos. Pensei no desejo do analista, essa ficção da psicanálise, que faz com que uma análise ande com e apesar do analista. Lembrei também de Lacan quando nos fala, no seminário da transferência, aludindo à figura de Sócrates, sobre que, de todos os desejos, o mais forte deve mesmo ser o desejo de morte. Afinal, os mortos dos analisantes não se enterram facilmente, estão presentes nas sessões.

Escrevo ainda:

Cada condução de uma análise é, para o analista, a experiência de seu desejo no que concerne ao ato de sua fala em suas implicações éticas. A dimensão ética, desde logo, atravessada pela direção a um certo Bem, a um certo estar melhor do que chegou (em relação ao que o paciente procura no consultório de um analista) (RUSCHEL, 2003, p. 18).

O *pathos* enquanto discurso do sofrimento, pode ser também o discurso da capacidade de lidar com ele, da capacidade de lançar mão dos instrumentos disponíveis ao tratamento.

A psicopatologia da psicanálise apresenta a condição *sui generis* de não se reger por normas ou listas elencadas em compêndios, bem como o exercício da psicanálise supõe ao aspirante ser paciente da técnica que depois exercerá. Por isso, a pesquisa psicanalítica traz em si o aspecto de indissociabilidade entre a pesquisa propriamente dita e a clínica. Talvez possa mesmo se falar em clínica da pesquisa. Como nos lembra Caon (1999, p. 38): “Na pesquisa psicanalítica, não existem cadáveres, voluntários ou cobaias. Os analisantes são invariavelmente pacientes e continuam pacientes de verdade”. Diria eu: continuam sendo pesquisadores do *pathos* que os levou ao *setting*.

De forma equivalente ao que ocorre no *setting* de tratamento, a situação de supervisão tem uma implicação de pesquisa, quando instaura o psicopatológico da própria relação entre o relato do sofrimento do paciente e o sofrimento do próprio terapeuta na incumbência de dar conta dele. Fédida (1991b, p. 231) escreve que é preciso:

[...] sustentar a idéia de que é a análise de supervisão que é instauradora e constitutiva daquilo que se pode chamar um caso na psicanálise. Pois não se trata somente de um paciente – desconhecido do analista supervisor que trata com o analista supervisionado – cuja patologia justifica a “indicação” de um tratamento psicanalítico; e tampouco trata-se simplesmente da ocorrência de uma colaboração sobre a enigmática vida psíquica deste “outro”, que se torna um caso quando os processos mobilizados conduzem ao desconhecido de um devir em e pela cura.

Nas palavras de Fédida, a situação de supervisão é instauradora da possibilidade de pensar e construir o 'caso', não somente enquanto o psicopatológico que aí possa circular, mas trazendo inúmeras outras implicações como: a transferência estabelecida com o supervisor (e sabemos que isto não é sem conseqüências), o desejo de curar do terapeuta e do supervisor, o aporte à teoria, à técnica, etc. Pode-se incluir nesse elenco também, uma outra questão importante trabalhada por Fédida (1991a) e que diz respeito à memória do terapeuta. Ou seja, segundo este autor, a memória em jogo na situação de supervisão não é a que privilegia os relatos fidedignos de sessões ou da fala do paciente, mas o que ele chama de "memória do infantil" do terapeuta. A memória fruto da atenção equiflutuante, não a atenção da consciência, mas aquela que "segue o curso de nossos pensamentos, emoções e movimentos, em resposta à associação livre que pedimos ao analisante" (MONTRELAY, 1991, p. 54), considerando que "[...] não analisamos só com o inconsciente, mas com o conjunto do que somos: incluída a consciência" (MONTRELAY, 1991, p. 56).

A "memória do infantil" destacada por Fédida, ao associar-se à atenção equiflutuante, baseia-se na escuta dos restos metonímicos trazidos à supervisão pelo terapeuta e permite ao supervisor também valer-se de artifício semelhante e desde aí poder trabalhar.

Pasqualini (1991) nos conta uma experiência de situação de supervisão em que a terapeuta traz anotações sobre o paciente e pergunta ao supervisor se este pode ajudá-la a estabelecer um diagnóstico. Ele lhe pergunta então, se ela costuma fazer diagnóstico de seus outros pacientes, ela responde que sim mas que, com este paciente, tem mais dificuldade. O supervisor sugere que talvez se trate de um "borderline" que, segundo ele, tal diagnóstico é o que nos permite sair do impasse ao borrar a fronteira entre neurose e psicose. Em sua escrita, deixa claro, contudo, que esta é uma afirmação irônica. Em seguida, toma pedaços do relato da terapeuta, ampliando-os com recordações de momentos do tratamento que estava conduzindo e assim trabalham. Conforme o autor, isto permitiu-lhes pensar diferentes possibilidades e marcar algumas hipóteses, minimizando a importância do diagnóstico e valorizando o discurso:

Quando se está falando, o relato é sustentado pelo que o enuncia e este enunciado é emitido pelo que fala e é aí onde se produz a enunciação nesse mesmo dizer; portanto, em realidade, a enunciação ficará perdida de um dizer anterior do qual, no melhor dos casos, só poderemos reter parte de enunciado que, de todos os modos, vai ficar mediatizado (PASQUALINI, 1991, p. 129).

Importante questão nos traz o autor, lembrando-nos que da fala do paciente só podemos ter o que surge como enunciado do terapeuta, possibilitado por sua memória que, ao seguirmos Fédida, deverá ser a que privilegia o “infantil”, a memória que brota da escuta equiflutuante, que, por não estar comprometida com a fidedignidade, permite a circulação das formações do inconsciente.

Recentemente, fui procurada por uma terapeuta que me demandou supervisão para falar sobre uma paciente que vem escutando em sua recém inaugurada experiência clínica. Ao declinar o nome da paciente diz: “É com ‘v’ mudo que se escreve”. Em seguida, diz: “Ela me deixou uma questão de início”. E segue falando sobre o modo como a paciente lhe foi encaminhada por uma terapeuta das Entrevistas Iniciais que lhe descreve de modo minucioso, segundo relata, situações ocorridas durante aquela escuta inicial, bem como fatos da ‘biografia’ da paciente. Neste caso, nem tão inicial a escuta referida, visto a quantidade de ‘material’ relatado à nova terapeuta pela terapeuta anterior.

Durante a sessão de supervisão, a terapeuta traz a preocupação de que a paciente fala pouco, mantém momentos de silêncio em que a olha fixamente, sendo que isto a incomoda [sic]. Como refere: “Sinto que não suporto o silêncio dela, o olho no olho”. Então, relata que diz à paciente que está ali para escutá-la e acha que disse isto porque não pode suportar o silêncio e o olhar que não sabe explicar que sensação lhe passam. Depois, arremata: “Acho que a C. (terapeuta anterior) me falou mais dela (da paciente) do que ela própria”. Tivemos aí então, um primeiro motivo de trabalho, uma primeira pergunta: o que levou a terapeuta anterior a fornecer tantas informações sobre a paciente? Falou tanto que calou a paciente? Com as perguntas, levanta-se uma outra questão, a de que um paciente vem à Clínica para falar e não para ser falado. Afinal, a paciente falada por C. é a paciente ‘construída’ por C. desde a transferência estabelecida naquela situação de escuta. A

paciente que a terapeuta em supervisão terá de escutar será outra, uma vez que se trata de outro tratamento. Aquela escuta das Entrevistas Iniciais encerrou-se.

Trabalhando então com os elementos trazidos pela terapeuta, pontuo o 'v' mudo falado por ela. O mutismo referido à paciente é que leva a terapeuta a falar em sessão e em supervisão. E o olhar da paciente que interpela a terapeuta e a desloca do lugar de escuta, fazendo-a falar, se apresenta como possibilidade de trabalho na sessão de supervisão. Digo à terapeuta que não estou lhe trazendo respostas, apenas levantando questões a partir do que pude escutar de seu relato. Ela responde que isto a ajudou a organizar a desorganização do 'montão' de coisas que tem acontecido em relação a este tratamento e situa as supervisões como um 'marco' na confusão que está sendo para ela tanto material que escuta dos diversos pacientes que começou a atender.

