

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia

Paola Pujol Manzoli

Desejo e resistência:
reflexões acerca da construção de um fazer analítico

Porto Alegre
2022

Paola Pujol Manzoli

Desejo e resistência:
reflexões acerca da construção de um fazer analítico

Trabalho de Conclusão de Curso como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Psicologia pelo Instituto de
Psicologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Andrea Gabriela Ferrari

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Manzoli, Paola
Desejo e resistência: reflexões acerca da
construção de um fazer analítico / Paola Manzoli. --
2022.
28 f.
Orientador: Andréa Ferrari.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Bacharelado em Psicologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2022.

1. Psicanálise. 2. Desejo. 3. Resistência. I.
Ferrari, Andréa, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Paola Pujol Manzoli

Desejo e resistência:
reflexões acerca da construção de um fazer analítico

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Andrea Gabriela Ferrari

Porto Alegre, 2022.

Andrea Gabriela Ferrari, Professora do departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia (UFRGS), Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS (2003)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Clarissa e à Vera, pela presença constante, pelo incentivo de sempre, pelos colinhos e por verem o meu sucesso como sendo também de vocês.

À Pietra e à Betina, por dividirem tanto comigo, por serem quem são e pelas brincadeiras.

Ao Ademir, por me convidar desde cedo a compartilhar o gosto pela leitura, pela escrita e pelas histórias que as pessoas têm a contar.

Ao Arturo e ao Fernando, pelo apoio e carinho.

À Mari e ao Lucas, por fazerem da vida menos séria (apesar de eu saber que vocês vão achar estranho serem mencionados em algo sério como este trabalho).

Ao Leo, pelo olhar atento de todos os dias, por sempre saber o certo a dizer e por usar os melhores argumentos lógicos para me lembrar de que eu consigo fazer aquilo a que me proponho.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Andrea, pela presença durante este e outros percursos da minha formação como Psicóloga.

RESUMO

O presente trabalho é uma articulação entre prática e teoria psicanalítica, disparada por reverberações de um caso atendido durante o Estágio em Processos Clínicos na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. A escrita parte de uma revisão de conceitos como desejo do analista, desejo de ser analista, resistência do analista e cura, tecendo relações entre a teoria e a experiência no estágio. Ensaiam-se compreensões quanto aos primeiros passos do futuro analista, que adentra uma clínica tão marcada pela imprevisibilidade e pelo mistério, e busca-se situar a experiência no serviço-escola e os afetos por ela suscitados em um corpo teórico que a precede, propondo uma leitura dos efeitos clínicos decorrentes das questões vivenciadas durante a construção do fazer analítico.

Palavras-chave: Psicanálise. Desejo. Desejo de ser analista. Desejo do analista. Resistência do analista. Cura. Fim da análise. Serviço-escola.

ABSTRACT

The present work is an articulation between psychoanalytic practice and theory, triggered by the reverberations of a case treated during the Internship in Clinical Processes at Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. The writing starts from a review of concepts such as analyst's desire, desire to be an analyst, analyst's resistance and cure, weaving relationships between theory and the experience in the internship. Understandings about the first steps of the future analyst are rehearsed, considering that they enter a clinic which is marked by unpredictability and mystery, and it is sought to situate the experience in the serviço-escola and the affections raised by it in a theoretical body that precedes it, proposing a reading of the clinical effects resulting from the issues experienced during the construction of the analytical work.

Keywords: Psychoanalysis. Desire. Desire to be an analyst. Analyst's desire. Analyst's resistance. Cure. End of analysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 Em que consiste uma análise?	10
2.2 A experiência no Estágio em Processos Clínicos	11
2.3 O conceito de desejo	13
2.4 O desejo do analista e o desejo de ser analista	15
2.5 O conceito de resistência	16
2.6 A resistência do analista	19
2.7 A cura e o desejo de curar	21
2.8 O fim da análise	23
2.9 O caso clínico como instrumento para pensar o fazer analítico	23
5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

1

2 Introdução

Este trabalho nasce de questões levantadas nas supervisões de um caso que atendi no Estágio em Processos Clínicos na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. A experiência como estagiária de Psicologia dificilmente é amena em afetos; o processo de escuta clínico é, em essência, imprevisível e angustiante. É impossível saber de antemão qual o ponto de chegada. O que sabemos é que a escuta toca os sujeitos participantes de forma que estes não são mais os mesmos ao final.