Quando digo à terapeuta que estou trazendo questões e não respostas, fico pensando que teria muitas outras coisas a lhe dizer, mas preferi me calar por considerar que não estou ali para ajudá-la a entender. É certo que, enquanto ela me trazia suas perguntas e me colocava o modo como havia realizado suas intervenções, muitos pensamentos foram me surgindo. Pensei, por exemplo, no longo percurso que esta jovem tem pela frente se quiser continuar a praticar clínica. Pensei também na transferência imaginária que convoca a reciprocidade e que, nesse caso, transparece pelo incômodo do olhar da paciente. Porém, não me compete ocupar o lugar de transmissão de conhecimento, tampouco o de modelo. Concordo que tudo o que se pensa e não se diz ou, ao contrário, tudo o que não se pensa porém deveria elaborar-se, intervém na direção da cura. Rabant (1991) considera o impossível tudo dizer não somente em relação aos ditos do paciente, mas também aos pensamentos ou aos não pensamentos do analista (RABANT, 1991, p. 135). Eu tomaria esta aceção de empréstimo ao supervisor.

Considero que a situação de supervisão, pelos motivos aqui discutidos, tem um papel de responsabilidade na direção dos tratamentos supervisionados.

Lacan (1958) levanta a questão da demanda de cura implícita quando alguém busca uma análise. Porém, pelo fato de que o sujeito fala, sua demanda é intransitiva, "não implica nenhum objeto" (LACAN, 1958/1998, p. 623). Mas trata-se,

segundo coloca, de uma demanda que pode esperar porque não é do sujeito, pois foi o analista quem lhe ofereceu falar. O sujeito é aqui transitivo. Então, a fala supõe transitividade, pede complemento.

Na situação de supervisão, ocorre algo análogo ao que traz Lacan, no momento em que alguém procura escuta para as inúmeras questões levantadas pela clínica. E é desde um lugar transitivo que o terapeuta que busca supervisão, pode formular sua demanda de escuta. E é também desde o mesmo lugar que o supervisor pode ostentar-se como o que, de algum modo, pode auxiliar na direção do tratamento dos pacientes.

Quando L. buscou supervisão, fazia cerca de um mês que começara a escutar a paciente A., de 26 anos, que chega à Clínica encaminhada por uma instituição estadual de abrigagem. A paciente vem com diagnóstico de deficiência cognitiva e o encaminhamento aconteceu porque A., segundo a psicóloga da instituição, vinha apresentando comportamento 'difícil' na instituição, negando-se a realizar o que lhe era solicitado na casa onde morava. A terapeuta trazia como questão inicial o fato da deficiência cognitiva como um provável obstáculo à sua escuta, sendo que eu lhe disse que simplesmente escutasse o que a paciente pudesse produzir em sessão. Seguiram-se encontros mensais de supervisão, continuando a queixa quanto à negativa de A. em participar das atividades da casa. Sugeri então à terapeuta, que conversasse com a psicóloga da instituição que havia encaminhado A. e procurasse esclarecer melhor a queixa. Na seguinte sessão de supervisão, surgiu então que a psicóloga da instituição havia feito o encaminhamento porque A. estava se negando a fazer 'fuxicos', espécie de pequenas flores em tecido utilizadas para compor colchas, almofadas e outros objetos artesanais. A psicóloga desejava também que A. utilizasse os 'fuxicos' como pagamento das sessões de terapia na Clínica, uma vez que a maioria dos pacientes institucionalizados aí atendidos efetuam pagamento com produções como desenhos, colagens, pinturas, costuras, etc. Durante a supervisão, concluímos que este era o desejo da psicóloga mas não o da paciente, a qual não fora consultada sobre a questão. Parecia um desejo institucional, uma determinação que não abria espaço para a manifestação da subjetividade de A.

Uma vez trabalhada a interferência institucional, a terapeuta viu sua escuta um pouco mais aberta ao discurso da paciente, trazendo, nas sessões de supervisão, o quanto a produção discursiva da paciente era pobre. Perguntei então, o que considerava um discurso pobre e ela respondeu que A. falava sempre sobre as mesmas coisas: sobre sua história de ter uma família no interior do Estado, sobre seu desejo de voltar para lá. Conversamos sobre a repetição fazer parte da escuta de quem se propõe a trabalhar com psicanálise e sobre o tempo de cada sujeito na desconstrução e reescrita de uma história subjetiva. Mesmo assim, em alguma sessões de supervisão, eu observava um certo desânimo da terapeuta que me parecia um não crédito nas possibilidades subjetivas da paciente. Como eu trouxe antes a respeito de Lacan, uma não crença na possibilidade transitiva de A.

Quando fazia cerca de um ano que L. havia iniciado as supervisões, ela trouxe uma situação que, segundo descreveu, mostrou uma 'atrapalhão' [sic] na escuta da paciente. Foi quando A. lhe contou que iria para o COPA e a terapeuta, sem saber do que se tratava, começou a trazer possibilidades. Conforme narrou em supervisão, falou em copa, lugar de venda de bebidas e comida, durante festas, falou em Copa do Mundo de futebol, sendo que a paciente demonstrava não entender sobre o que L. falava. Durante a sessão de supervisão, L. deu-se conta de que falou demais, não deu espaço para o discurso da paciente e chegou a dizer que tudo isto aconteceu porque considerava não estar ajudando a paciente por ver-se incomodada com suas repetições que pareciam não produzir nada. Falamos então, sobre os significantes seus (de L.) que ela estava tentando colocar para a paciente, ao invés de escutar o que a paciente poderia trazer, mesmo que ela não trouxesse o que a terapeuta julgava ser o desejado. Sugeri que, mais uma vez, buscasse junto à instituição as informações que considerava importantes, ou seja, sobre o que seria a tal ou o tal COPA. Na sessão seguinte, L. chega dizendo que a supervisão havia ajudado muito a dar-se conta do quanto estava angustiada e não acreditando que A. fosse capaz de produzir alguma coisa como sujeito, do quanto estava tomada pelo diagnóstico de deficiência cognitiva e que estranhava isto porque não era uma terapeuta iniciante, que, além de clínica privada, trabalhava num serviço público de saúde e, portanto, não entendia porque acontecera este episódio em relação a essa paciente. Mas que, seguindo minha sugestão, esclarecera com a monitora que COPA era a sigla para 'Centro Ocupacional de Porto Alegre', uma oficina abrigada

destinada à profissionalização de pessoas portadoras de deficiência que, com trabalho em atividades como montagem de objetos de madeira, recebem remuneração além de participarem de momentos de recreação e artes. Enfim, uma vez decifrado o enigma, L. podia restabelecer sua escuta acrescida da constatação de que, se A. havia sido encaminhada para uma instituição como aquela, é porque tinha possibilidades de produzir e, mesmo que de modo informal, participar do mercado de trabalho.

Considerarei esta sessão de supervisão como um marco na escuta de L., a partir dessa constatação de que A. não era um diagnóstico e sim um sujeito que nascia no momento em que pudesse ser escutada como tal. Em seguida do início do trabalho de A. no COPA, a paciente começa a trazer a questão de que iria receber dinheiro e que queria pagar por seu tratamento. Como ela não possuía o conhecimento sobre o valor das notas, a terapeuta começou a trabalhar isto em sessão para, juntas, decidirem quanto A. poderia pagar. Esse passou a ser o mote de muitas sessões de tratamento até que, numa delas, A. trouxe algumas notas de dinheiro e as entregou à terapeuta para que ela escolhesse. A terapeuta discutiu com ela sobre o valor das notas e perguntou quanto A. pensava que poderia pagar. Juntas decidiram um valor que A. pediu que fosse mensal porque só recebia seu salário ao final do mês.

Com a introdução do dinheiro na vida de A., outros conteúdos começaram a surgir, como por exemplo, o uso dele. Disse que iria comprar coisas para si própria como roupas, maquiagem, bijuterias, enfim o que nos pareceu um desejo de investir na feminilidade (a terapeuta contou que a paciente tinha um aspecto em que não se notavam traços de vaidade feminina). Surge, de modo concomitante, que A. vai comprar um presente para R., um colega do COPA com o qual estava namorando, despontando, pela primeira vez desde o início do tratamento, a questão da sexualidade. E este foi um outro ponto importante no tratamento quando a paciente começou a trazer em sessão sobre seus namorados: do primeiro, referiu ter-se separado porque era “muito passado, só queria ficar beijando e passando a mão” [sic]. Estava então, com outro que, segundo ela, sabia tratá-la com respeito. E, com a possibilidade de falar em sessão sobre assuntos que diziam respeito à sua sexualidade, A. trouxe associações sobre os abusos que sofria na infância e

adolescência por parte de seu pai que “queria fazer um filho nela”, provável motivo que levou à sua internação no sistema de abrigamento do Estado.

E, assim seguiram-se muitas sessões até que surgiu, em supervisão, outro momento em que a terapeuta mostrou-se bastante angustiada. Contou que A. vinha falando em sessão que, agora que estava ganhando dinheiro, iria voltar para sua terra (no interior do Estado) e que iria fazer isto nas férias, que sua irmã lhe telefonara pedindo-lhe que voltasse para sua cidade. Também dizia que “tem um COPA lá” (em sua cidade). Como a terapeuta sabia que a instituição de abrigamento não conseguiu estabelecer nenhum contato com a família de A., durante todos os anos em que esta se encontra lá, temeu pela certeza demonstrada pela paciente em sua afirmação. Perguntei se ela estava pensando numa certeza psicótica e a terapeuta se disse em dúvida. Sugeri então, que pensasse na possibilidade de encaminhar A. para uma apresentação de paciente, atividade que ocorre mensalmente na Clínica. A minha sugestão teve como objetivo auxiliar a terapeuta a pensar A. em sua produção discursiva e não como um diagnóstico. Nessa sessão de supervisão, conversamos sobre a atividade de apresentação de pacientes, sendo que a terapeuta ficou de pensar sobre o que eu havia sugerido. Quando me procurou novamente, referiu haver chegado à conclusão de que a apresentação de paciente ajudaria A. mas, sobretudo a ela (L.) em suas dúvidas. Encarregou-se então, de marcar a atividade que aconteceu no mês de dezembro.

Caon (1999) inclui a apresentação psicanalítica de pacientes na situação de pesquisa psicanalítica dura, considerando-a um retorno à pesquisa do psicopatológico freudiano e ao real laciano. Conforme ele: “A apresentação psicanalítica de pacientes estrutura-se a partir de quatro lugares: o do público; o do paciente; o do apresentador do paciente e o do entrevistador psicanalítico. Sendo que, o texto falado e gravado torna-se objeto de análise de discurso [...]” (CAON, 1999, p. 50).

Concorde com esse pressuposto teórico, a atividade de apresentação psicanalítica de pacientes, acontece na Clínica de Atendimento Psicológico há vários anos. E, na situação que estou descrevendo, mostrou-se, em minha leitura, um precioso auxiliar clínico. A paciente chegou pontualmente, aceitou sem reservas as informações da terapeuta sobre a entrevista e falou de modo espontâneo com o

entrevistador. Na entrevista, trouxe conteúdos discursivos semelhantes aos que recentemente havia trazido nas sessões com sua terapeuta: sobre seu trabalho no COPA, sobre seus namorados, o primeiro como o 'passado', o segundo como o que a respeitava; falou também sobre o abuso infligido a ela pelo pai que "queria fazer um filho nela" e sobre seu desejo de reencontrar sua família. Enfim, tomei a atividade de apresentação de paciente como um precioso auxiliar no impasse surgido em situação de supervisão. A terapeuta ficou muito bem impressionada com a experiência, chegando mesmo a agradecer pela minha sugestão de viabilizá-la, considerando que teria efeitos na escuta de sua paciente.

A atividade teve também efeitos sobre outros terapeutas da Clínica presentes ao evento. Mostraram-se impressionados com o discurso produzido pela paciente, considerando o que eu havia acrescentado, durante os comentários, sobre o modo como era falada pela instituição que a encaminhou. Foi importante para a audiência perceber como, de uma escuta que privilegie o discurso, pode nascer um sujeito.

No momento de discussão, ocorreu a participação de uma professora da graduação que acompanhava alguns alunos que assistiram a atividade como parte da disciplina de Psicopatologia, trazendo que, na atividade de apresentação psicanalítica de pacientes, lidamos com o sujeito do sintoma ao invés do sintoma do sujeito.

Quanto a mim, incrementou-se a constatação sobre o quanto um diagnóstico pode ser restritivo, embotante e contaminante, obstruindo a escuta dos significantes. Foi o que ocorreu no início do tratamento de A., na Clínica, quando se produziu uma colagem do discurso da instituição sobre ela com a escuta da terapeuta. A. era, inicialmente, alguém que atrapalhava na casa onde morava ao negar-se a fazer 'fuxicos'. Estes aliás, se tivessem sido escutados como significantes, certamente, poderiam ter produzido muitas questões durante as sessões de tratamento de A. Como nos lembra D'Agord (2005, p. 109) de "Que sempre que alguém é tomado por objeto, perde seu lugar de sujeito, de participante ativo e autor de sua história".

Acrescento aos recortes trazidos neste capítulo, a experiência que descrevi pormenorizadamente no capítulo seis dessa dissertação, sobre um final de

tratamento, quando recorremos (o terapeuta e eu) a uma escuta terceira que nos auxiliou nos momentos de impasse. Nos momentos em que as perguntas não cessavam de não se inscrever e que nos levaram a buscar um outro ouvido para balizar o impossível de tudo dizer com que, seguidamente, a clínica nos defronta.

A direção de um tratamento, estando atravessada por fenômenos transferenciais, pelas perguntas que o terapeuta constrói sobre o paciente no tempo de escuta e sobre sua prática, pela angústia que porta ao procurar dar contas delas - dentre muitas outras questões - constituem o mote ao trabalho de supervisão.

Lacan (1958/1998) deixa claro que a direção do tratamento compete ao analista, advertindo, contudo, que deve dirigir a cura e não o paciente, competindo também ao analista pagar com palavras e com sua pessoa enquanto emprestando-a aos fenômenos singulares da transferência. Preceitos de difícil execução, especialmente aos iniciantes na arte da escuta do sofrimento alheio. Porque, antes das formulações de Lacan, vieram os pressupostos freudianos da análise pessoal, do estudo teórico e da supervisão dos tratamentos que o praticante se aventure a conduzir. Regras éticas que nenhuma técnica sozinha poderá dar conta, tampouco nenhum manual de instruções, pois trata-se de um processo de construção *sui generis* cuja aposta reside nas possibilidades do inconsciente e de sua veiculação nos fenômenos da linguagem.

Acredito que a escuta segunda (como considero a situação de supervisão) ou mesmo terceira (como os exemplos trazidos da escuta de um outro psicanalista sobre um material que eu estava supervisionando e também a apresentação psicanalítica de paciente), fazem sentir seus efeitos ao terapeuta em sua prática, intervindo na direção do tratamento.

Como escrevi antes (capítulo 6), o distanciamento estabelecido em relação ao 'material' que o terapeuta trouxe em supervisão, sofreu os efeitos de escutar-se no outro e de interrogar-se no que escutou como produção do discurso de seu paciente nesse atravessamento de uma escuta para além do *setting* de tratamento e para além do *setting* da situação de supervisão. Tratou-se da escuta de um discurso em uma resignificação dele numa temporalidade que lhe conferiu um novo sentido. Momentos de excelência na constatação da 'falta a ser' constitutiva do sujeito da

psicanálise da qual não escapam nem o paciente, nem o terapeuta, nem o supervisor.

7.3.3 Ensaio 3 - A Supervisão Psicanalítica na Prática 'Extra-Muros'

Este ensaio versará sobre uma recente experiência de participação nas *Jornadas comemorativas dos 30 Anos da Clínica de Atendimento Psicológico*, ocorridas no mês de outubro de 2007, momento de trabalho que congregou a presença de psicanalistas da Escola Freudiana de Buenos Aires e da Clínica de Atendimento Psicológico.

Fui convidada a fazer a leitura de um material clínico de paciente escutada por um psicanalista da Escola Freudiana, sendo que a forma de trabalho constituiu-se de mesas com a participação do psicanalista cujo material clínico estaria sendo discutido e com dois outros analistas que realizaram a discussão do mesmo material. Assim, coube-me discutir o material da paciente D., escutada pelo psicanalista Adrián Dambolena, tendo como outro companheiro de mesa o psicanalista José Zuberma. O material clínico, que recebi por escrito com antecedência, consta como anexo nessa dissertação.

Considerarei assaz interessante a forma de trabalho delineada pelos organizadores das *Jornadas*, favorecendo uma experiência ímpar entre analistas de instituições que se dedicam ao estudo e à prática da psicanálise. A Escola Freudiana de Buenos Aires, instituição de caráter privado e a Clínica de Atendimento Psicológico, instituição pública ligada à universidade, ambas são lugar de circulação do discurso psicanalítico e de transmissão da psicanálise.

Denominei a atividade de experiência 'extra-muros' justamente pela possibilidade de trabalho com analistas de outro país, de outra língua, de outra instituição, mas tendo em comum estarmos todos submetidos ao significante 'psicanálise'.