Às voltas com tal imprevisibilidade estrutural, eu, que inicio minha caminhada de escutar sujeitos, buscava encontrar bordas que me assegurassem de quais passos são seguros e certos nesse andar que é estreito e se dá no fio da navalha. Foram especialmente os diversos espaços de supervisão, tanto na UFRGS quanto no serviço-escola, que ocuparam esse lugar de sustento. Nada tranquiliza mais do que saber que o lugar que ocupamos foi artesanalmente preparado para nos acomodar, e que adentramos não em um espaço novo, mas em um que, fundado na teoria psicanalítica, carrega marcas do tradicional, dos erros e dos acertos daqueles que vieram antes de nós. E foram os supervisores e professores que souberam nos apresentar a teoria em pequenos bocados de compreensão possível, amarrando-a ao redor da experiência apesar de nos advertir de que a compreensão teórica é sempre um cobertor curto demais: algo sempre permanece fora do seu alcance.

Na tentativa de cobrir uma dessas experiências de escuta imprevisíveis que me causavam angústia, me foram apresentados, em supervisão, os conceitos de desejo do analista e desejo de ser analista. Como bons significantes que são, já ocupavam um lugar em uma cadeia simbólica que existia antes mesmo que eu me questionasse sobre eles; minha tarefa neste trabalho foi a de, guiada pela angústia do não-saber sobre a escuta, cavocá-los, questioná-los e puxar partes deles para a superfície. Percebi que estavam intrinsecamente relacionados a outros conceitos da Psicanálise: resistência, cura e fim de análise. Brinquei com os conceitos, com os escritos e os despedacei, reordenei e os montei de forma a mostrarem a marca da experiência singular que vivi no Estágio em Processos Clínicos.

Apresento, a seguir, este trabalho de incorporação e criação, de brincadeira com teoria e experiência. Nele, trago fragmentos da experiência no Estágio em Processos Clínicos na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e teço compreensões acerca do fazer analítico por meio de uma revisão teórica, com o objetivo de produzir pontos de clareza em uma clínica que tantas vezes é obscura mesmo para o psicanalista que a opera, posto que tem o inconsciente como sua principal ferramenta. Por fim, este escrito não diz respeito somente a um caso atendido, e nem mesmo somente ao Estágio em Processos Clínicos, mas à construção de um lugar como Psicóloga que se fez e se faz, naturalmente, por muitas mãos.

3 Desenvolvimento

Em que consiste uma análise?

A técnica psicanalítica opera de forma singular, escapando ao que se entende habitualmente por técnica (Nasio, 1999) – já dizia Freud que a análise é um procedimento *sui generis* (Freud, 2014/1926). Ela não consiste em dominar conceitos e teorias para aplicá-los em um objeto, visto que o objeto da análise é o desejo do analisando e que o desejo do analista é, também, correspondente a ele (Bataille, 1987). O desejo é o ponto de partida e de chegada da análise, além de ser, assim como o inconsciente, uma das principais ferramentas de trabalho do analista, que não se acomoda ao lado do processo e o observa de fora, mas que dele participa o tempo todo – mesmo quando se cala. Não é à toa que a transferência é um fenômeno largamente estudado por diversos autores da psicanálise.

O que se supõe sobre o sujeito nunca é límpido e certo, e sim passível de refutação, tendo em vista que o psicanalista participa do tratamento no momento em que ele se faz. Para Kehl (2002, p.34), a Psicanálise “não pode propor nenhuma verdade definitiva sobre natureza humana e seu bem supremo, porque parte do princípio de que o homem, sobretudo na modernidade, é vazio de ser”. Nasio (1999), por sua vez, compara a técnica psicanalítica com o conceito freudiano de ideal do eu, enquanto condição impossível de ser atingida, mas pela qual é vital que se procure.

Quanto aos elementos objetivos que compõem uma análise, o principal e mais óbvio deles é a presença de um analista. Freud (2014/1926) argumenta em seu texto de 1926, intitulado “Podem os leigos exercer a psicanálise?”, que não é necessária uma formação prévia em Medicina ou em Psicologia para que se forme um analista; a formação em Psicanálise é o suficiente. Para Lacan (1995/1954-1955), entretanto, o ponto principal da formação psicanalítica não seria o estudo da teoria, e sim a análise própria. Freud também considerava a análise própria como um elemento importante, mas, para Lacan, não basta que o analista esteja em análise concomitantemente em que trabalha com seus pacientes: é necessário que este tenha atravessado sua fantasia e chegado ao fim de sua análise, confrontando-se com a própria castração e com a falta no Outro.