Quando realizei a primeira leitura do material clínico da paciente D., escrito em espanhol - língua materna da paciente e do analista - embora consiga ler com relativa facilidade naquela língua, deparei-me com inúmeros vocábulos tipo 'gíria', cujo sentido tem sua particularidade em cada língua. A princípio, preocupei-me com isto e precisei então, recorrer a um dicionário de 'lunfardos' (gíria), que me auxiliou na decodificação e na contextualização dos vocábulos.

Tratava-se de um material clínico bastante denso, que o analista descreveu de maneira minuciosa, a meu ver, dirigindo-se ao leitor que o trabalharia à distância. Quando li, pela primeira vez, o recorte clínico a respeito da paciente D., foram surgindo inúmeras possibilidades de como pensá-lo. Contudo, alguns elementos foram se delineando à medida em que efetuei releituras dele. Vou trazê-los como forma de poder organizar as idéias, procurando articulá-los num texto.

A relação de D. com sua mãe chama a atenção pela identificação. Unem-se pela solidão, pela loucura, pela repetição, pela metonímia (mãos), pela dor. Como pano de fundo, temos uma morte anunciada da mãe, uma *lettre en souffrance* e a presença constante de uma outra.

O analista refere que D. procura análise dez anos depois da morte da mãe, aos 34 anos. Uma primeira pergunta seria sobre o que ela teria feito de sua vida neste lapso de tempo de dez anos. Contudo, como esclarece Adrián, ela cursou a faculdade de Educação Física e, quando buscou tratamento, cursava o último ano de licenciatura em Fisioterapia sendo que, mais tarde, concluiu os estudos de pós-graduação em Osteopatia, especialidade da Fisioterapia que se dedica a tratar dores do corpo com manobras manuais.

Este primeiro recorte que aponta para o tempo após a morte da mãe da paciente, me faz lembrar do início do trabalho clínico de Freud. É durante o tratamento de uma de suas primeiras pacientes, Frau Emmy von N., que ele é instigado a considerar que, apesar do sofrimento psíquico, a paciente conseguia se desincumbir do cuidado das filhas, administrar sua indústria e não se descuidar da correspondência com pessoas de suas relações. Estamos então, em 1888 e Freud já alude à questão da 'miséria psicológica' que, segundo ele, ainda não se observava naquela paciente (FREUD, 1893a/1969, p. 151). E esta será uma questão

importante retomada por Freud, em 1912, nas “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise”, quando refere que o médico já deve se dar por satisfeito se o tratamento auxiliou o paciente a reconquistar um certo grau de capacidade para o trabalho e divertimento (FREUD, 1912e/1969, p.158).

D. conseguiu se ocupar dos estudos após a morte da mãe, parecendo demonstrar investimento em sua vida. Mas será que isto não teria sido um modo de continuar fiel à mãe morta que lhe pede numa carta que “seja boa na vida”?

Também a escolha profissional se vê atravessada pela identificação com a mãe. Uma profissão que implica na manipulação do corpo, especialmente em suas dores, mantém D. apegada à sua mãe que sempre se apresentou como alguém possuída pelo sofrimento de um casamento fracassado e de uma vida amorosa que ela não conseguiu reconstruir. Manipular o corpo do outro “com boa mão” [sic], assegura-lhe a manutenção de uma relação metonímica com a mãe. Das mãos da mãe cai também a contradição: mãos que acarinhavam a filha de modo intenso (“Mi mamá era muy franelera” [de ‘franelera’ diz o dicionário: que manuseia, que se esfrega em alguém; significa também excitar-se através de carícias]) (CONDE, 2004), mas que também lhe batiam com um cinto; mãos que cozinhavam alimentos gostosos no sábado, mas não nos dias de semana; mãos que embelezavam a mãe para dançar tango no sábado, mas durante a semana a colocavam de camisola para encerrar-se no quarto; mãos que empunharam um revólver para matar-se e que escreveram uma carta anunciando sua morte; mãos que prepararam uma geladeira cheia de comida que deixa como herança para a filha mais nova. Na comida, a ligação essencial da mãe com a filha: a geladeira cheia não estaria a serviço da não separação? Perenizando-se como a nutriz insubstituível, para além de seu desaparecimento físico, a mãe de D. garante sua permanência na vida da filha e influencia também sua escolha amorosa. Seu namorado, T., não consegue ficar com ela porque escolhe ficar com a mãe dele.

Assim também a convivência com a mãe de D. era enlouquecedora [sic]. É enlouquecedor não poder separar-se. Lembro do texto de Proust, *No Caminho de Swann*, na bela descrição que ele nos faz da angústia que tomava o menino no momento que antecipava sua separação cotidiana da mãe, expressa pelo tão esperado beijo de boa noite. A antecipação já se dava à hora do jantar:

Eu não desviava os olhos de minha mãe; [...] para não contrariar meu pai, mamãe não me deixaria beijá-la várias vezes diante dos outros, como se fosse em meu quarto. E prossegue o autor na descrição da angústia do personagem: '[...] me prometia a mim mesmo, quando começassem a jantar e eu visse aproximar-se a hora, tirar antecipadamente daquele beijo, que seria tão breve e furtivo, tudo o que eu lhe pudesse tirar sozinho: escolher com o olhar o ponto da face que beijaria, preparar o pensamento para que pudesse, graças a esse começo mental de beijo, consagrar todo o minuto que mamãe me concederia a sentir sua face contra meus lábios [...]' (PROUST, 1982, p. 21).

A fugacidade do encontro, no entanto, logo cederia lugar à tão detestada separação, fazendo o menino ruminar sua tristeza no momento em que se dirigia para o quarto à espera do beijo materno:

[...] tive de subir cada degrau 'contra o coração' como se diz, subindo contra o meu coração, que desejava voltar para junto de minha mãe porque ela não lhe havia dado, com um beijo, licença de me acompanhar. Essa escadaria detestada que eu sempre subia tão tristemente, exalava um cheiro de verniz que havia de certo modo absorvido e fixado aquela espécie particular de mágoa que eu sentia cada noite [...] (PROUST, 1982, p. 21).

O desalento do pequeno cuja separação temporária da presença materna é tomada como um ato irreversível faz lembrar da questão trabalhada por Freud em 1895, sobre o *Hilflosigkeit*, o desamparo constitutivo dos seres humanos. Experiência reservada aos seres humanos por sua prematuração, esse desamparo originário será responsável pela primeira relação de objeto presentificada pela mãe como representante do outro ser humano semelhante que será, a um só tempo, objeto de satisfação e objeto hostil.

Lacan considera essa prematuração específica do nascimento no homem como uma dialética temporal do drama do estágio do espelho porque o sujeito, segundo ele, se torna uma presa da ilusão da identificação espacial, maquinando fantasias desde uma imagem fragmentada do corpo até uma forma ortopédica de sua totalidade, culminando com a armadura de uma identidade alienante (LACAN, 1949/1998, p.100). No entanto, Lacan (1958/1959, 2002, p.28), lembra que sobre o fundamento da *Hilflosigkeit*, se produz a angústia como um sinal no eu.

Penso na paciente D. em sua identificação metonímica com a mãe. Presa, como nos lembra Lacan, no drama humano da identificação imaginária. Destaca do corpo do outro uma parte que o representará em sua própria vida, sendo determinante em suas escolhas, como por exemplo a de sua profissão. Afinal, as mãos de sua mãe lhe inspiravam ternura: “isso eu recebi dela” [sic]. Lembremos também que, pouco antes do suicídio da mãe, esta havia demonstrado interesse pelas argolas de ouro que D. ganhara de seu pai, ex-marido da mãe. Símbolo de união, as argolas agora objeto de triangulação, aparecem como o desencadeante da morte. D. dá à mãe argolas de bijuteria, a sombra do que caberia a ela na relação com seu pai? Ao devolver-lhe as argolas, estaria a mãe anunciando o rompimento definitivo da relação de ambas, só possível com o seu desaparecimento físico?

E o que dizer sobre essa morte anunciada na carta que entrega à filha quando esta tem 12 anos? Uma *lettre en souffrance*, literalmente ‘carta em sofrimento’, que, no jargão postal, significa carta retida no correio. Carta retida por D. ao longo de doze anos, mensageira do que ela já sabia? Ou do que desejava? Quando a mãe a ameaçava, D. lhe dizia: “Mata-te, por que não morres de uma boa vez?” Ademais do fato de sua infância ter sido marcada pela sensação de que sua mãe ia se matar porque esta ameaçava constantemente fazer isto ou então desaparecer. Ameaça produtora de angústia que mergulha a criança na ambivalência medo/desejo. Além do medo do cumprimento da ameaça da mãe, tinha seu próprio medo quando ficava sozinha em casa depois de chegar do colégio. Encerrava-se e cantava em voz alta para despistá-lo. Se houvesse lido Freud saberia que “O viajante surpreendido pela noite pode cantar alto no escuro para negar seus próprios temores; mas, apesar de tudo isto, não enxergará mais que um palmo adiante do nariz” (FREUD, 1926d [1925]/1976, p. 118).