A técnica psicanalítica em si é considerada por Freud (1976/1912) como muito simples – é preciso, essencialmente, que seja mantida uma atenção uniformemente suspensa, sem fixar-se em determinado ponto do discurso do sujeito, mas considerando todos os seus fragmentos como sendo de igual valor. Tal exercício evita que pontos importantes sejam negligenciados e que não se descubra nada além do que já se sabe, funcionando como a contrapartida do analista à regra fundamental, anunciada ao analisando já na primeira sessão: fale tudo o que vier em sua mente, mesmo – e principalmente – aquilo que parecer desimportante ou absurdo. Assim, abre-se lugar para que o inconsciente emergja.

Durante anos, Lacan promoveu um retorno à Freud, buscando aproximar novamente a psicanálise pós-freudiana da interpretação do inconsciente pela palavra. Manteve, por exemplo, a associação livre como ponto importante da análise (Lacan, 1992/1960-61), mas também fez algumas inovações teórico-técnicas, como a formalização do conceito de sujeito para a psicanálise, a duração variável das sessões, ou tempo lógico, e a ideia de que a resistência ao tratamento é sempre do analista. A psicanálise lacaniana é o cenário em que o psicanalista joga com duas possibilidades: a de dirigir a análise e a de ser objeto da transferência, fazendo o semblante de quem detém o saber sobre o sujeito apenas para, mais tarde, recusar essa posição. A técnica psicanalítica, portanto, não é homogênea; o analista pode escolher quais diretrizes adotar em cada tratamento, desde que se saiba *a posteriori* o porquê da escolha de determinada ferramenta.

A experiência no Estágio em Processos Clínicos

O próximo passo para o seguimento deste trabalho é o de procurar entender em que a minha experiência no Estágio em Processos Clínicos se aproxima de fragmentos da técnica psicanalítica, e se tais fragmentos podem ser importantes para produzirmos algum saber a respeito dessa experiência. Enquanto graduanda em Psicologia, não sou uma analista. Apesar de sabermos não ser necessária uma formação prévia em Psicologia para que se forme um analista, também não tenho formação analítica e tampouco cheguei até o fim do meu processo próprio de análise. Entretanto, fiz meu Estágio em Processos Clínicos em um serviço-escola, a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS (CAP), que, além de oferecer atendimento psicológico a baixo custo, é formadora de terapeutas de orientação analítica e oferece estágios para os alunos da UFRGS.

A organização do trabalho na CAP era amparada, mesmo em seus pormenores, pela Psicanálise: o pagamento era instituído para quase todos, com valores variáveis e decididos em sessão, funcionando para que o analisando se responsabilizasse tanto por seu sintoma quanto por seu tratamento. Quanto à regra fundamental, esta não era anunciada, mas sempre se fazia presente em nossas práticas. Além disso, nós, estagiários que realizavam atendimentos individuais, contávamos com seminários e supervisões clínicas semanais, em que, junto com o supervisores, destrinchávamos os casos atendidos e os costurávamos novamente, tendo a teoria como fio. Apesar de tais elementos não constituírem uma análise de fato, nosso olhar estava sempre voltado à Psicanálise, principalmente aos conceitos de Lacan. Ainda que tais elementos não sejam suficientes para que se tenha uma análise, traçarei aproximações e relações entre a minha experiência no Estágio em Processos Clínicos e a literatura disponível a respeito da análise, equiparando-as apesar de sua clara disparidade.

Quanto ao estágio em Processos Clínicos, posso dizer que se mostrou muito desafiador – e seria estranho se fosse fácil –, mas não tive grandes percalços para além dos que via também em meus colegas. A principal angústia de todos parecia estar relacionada à impossibilidade de ocupar um lugar de analista propriamente dito. Estudávamos os textos, fazíamos perguntas aos supervisores, mas ninguém parecia seguro de suas intervenções ou de seu saber. A questão é que o lugar ocupado pelo analista é essencial para o andamento do tratamento, e é tarefa constante que se olhe atentamente para ele. Um estagiário não pode ocupar um lugar de analista, pois ainda não está apto a ser um, mas costuma querer fazer um bom trabalho e, para que o processo corra mais ou menos bem, é necessário que se saiba algo sobre o lugar que se ocupa. Alguma coisa já sabíamos, mas o que não sabíamos pesava. O mal-estar decorrente desse quase-lugar, entretanto, não impediu nossa turma de estagiários de se apropriar com sucesso de fragmentos da técnica, e teve efeitos nos meus atendimentos conduzidos. Neste trabalho, escrevo sobre tais efeitos por meio de pequenos recortes de um caso que atendi durante o ano na Clínica da UFRGS.

A escolha de escrever fragmentos desse caso em especial se deu da mesma forma que a maioria das escolhas de escrita: algo do trabalho com a paciente permaneceu me incomodando ao longo dos meses após o encerramento do estágio. Trata-se de uma mulher jovem que parecia, na maior parte das vezes, inerte e

fechada; por questões de sigilo, a chamarei de G. Seus interesses eram os mesmos desde a adolescência, e percebia-se constantemente rejeitada pelos outros e inadequada aos grupos dos quais participava. A minha leitura era, e segue sendo, de que fabricava diversos mecanismos para fugir do próprio desejo: dormia muito, passava muito tempo assistindo a séries e era, há anos, fanática por alguns interesses específicos, geralmente ao custo de seu trabalho e de suas relações. Havia em sua família histórias da ordem da realidade que pareciam entrelaçar as ideias de sexo e morte.

Atendê-la não era fácil. Além do sono que eu sentia durante os atendimentos, eu me via constantemente pensando que não estava fazendo um bom trabalho e que G. não trazia nenhum assunto importante nas sessões. A coisa toda me parecia um enorme fracasso, e acredito que isso se relacione com alguns elementos específicos do caso, como a dificuldade da paciente em entrar em processo de análise, que tencionaram e levaram à superfície aspectos fundamentais da experiência como estagiária de Psicologia: o desejo de ser analista, o desejo do analista e a resistência do analista. Inicialmente, partiremos para uma revisão teórica desses conceitos e, por fim, retomaremos o caso de G., articulando as vinhetas clínicas com a literatura psicanalítica, em uma busca por produzir saberes a respeito da experiência no Estágio em Processos Clínicos.

O conceito de desejo

Antes de abordarmos os conceitos de desejo de ser analista e desejo do analista, é imprescindível tratar de o que é desejo para a psicanálise. No princípio, Freud fala do desejo por meio da expressão *Wunsch* – traduzido do alemão para o português como anelo, aspiração. Se caracteriza como um desejo inconsciente, cifrado, que exige interpretação e que se faz presente nos sonhos, em uma satisfação alucinatória. É correspondente à tentativa, por parte do bebê, de retomar uma satisfação primeira, encontrada em uma vivência primitiva que acalmou uma necessidade da ordem do corpo. Tal satisfação é procurada de forma alucinatória e autônoma, mas pouco duradoura, já que é necessária uma ação de um adulto capaz de cuidar do bebê para que as necessidades da criança sejam de fato satisfeitas (Freud 2011/1900).

Lacan (1958/1998), por sua vez, escolhe outro vocábulo alemão para dar conta do conceito: *Begierde* – traduzido como cobiça, anseio. Na obra de Lacan, o

desejo aparece sempre articulado com a linguagem, e é relativo não somente à satisfação das necessidades corporais da criança, mas a elementos linguísticos que denotam o desejo do outro no momento dessa satisfação. Podemos dizer que o bebê nasce ignorante à linguagem, e nela adentra por meio de uma alienação aos significantes emitidos pelo adulto que dele se ocupa (geralmente a mãe).

Essa alienação e concomitante ingresso no campo da linguagem podem ser exemplificados pela seguinte cena: ao alimentar a criança, a mãe interpreta seus sinais de satisfação como mensagens a ela direcionadas, em uma manifestação de seu próprio desejo. Na cena, ao falar com o bebê, a mãe introduz uma satisfação diferente daquela do corpo: esta prolonga a satisfação corporal, em um gozo que não foi demandado pelo bebê e que Lacan (1992/1969-70) denomina gozo primordial – é o gozo pelo gozo da mãe. É por meio dele que se excede o real do corpo e se alcança a linguagem; assim, a criança deixa de se restringir ao campo da necessidade e entra no campo simbólico. Se antes seu choro não tinha um alvo, agora ele passa a se dirigir a um Outro, em uma demanda que não é somente pela necessidade, mas também pelo desejo desse Outro, perante o qual a criança se posiciona como objeto. O desejo em Lacan se caracteriza, portanto, como um desejo evanescente, descentrado e alienado ao Outro.