Angústia, medo e desejo, companheiros da menina D. na vida enlouquecedora com essa mãe cujo modo de amar a filha era mantê-la presa a ela pela ameaça de deixá-la.

Desde Freud, sabemos da presença de desejos inconscientes de morte de seres amados, por isso mesmo, desejos carregados de ambivalência. Literalmente: “[...] nosso inconsciente é tão inacessível à idéia de nossa própria morte, tão inclinado ao assassinato em relação a estranhos, tão dividido (isto é, ambivalente)

para com aqueles que amamos, como era o homem primevo” (FREUD, 1915b/1974, p.338).

No dia da morte da mãe D. não consegue tocá-la: “era como um ser alheio a mim” [sic]. O estranhamente familiar, o *fremde* freudiano, aí se revelava pela impossibilidade de tocá-lo como um corpo totêmico. O distanciamento que não se fez simbolicamente, apresenta-se como horror ao toque.

Daí a presença constante da loucura na vida da paciente D. Como conviver com esse desejo carregado de amor e ódio? Como lidar com aquilo que “sabia” mas agia como se não soubesse, ou seja, da morte anunciada da mãe? Que saber é este que surge travestido de angústia? Como o exemplo que nos traz Freud do homem que sonha com o pai de quem cuidara em sua longa enfermidade, e que, após a morte, surge como se estivesse vivo. O pai estava vivo de novo e falava com o homem de maneira usual, mas havia realmente morrido, só que não sabia. E é justamente nesse ponto que Freud se detém nos incitando a ler o desejo inconsciente que surge no sonho pelo que está omitido. Ensina-nos que, para tornar o sonho inteligível, é preciso acrescentar, após a expressão “ele havia realmente morrido”, a complementação “como aquele que sonhou desejara.” Ou seja, o que ele não sabia é que aquele que sonhou tivera esse desejo. Novamente aqui, Freud alude à ambivalência dos sentimentos relativamente aos seres amados e respeitados.

E é também este ponto que Lacan vai considerar no seminário sobre o Desejo e sua Interpretação (1958/1959). Corroborando a leitura freudiana colocando acento nesse “ele não sabia”, que se insere numa dimensão da constituição do sujeito. O não saber que denuncia o que não está dito, denuncia também o desejo inconsciente do sonhador. Desejo que, nessa leitura, Lacan remete a um certo esgotamento do desejo, no sentido de que disso o sujeito não pode escapar: de ter existido neste desejo. É uma experiência próxima ao *me phúnai* de Édipo em Colona que diz: “Melhor não ter nascido”.

E é neste ponto que também quero deter-me. Lacan aproxima a dor desse momento do *me phúnai*, à extinção da existência. A dor do sonhador trazido no exemplo de Freud. aproxima-se da dor de existir, quando nada mais resta a não ser

a existência mesma. “Esta dor de existir, de existir quando o desejo já não está mais lá, se ela foi vivida por alguém, foi por quem está longe de ser um estranho para o sujeito [...]” (LACAN, 2002, p. 107).

Pois D. compartilha com a mãe essa dor de existir, embora em ambas, um certo movimento de resistência se possa notar quando se põem a bailar o tango. A mãe, que escava um buraco na semana, para se fazer feminina e sair a dançar. A filha que vislumbra uma saída para sua vida de repetições infinitas, justamente quando conhece um homem numa casa de tangos.

Ambas, contudo, fracassam. A mãe vazia de desejo enche uma geladeira de comida para a filha e se mata. A filha, quando encontra um homem que pode separá-la da mãe – já que seu pai não foi capaz – quando este a abandona, refugia-se novamente na repetição da relação para sempre fracassada com T.

A mãe que não pôde ensinar à filha sobre a feminilidade deixa-a com a pergunta por uma teoria sexual infantil: “os homens engravidam pelo cu. Era como algo que eu não sabia” [sic].

E o analista, convocado a esse lugar materno no sonho em que D. lhe dizia estar enamorada dele e era correspondida. Na pergunta que surge no sonho sobre por que o analista lhe diz ‘sim’ quando ela esperava que lhe dissesse ‘não’, aparece a denúncia do verdadeiro ‘não’ que D. sempre esperou de seu pai e que nunca chegou. Curiosamente, o não do pai em relação ao dinheiro, enquanto a mãe de D. estava viva, converte-se em sim depois. Ela diz: “Meu pai dá amor com dinheiro”. E sua mãe paga com a vida? O pai dá dinheiro. E a mãe? Que herança deixa a D., além da geladeira cheia de comida? Como seguir vivendo e tecendo uma história subjetiva, se a mãe não foi capaz de lhe contar nada de sua própria história? Como continuar vivendo com a profecia de que ninguém vai querer ficar com ela porque é uma louca? Se até mesmo a mãe lhe dizia: “Chuchi, com tuas pretensões não vais conseguir ninguém”. Ao que se poderia acrescentar: “que seja capaz de nos separar”.

O apelido ‘Chuchi’ é também um ‘lunfardo’ que significa afetado, pretensioso, sendo que isto me foi informado pelo analista de D., durante a

apresentação, na mesa de trabalho. E me fez pensar que a única pretensão dela era a de continuar para sempre presa no Outro materno.

O psicanalista José Zuberma - companheiro de mesa - em sua pontuação do material clínico, trouxe questões semelhantes às que eu havia levantado. A discussão aconteceu entre os membros da mesa com o psicanalista Dambolena e também entre a mesa e os ouvintes, sendo destacada por estes a questão da *lettre en souffrance* e da morte da mãe da paciente, tendo surgido a pergunta de se ela (D.) seria capaz de um luto.

Enfim, dessa experiência, a mim restou um saldo positivo pela possibilidade de interlocução com analistas experimentados na arte da escuta psicanalítica nas propostas de Freud e Lacan, bem como a verificação de que aquilo que chamo de 'transdução' de uma escuta é possível, uma vez que estejamos atentos para que o significante é sempre estrangeiro porque, em sua ordem de representação, torna o próprio sujeito estrangeiro.

Outra questão que, para mim, mostrou-se de grande relevância refere-se ao fato de ter sido esta uma forma *sui generis* de supervisão de material clínico, não só pela interlocução com os colegas da mesa, mas pelo público, pelos comentários escutados durante e depois da atividade.

A respeito de tradução, sabe-se que Lacan foi um crítico contumaz sobre as traduções do texto freudiano, chegando mesmo a sugerir que ele seja lido no original. Como por exemplo, em seu seminário sobre a Ética, ao referir-se ao texto freudiano *Entwurf*, que considera brilhante, mas que: "Os contornos da tradução francesa apagam-no e tornam-no cinzento" (LACAN, 1959-1960/1988, p. 50).

É claro que é desejável ler no original, para os que podem fazê-lo. Mas os que não podem, tem de contentar-se com as traduções como escreve Anna Freud no prefácio do volume XI da versão ao português das obras completas de seu pai:

Quando, como na Psicanálise, o pioneiro de uma nova disciplina formulou novos conceitos revolucionários e empregou novos termos, seus tradutores precisam não somente de conhecimentos e habilidade, como também de

uma inventividade criadora no ampliar os vocábulos existentes que ultrapassam de muito as fronteiras do comum (FREUD, A., 1970, p. 2).

A propósito, escrevi antes que, quando fui convidada a efetuar a leitura desse material clínico, angustiei-me pela possibilidade de estar formulado numa língua estrangeira. Mas o *a posteriori* me ensinou que as barreiras lingüísticas podem ser transpostas, senão a psicanálise não teria rompido fronteiras com Freud e com Lacan.

Freud, quando viaja em 1909 aos Estados Unidos, ministra as conferências em sua língua materna, dizendo que estava levando a ‘peste’ para terras americanas. Mais tarde, também num mês de setembro, em 1953, Lacan leva a ‘peste’ para outra terra, a Itália. E assim, pelo translinguismo, acontece a difusão da psicanálise.

E, em sendo a psicanálise o desejo de Freud de fazer falar para que dessa fala possam brotar as formações do inconsciente, é dela que nos valem em nosso trabalho. Daí que em minha fala inicial na mesa, dirigindo-me a meu colega, pedi-lhe desculpas se, em minha leitura, além de um *traduttore*, fui um *tradittore*.

Como neste ensaio estou tratando sobre um tipo de supervisão que qualifiquei de *sui generis* pela forma de trabalho, trago um outro recorte de prática acontecida na mesma ocasião. Desta feita, trata-se de material clínico de uma paciente cuja terapeuta supervisionava comigo há cerca de dois anos e que foi discutido por dois analistas de Buenos Aires e por uma analista de Porto Alegre.

A paciente L, na ocasião da apresentação do material clínico, estava com 20 anos. Buscou tratamento na Clínica por ‘crises de pânico’, como chamava os momentos em que pensava que ia morrer por apresentar intensa falta de ar. Era estudante universitária – cursava Nutrição e Dança – em universidades diferentes, sendo que o pai não aprovava a faculdade de Dança porque como bailarina “iria morrer de fome” [sic]. L. lembrava que a primeira crise de falta de ar foi aos 9 anos, ocasião em que os pais estavam se separando. Lembrava de ter escutado da mãe que, quando L. nasceu começaram os problemas do casal. E o pai “forte e provedor” [sic], depois da separação, “tirou o corpo fora” [sic].

Durante o tratamento, L. contou que, um dia, sua mãe resolveu lhe revelar o verdadeiro motivo da separação: seu marido (pai de L.) era 'gay' e foi viver com outro homem. A partir de então, L. associou porque seu pai morava num sítio com outro homem que dizia ser seu amigo. Duas semanas após essa revelação, o pai de L. foi encontrado morto, no sítio, "asfixiado com um lençol", conforme relatou L à sua terapeuta. A paciente passou a se culpar pela morte do pai, dizendo que o tinha abandonado e que se estivesse junto dele, ele não teria morrido. Uma mudança de discurso ocorreu quando, cerca de três meses depois da morte do pai, a terapeuta precisou afastar-se da Clínica por um período de quatro meses e L. foi encaminhada para outra terapeuta. Passou então a trazer que, embora o pai não houvesse escolhido morrer "naquelas circunstâncias", de alguma forma tinha sido responsável, pois escolheu morar num lugar isolado e numa cidade perigosa, relacionando-se com pessoas consideradas perigosas.

Sobre sua mãe, queixava-se de que ela não parava de falar sobre seu pai. L. dizia: "Às vezes, parece que eu e a mãe somos uma coisa só". A paciente referia que sentia falta de ar quando o pai saía e ela ficava sozinha com a mãe.

Trouxe este breve recorte para poder demonstrar as pontuações realizadas sobre o material clínico. Cada analista, logicamente, escolheu comentar aspectos que lhe chamaram mais a atenção. Como por exemplo, um colega de Buenos Aires, Adrián Dambolena, que trabalhou os sonhos da paciente porque, segundo relatou, lhe agrada trabalhar com sonhos, pois o sonho remete ao que o produz. Num desses sonhos, a paciente contou ter visto o pai e que os cachorros da casa começavam a latir. Sonho lido por Dambolena como que, frente ao gozo materno que a devorava, L. sonhou com o pai, mas "cão que ladra não morde", "pai que ladra não morde", podendo-se ler a caída do pai potente pela fala da mãe.

A leitura de Mónica Morales traz que a direção da cura vai permitindo a emergência dos significantes. Considera, por exemplo, de que a versão de que os filhos destroem casamentos é mais suportável para a paciente do que a de que o pai era 'gay'. Mónica se pergunta também pela morte do pai que, sumindo, se faz realidade. E a nova versão do pai ('gay') traz um novo olhar sobre ele que, não tendo caído enquanto pai imaginário, porta agora o gozo.

Liliane Froemming, analista de Porto Alegre, trabalhou com o que chamou de ‘três tempos da morte do pai’: primeiro, tirando o corpo fora (na separação); segundo: quinze dias antes de sua morte, a revelação de que era ‘gay’; terceiro: na indeterminação subjetiva que surge na fala de L.: ”mataram meu pai”. Liliane considera ainda que a versão da mãe mata o pai. E também, a marca que fica para a paciente sobre as palavras do pai que diz como ela vai morrer: de fome, tema recorrente em seu discurso durante o tratamento.

É claro que eu apresentei de modo sucinto, tanto o recorte clínico quanto as pontuações dos analistas convidados a discutirem-no, porque meu objetivo não é estabelecer uma nova discussão. Tenciono sim, demonstrar que é possível trabalhar clinicamente com escrita e fala em diferentes línguas porque o significante, como escrevi antes, é sempre estrangeiro.

E da experiência de ter escutado diferentes interpretações para um material que eu vinha supervisionando há algum tempo, considero que me ajudou a seguir pensando junto com a terapeuta. As questões trazidas pelos colegas acrescentaram outras e nos ajudaram com o que vínhamos trabalhando em nossas sessões de supervisão.

Inclusive, algum tempo depois, a terapeuta relata que L. trouxe algo que demonstra uma nova leitura em relação à sua mãe. Conforme a terapeuta, L., numa sessão parece querer contar-lhe algo, mas fica fazendo preâmbulos, ao que aquela a convoca a falar sem rodeios. Então, L. conta que sua mãe “incorporou” um espírito depois de haver ingerido bebida alcoólica, sendo que L foi ensinada por seus sogros a cuspir cachaça nela para que “desincorporasse”. Ela fez isso e a mãe então, “desincorporou” [sic]. Surge aí o significante ‘corpo’ presente no discurso de L. sobre o pai (que “tirou o corpo fora”) agora deslocado para a figura da mãe que começa a se fragilizar no fantasma da paciente, quem sabe, possibilitando-lhe desvencilhar-se de uma mãe que lhe dá falta de ar.

Enfim, a leitura que pudemos fazer, nessa sessão de supervisão, certamente foi efeito do que escutamos dos colegas durante as Jornadas da Clínica, pela oportunidade de fazermos um distanciamento de nossa própria leitura, agora ressignificada pela escuta do outro.

8 À GUISA DE (NÃO) CONCLUSÃO

*Nil sapientiae odiosius acumine nimio*¹

(Sêneca)

A psicanálise, arte de escuta do inconsciente, inventada pelo pesquisador Sigmund Freud, não nos autoriza a falar em conclusão de um percurso, em se estando no campo por ela instaurado. No presente caso, um percurso de escrita fundamentado numa pesquisa clínica de escuta ‘segunda’ do sofrimento psíquico de sujeitos que procuram ajuda para ele numa instituição que leva as marcas de ‘clínica-escola’ e de ‘pública’. Escuta que chamo de ‘segunda’ porque trazida por outro que efetuou uma primeira escuta e que desde aí vem falar o ‘paciente’.

Com isso, fica claro que o nosso trabalho (meu e dos que labutam na psicanálise) é atravessado por um *pathos*, tanto do sofrimento propriamente dito, quanto do sofrimento da aprendizagem. O primeiro, aportando a uma psicopatologia e o segundo a um campo epistemológico necessário.

Na situação de pesquisa que originou a escrita dessa dissertação, tive de lidar com ambas as situações. Para explicar melhor ao leitor, recorro a Stein (1997) quando traça uma separação crítica entre o psicanalista em seu fazer clínico e o pesquisador psicanalítico. Para o autor, o trabalho do psicanalista tem a ver com a direção de uma cura, prática em que se dá um enfraquecimento do *logos* da psicopatologia em favor do sofrimento propriamente dito (o que ele chama de aprendizagem pelo sofrimento). Ao passo que “[...] o pesquisador lançará mão dos instrumentos que justamente lhe são oferecidos pelo *logos*, podendo, assim, justificar o lugar de sua investigação” (STEIN, 1997, p. 55).

Concorde com Stein, considero que, em meu trabalho de pesquisa, lidei com ambas as situações enquanto escutando a escuta de alguém que, para além de tentar me contar o sofrimento alheio, trazia também seu próprio sofrimento quanto a uma aprendizagem impossível. Impossível não só porque lidamos com o

¹ “Na sabedoria, nada mais odioso que julgar-se sábio”.

inconsciente, mas porque não temos fórmulas, receitas de bolo, como diz um colega de trabalho da Clínica, tampouco, o que ocupa o lugar de supervisor pode servir de modelo.

Iribarry (2004) considera que no atendimento dos primeiros pacientes, os terapeutas iniciantes apresentam um sofrimento pela aprendizagem a ser realizada. E, nessa aprendizagem, o autor inclui a preparação de material para a supervisão, referindo que, no começo, o relato das sessões procura ser o mais pormenorizado possível. Sendo que a possibilidade da escrita é apontada como um auxiliar à memória do terapeuta.