Em parte alguma evidencia-se mais claramente que o desejo do homem encontra seu sentido no desejo do outro, não tanto porque o outro detenha as chaves do objeto desejado, mas porque seu primeiro objeto é ser reconhecido pelo outro. (Lacan, 1998/1953, p. 268)

O desejo, de natureza inconsciente, não se equivale ao conceito de necessidade, tampouco ao de demanda, e sim se caracteriza por uma lacuna, decorrente da insistente tentativa do sujeito em integralizar um corpo que escapa à linguagem, um real que não cessa de não se inscrever (Nunes, 2015). É justamente pela falta de objetos empíricos que satisfaçam o desejo que o sujeito se volta ao Outro, endereçando a ele a pergunta: “che vuoi?” (o que queres?) (Lacan, 1998/1960, p. 829). O desejo, portanto, é em suma o desejo do desejo do outro, o desejo de fazer-se objeto. Ainda assim, mesmo o reconhecimento do outro não positiva a negatividade radical do desejo; em outras palavras, o desejo é

radicalmente carente de um objeto empírico que o satisfaça, mesmo que seja como desejo do outro que ganhe forma (Lacan, 1998/1960).

Comumente, se misturam as ideias de desejo e demanda, que, apesar de intrinsecamente relacionadas, não são equivalentes (Lacan, 2012/1971-72). Em razão da falta de um objeto, o desejo desliza por uma rede de cadeias significantes tecidas por essa contingência faltosa até que, forçosamente, é momentaneamente estabilizado pela demanda, que pode ser caracterizada pela fração inconsciente de um pedido pela satisfação de uma necessidade – pedido esse que é sempre endereçado ao Outro. A demanda se mostra como uma promessa ilusória de satisfação que sempre resulta em insatisfação. Entretanto, ainda que a demanda não dê conta do desejo, sucessivas demandas mapeiam seu perímetro, sendo material de valor na análise.

O desejo do analista e o desejo de ser analista

Para além do conceito de desejo, é interessante pensar em quais desejos operam no analista no decorrer de um processo de análise – visto que, assim como o analisando, o analista é um sujeito desejante. Laurence Bataille (1987) nos apresenta, no texto *O Umbigo do Sonho*, os conceitos de desejo do analista e desejo de ser analista. Bataille conta sobre um homem que chega ao seu consultório e pede fogo para acender um cigarro; a analista, imaginando que o paciente a desafiava, não atende ao seu pedido. Logo o homem a informa de que, sem fogo, vai embora; a analista, por sua vez, responde: “pois bem, vá lá”. A autora escreve que o motivo da sua recusa foi ter considerado que uma analista não deveria dar fogo a um paciente.

E o mais engraçado é que, no próprio momento em que era dominada pela preocupação de estar numa posição de analista, esquecia que o era: não me pareceria, talvez, tão inverossímil que alguém se desse a algum trabalho para vir fumar um cigarro no nariz de um analista. (Bataille, 1987, p.14).

Para a autora, não se está na posição de analista ao sentir-se visado como sujeito pelo paciente, tampouco ao buscar representar um analista – ao que Laurence se refere como “fingir ser analista”. Ainda que o desejo por ocupar um

lugar de analista seja inerente à análise e mesmo importante para ela, não é o que a faz acontecer.

Diferente do desejo de ser analista, o desejo do analista é uma expressão estrutural, por vezes misteriosa. Em poucas palavras, é o desejo de que o paciente seja impelido por seu próprio desejo para um outro lugar (Bataille, 1987). O desejo do analista, portanto, seria equivalente ao desejo do sujeito, que o analista amadurece para um outro que não ele próprio. O desejo do analista é “um desejo separador. É um desejo de diferença, um desejo que sustenta a análise, um desejo de analisar – e não de ser analista” (Guyomard, 1992, p.99). Não é um desejo puro, e sim um desejo prevenido, castrado; o analista sabe que não pode desejar o impossível.