Eu acrescentaria às constatações do autor que o sofrimento em causa não se refere apenas aos que escutam os primeiros pacientes. Também os terapeutas com maior percurso trazem sua angústia à supervisão. Talvez a diferença seja apenas uma maior capacidade de lidar com ela por parte dos que possuem algum percurso.

Caon (1999) nos lembra que o exercício da psicanálise começa pela clínica, pelo reclinamento no divã (clinamen), onde o psicopatológico é o fundamento. E, na situação de pesquisa psicanalítica, lidamos com o mesmo fundamento. O autor considera que a situação psicanalítica de pesquisa (spp) segue o modelo da situação psicanalítica de tratamento (spt). Se ambas tem como fundamento comum o psicopatológico, então, está implícito nelas o aprender passando pelo sofrimento, sendo que é na situação psicanalítica de tratamento que se inicia a experiência no sentido de *Erfahrung*. Experiência que segue na situação de pesquisa psicanalítica, que, uma vez fundamentada no psicopatológico e fundada na situação psicanalítica de tratamento, pode ser considerada a refundação da primeira. É neste sentido que afirmo antes (capítulo 2) que o pesquisador psicanalítico é também um analisante porque está submetido às leis do inconsciente e opera desde aí. O mesmo ocorrendo no caso da situação psicanalítica de supervisão, cenário que se abre para a operacionalização de uma situação de demanda fundamentada numa suposição de saber, mas também numa suposição de conhecimento. Residindo aí, o que traz Stein a respeito de que, na situação de pesquisa psicanalítica, é preciso lidar com o psicopatológico, mas também com o *logos*.

Neste momento, posso afirmar que um dos achados desta pesquisa foi justamente sobre este ponto de estofo situado entre conhecimento e saber, implícito na demanda de supervisão. O saber, desde logo, o insabido do inconsciente que acompanha não só os conteúdos trazidos como ‘material’ de sessão de supervisão, mas também o que brota sob a forma de ato falho, chiste, lapso, assujeitando terapeuta e supervisor. A demanda de conhecimento, nem sempre claramente expressa, subjaz na suposição de saber, nesta mistura semelhante ao que ocorre na situação psicanalítica de tratamento, quando o paciente espera uma resposta do analista sobre o sofrimento que porta. E implicada na demanda de conhecimento a pergunta pela técnica, pelo ‘como fazer’, pois, em se tratando de uma prática que acontece numa clínica-escola aberta à comunidade, recebe profissionais de diversas procedências que, conseqüentemente, trazem uma bagagem teórica igualmente diversa.

A pesquisa ajudou-me ainda, a estabelecer um hiato no ativismo de anos de prática e, em me distanciando dela (da prática), pela necessidade de escrever, poder tratá-la de modo mais sistemático, ou seja, vivendo-a não somente como um fazer, mas como um fazer que tem efeitos para mim e para todos os demais implicados nele. Ademais de ter me permitido converter num escrito o que me restava como registro mnêmico ou guardados em papel.

Outro ponto de destaque, refere-se à especificidade da situação psicanalítica de pesquisa que propicia, de um modo muito particular, o tipo de achado da serendipidade. Aqui, valho-me de Caon, pesquisador de cuja boca, com estranheza, pela primeira vez, escutei este intrigante vocábulo. Pois, nos conta ele, que o termo brotou do conto “Três Príncipes de Serendipe, de Horace Walpole cujos personagens possuíam a capacidade de fazer acidentalmente descobertas inintencionais. Em não encontrando na língua inglesa palavra para expressar tal faculdade, o autor inventa o vocábulo “seredipity”, vertido ao português como “serendipidade” (CAON, 1999, p. 69).

Ocorre que Freud já nos advertia de que nada do que nos acontece é por acaso. E Caon concorda com isso, afirmando que “[...] as descobertas desejáveis nunca são acidentais ou casuais. Isto é, descobrimentos feitos acidentalmente

nunca são inocentes, pois que essas descobertas são condicionadas pelo inconsciente [...]” (CAON, 1999, p. 69).

Além de ‘nada inocente’, o encontro é sempre faltoso, como nos adverte Lacan, em relação à ‘tiquê’ aristotélica, pois o que se trata de encontrar é o que se esconde nas malhas das formações do inconsciente. Podendo-se aí aproximar o pesquisador psicanalítico do analista em seu fazer, ambos envolvidos pela situação de pesquisa: o analista, desde uma escuta batizada de ‘equiflutuante’ ou ‘equipairante’ ao dizer e ao não dizer do analisante; o pesquisador psicanalítico, de modo muito semelhante, escutando o ‘material’ trazido pelo terapeuta mas, não ficando surdo aos tropeços do enunciado deste discurso. Daí que, como escrevi ao longo dessa dissertação, o lugar do supervisor na situação psicanalítica de supervisão, por vezes, não é nada confortável, pois, ao escutar para além do que lhe é pedido, não pode comprometer-se com o que não lhe compete: o lugar de analista do supervisionando.

Então, desenvolver uma pesquisa adjetivada de ‘psicanalítica’ por ter como substrato as ‘coisas’ do inconsciente, para mim, mostrou-se tarefa instigante. Como escrevi antes, ajudou-me a ‘colocar no papel’ uma prática de um dia após o outro, numa referência quase metonímica, de deslizamento contínuo. Mas também, ajudou-me a fazer metáfora, a transpor a cadeia sintagmática e me dirigir ao paradigma que eu considero como a sistematização de questões da prática que se apresentavam como um fazer, agora, transmutado num fazer falado e escrito.

Tomar como guia o pesquisador exemplar que foi Freud, incitou-me ao trabalho, pois, ao longo de meu percurso na psicanálise, pude ler em cada texto por ele elaborado o quanto de pesquisa ali se construía. Pesquisa verdadeiramente psicanalítica, desde o início, calcada nos questionamentos surgidos da clínica: “Eu não partia, [...] de experiências de laboratório e sim do trabalho terapêutico” escreve ele na segunda de suas Cinco Lições (FREUD, 1910a [1909] /1970, p. 24). E, por essa intrepidez, arcou com o ônus de um longo período de solidão.

Solidão que acompanha o pesquisador enquanto sujeito também da pesquisa, na convocação de uma produção e de uma conseqüente transmissão deste produto. No meu caso, de uma transmissão pontual tanto ao terapeuta que

busca supervisão quanto dos efeitos indiretos de transmissão para com aquele que busca tratamento para o seu mal-estar.

Ademais de que o pesquisador psicanalítico em sua condição de sujeito, recebe desde sua prática, sua própria mensagem, subvertida pelo confronto do *logos* da psicopatologia do sofrimento propriamente dito com o *pathos* do sofrimento psíquico dos pacientes e com o *pathos* da aprendizagem dos terapeutas que buscam supervisão.

Que o encontro para sempre faltoso com este *pathos*, encontro que Lacan ligou à sorte, ao acaso na vida mas também à *bonheur* (felicidade), possa se converter em uma construção como a que procuro tornar viável com esse trabalho.

Pergunto, junto com Freud, “se o que tenho a dizer deve ser encarado como há muito tempo conhecido ou como algo inteiramente novo e enigmático” (FREUD, 1940e[1938] /1975, p. 309). Escolho a primeira opção sem a pretensão de, com essa pesquisa, estar trazendo algo de inédito. Contudo, acreditando que cada vez que alguém se embrenha numa pesquisa, embora a sensação de ‘nada de novo’, fica um resto de alguma autoria. Autoria fundada na acepção de que o ponto de partida foi a própria experiência da pesquisadora.

E como freudianamente acredito que nada de nossa ação no mundo é sem efeitos, ao encerrar o que pude produzir a partir dessa situação de pesquisa psicanalítica, não me é possível concluir. Porque os efeitos dela continuarão ressoando em mim e, de forma indireta, em todos aqueles que despontaram nesse escrito como ‘recortes’ e dos outros que não se fizeram presentes no escrito mas que, desde seu lugar em minha memória ou em meus ‘papéis’, seguem me instigando a prosseguir, pela certeza de que o insabido do inconsciente sempre me servirá de mote. Tanto em minha escuta de analista na relação terapêutica, quanto de analista de minha prática no campo privado e no chamado campo público materializado pela clínica-escola que me permite, desde um lugar de subjetividade determinada pelo inconsciente, a seguir praticando escutas infinitas.

Si vis vitam, para mortem (FREUD, 1915b/1974, p.339).

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo. Martins Fontes, 1998.

AGAMBEN, G. A queda de Montaigne e o inconsciente. In: **INFÂNCIA e história: destruição da experiência e origem da história**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005. p. 48-78.

ASSOUN, P.L. **Introdução à epistemologia Freudiana**. Rio de Janeiro: Imago. 1983.

BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. In: **MAGIA e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 114-119.

BIRMAN, J. O objeto teórico da psicanálise e a pesquisa psicanalítica. In: **ENSAIOS de Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993.

BLOCH, E. **O princípio esperança**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. v. 1.

BRIZIO, M.D. Nos espaços da globalização: a clínica psicanalítica, a palavra do sujeito. Comunicação ao Fórum Social Mundial. **Boletim da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS**, n.16, 2002.

CAON, J.L. Psicanálise – Metapsicologia. In: SLAVUTZKY, A.; BRITO, C.; SOUSA, E.L.A. **Cem anos de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.61-73.

CAON, J.L. O pesquisador psicanalítico e a pesquisa psicanalítica. In: MACHADO, J.A.T. **Filosofia e psicanálise um diálogo**. Porto Alegre: Edipucrs, 1999. p.35-73.

CAON, J.L. Serendipidade, comparatismo e transdisciplinaridade da pesquisa psicanalítica: contribuição para o entendimento da formação de insocorridade humana numa experiência de situação-limite. In: PACHECO FILHO, R.A.; COELHO JUNIOR, N.; ROSA, M.D. (Orgs.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.91-108.

CHEMAMA, R. (Org.). **Dicionário de psicanálise**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de psicanálise**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2007.

COHEN, V. Los medios de producción de um discurso. In: ANALISIS de control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001. p.19-21.

CONDE, O. **Diccionario etimológico del Lunfardo**. Buenos Aires: Taurus, 2004.

D'AGORD, M.R.L. Um método para estudo e construção do caso em psicopatologia **Ágora**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.107-122, 2005.

DARRIBA, V.A.A. Experiência do conceito em psicanálise: a provisoriedade e a ênfase na observação In: BEVIDAS, W. (Org.). **Psicanálise, pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002. p. 57-69.

DOMB, B. Análisis de control. In: ANÁLISIS de control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001. p.79-83.

FÉDIDA, P. A construção. Introdução a uma questão da memória na supervisão In: NOME, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991a. p.171-181.

FÉDIDA, P. A construção do caso. In: NOME, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991b. p. 215-236.

FÉDIDA, P. **Clínica psicanalítica estudos**. São Paulo: Escuta, 2002.

FEINSILBER, E. El seminário de control. In: VORONOVSKY, D. (Comp.). **El control cuestion para psicoanalistas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991. p.79-92.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FIGUEIREDO, A.C.; VIEIRA, M.A. Psicanálise e ciência: uma questão de método. In: BEVIDAS, W. (Org.). **Psicanálise pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002. p.13-31.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. **Obras completas**. (1895/1950a). Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. I; p. 395-506.

FREUD, S. Comunicação preliminar (Breuer e Freud) (1893a). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. II; p. 91-152.

FREUD, S. Interpretação de sonhos. Sonhos absurdos – atividade intelectual nos sonhos. (1900-1901a). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. V; p.455-491.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905e [1901]). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v.VII; p. 1-119.

FREUD, A. Prefácio especial para a edição brasileira de Anna Freud. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v.XI; p. 2.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v.XI; p. 13-51.

FREUD, S. Psicanálise silvestre. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v. XI.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912e). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII; p. 147-159.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise) (1913c). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.XII; p. 163-187.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico (1914d). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV; p. 16-82.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes (1915c). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.XIV; p. 137-162.

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915b). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.XIV; p. 310-339.

FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades (1919j{1918}). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.XVII; p. 215-220.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920g). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII; p. 13-85.

FREUD, S. O ego e o id (1923b). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XIX; p. 13-83.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926d). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX; p. 95-207.

FREUD, S. A questão da análise leiga (1926e). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XX; p. 211-285.

FREUD, S. A questão de uma Weltanschauung (Conferência XXXV), (1933a). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XXII; p.193-220.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937c). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. XXIII; p. 240-287.

FREUD, S. Construções em análise (1937d). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. XXIII.

FREUD, S. A divisão do ego no processo de defesa (1940e[1938]). In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. XXIII; p. 309-312.

FREUD, S. **Freud / Lou Andreas-Salomé, Correspondência Completa**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

GOLDENBERG, R. Sem supervisão nem controle (algumas notas). In: ONDE fala um analista. Porto Alegre: Appoa, 2005. p. 26-31.

IRIBARRY, I.N. **Ética, sublimação e aprendizagem heróica**: os três eixos fundamentais da experiência psicanalítica de tratamento. 2000. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, UFRGS, 2000.

IRIBARRY, I.N. **Diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia**. 2004. 191f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

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

JURANVILLE, A. **Lacan e a filosofia**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987.

KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico da psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p.238-324.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p.197-213.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p. 96-103.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p. 807-842.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p 591-652.

LACAN, J. **Seminário 1 (1953 – 1954). Os escritos técnicos de Freud.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

LACAN, J. **Seminário 2 (1954 - 1955). O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.

LACAN, J. **O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente (1957-1958).** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

LACAN, J. **O seminário. Livro 6. O desejo e sua interpretação (1958-1959).** Porto Alegre: APPOA, 2002.

LACAN, J. **O seminário. Livro 7 (1959 – 1960). A ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988

LACAN, J. **O seminário. Livro 11 (1964). Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

LACAN, J. **Seminário XIV (1966 – 1967). Lógica do fantasma.** Edição apócrifa. E. F.A.

LACAN, J. **O seminário. Livro 8 (1960 – 1961). A transferência.** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.

LACAN, J. Acte de fondation. 21 juin 1964. In: AUTRES Ecrits. Seuil. Paris, 2001.

LACAN, J. A proposição de 9 de outubro de 1967. Sobre o psicanalista da escola . In: CADERNO sobre o passe. Cadernos do Recorte. Porto Alegre, 1995.

MARRONE, C. Del análisis de control (23-27). In: ANÁLISIS de control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001.

MONTAIGNE, M. **Ensaio.** Porto Alegre: Globo, 1962.

MONTRELAY, M. Entrevista com Michele Montrelay (53-68). In: VORONOVSKY, D. (Comp.). **El control cuestion para psicoanalistas.** Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

PAOLA, D. Análisis de control In: ANÁLISIS de control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001. p.61-66.

PASQUALINI, G. La dirección de la supervisión In: VORONOVSKY, D. (Comp.). **El control cuestion para psicoanalistas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991. p. 129-133.

PROUST, M. **No caminho de Swann**. São Paulo: Victor Civita, 1982.

RABANT, C. Sobre el control. Decir lo que uno no puede decir, elaborar lo imposible de decir. In: VORONOVSKY, D. (Comp.). **El control cuestion para psicoanalistas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991. p. 135-140.

ROSS, D. **Aristóteles**. Lisboa: D. Quixote, 1987.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

RUSCHEL, V.R.G. *Pathos, lógico!* **Boletim da Clínica de Atendimento Psicológico**, Porto Alegre, ano 17, n. 17, p.14-18, dez. 2003.

SAFOUAN, M. **Jacques Lacan e a questão da formação dos analistas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SANTOS, R.P. et al. **Resenha histórica dos 20 anos da clínica de atendimento psicológico**. Porto Alegre, 1997

SANTOS, T.C. dos. Do saber suposto ao saber exposto: a experiência analítica e a investigação em psicanálise In: BEIVIDAS, W. (Org.). **Psicanálise pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002. p. 71-83.

SILVA, I.P. da. **O lugar da supervisão na formação do analista**. Correio da Appoa, Porto Alegre, n.132, p.6-10., 2005.

SOBRE a história da formação dos analistas. **Boletim do Centro de Estudos Freudianos**, Porto Alegre, circular n.1, p.1-7, 1985. Original: SCILICET, n.6/7.

SOUZA, A.M. **Uma leitura introdutória a Lacan (a exegese de um estilo)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

STEIN, E. Psicopatologia e pesquisa psicanalítica In: ANAMNESE. Porto Alegre: Edipucrs, 1997. p. 49-57.

VALABREGA, J.P. **A formação do psicanalista**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

VEGH, I. El análisis de control In: ANÁLISIS de Control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001. p.29-38.

YOURCENAR, M. **Memórias de Adriano**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

ZUBERMAN, J.A. Reflexiones sobre la práctica del análisis de control. In: ANÁLISIS de Control. Cuadernos Sigmund Freud 22. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2001. p.41-50.