Também é possível dizer que o desejo do analista denota o lugar do objeto encoberto por um enigma – objeto esse que não é o objeto do desejo, e sim objeto causa do desejo (Nasio, 1999), ou objeto *a*. Conceito inaugurado por Lacan, o *objeto a* não é algo a se desejar – ao contrário de um objeto autônomo, ele existe em negativo e não aparece, se fazendo notar por sua ausência (LACAN, 2005/1962-3, p.114-5). Seu lugar está vazio e aponta para o inalcançável, para o falta-a-ser que constitui o sujeito. O silêncio e a recusa do analista imitam a natureza do objeto e, nesse jogo, ele ocupa o lugar de grande Outro – detentor do gozo, de quem o paciente espera receber o *amálgama*, supondo nele um saber e um desejar plenos. Mais tarde, essa demanda de amor cai por terra à medida que o analista presentifica que, no lugar do objeto, está sempre a insatisfação (Nasio, 1999), enviando o sujeito novamente para seu próprio desejo.

Para analistas jovens, ou para estudantes que atendem pacientes em um serviço-escola, é comum que o desejo de ser analista seja o disparador de intervenções que podem ou não mobilizar o desejo do sujeito. Ainda que muitas delas sejam bem-sucedidas no sentido do desejo, esse tipo de intervenção pode trazer consigo alguns efeitos para a transferência e para o andamento da experiência analítica. Entre eles, destaco uma resistência maior por parte do analista, bastante intrincada com a vontade de curar o analisando.

O conceito de resistência

Inicialmente, a resistência é pensada como uma manifestação do paciente, não do analista. Freud (1977/1893-1895) o descreve como um mecanismo de

defesa do eu, que se manifesta especialmente em uma dificuldade de livre associação por parte do paciente, uma resistência em colocar-se em análise. A resistência é um processo inconsciente, relacionado, principalmente, ao lucro do sintoma: há um gozo em permanecer preso ao sintoma, ao que Nasio (1999) se refere como o *desejo de doença*. Isso porque o sintoma é caro ao neurótico, no sentido de que por ele tem carinho e também no sentido de lucro, já que ali está investida a sua libido (Quinet, 1991). A doença, para Freud, envolve uma economia de esforço psíquico, o que ele chama de benefício primário do sintoma (Freud, 1997/1905).

Na vida civil a doença pode ser utilizada como uma tela para encobrir a incompetência na profissão de alguém ou na concorrência com outras pessoas, enquanto na família pode servir de meio para sacrificar os outros membros e extorquir provas de amor destes, ou para impor a vontade sobre eles (Freud 1996/1886-1899,p.253.).

O sintoma seria “o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido (...) continuamente renova suas exigências de satisfação e assim, obriga o ego, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa” (Freud, 2014/1926, p.103). É, portanto, uma tentativa de restabelecer o equilíbrio psíquico em resposta a uma satisfação insuportável (Machado, 2003), produzindo uma satisfação perturbadora.

É importante constatar que, apesar de seu lugar no equilíbrio psíquico, eventualmente o sintoma falha, e é aí que se produz uma demanda analítica: é preciso que o sujeito perceba seu sintoma como incapaz de o proteger do desamparo, olhando-o como quem olha um enigma. É na figura do analista que o analisando vê alguém que detém um saber sobre o sintoma, que é então capturado pela transferência. Mas só isso não basta para que ocorra a análise. O sintoma deve ser tomado de forma indireta, e o analista deve contorná-lo por meio da criação de uma nova doença, a neurose de transferência. Ela responde inicialmente ao desejo de doença do analisando, para mais tarde libertá-lo desse desejo (Nasio, 1999).

É na transferência que o sujeito encontra espaço para repetir atos, associações e lembranças do passado, atualizando um conflito pulsional em ato, em sintoma. É na transferência que também está colocada a resistência, que pode ser

entendida como uma tentativa inconsciente do sujeito em manter a repetição do sintoma, sem possibilitar uma mudança nos meios de satisfação sexual – mudança que é justamente um dos propósitos do trabalho analítico. Por vezes, a resistência aparece como uma dificuldade do paciente em associar livremente e é um movimento que dificulta a interpretação e a construção (Cesário, 2012), recursos do analista no trabalho de abrir caminhos para a satisfação do sujeito que estejam além da repetição do sintoma. É frequente, entretanto, que a pulsão hesite em trilhar os novos caminhos abertos pela análise, em um efeito de inércia psíquica (Freud, 1996/1937).

A resistência costuma aparecer na clínica por meio da chamada resistência transferencial, em que a transferência assume um caráter paradoxal. (Cesário, 2012). A transferência seria, para Freud, um amor que o analisando endereça ao analista e que exhibe os padrões sexuais infantis do sujeito, nada mais que “o caráter essencial de todo estado amoroso” (Freud, 1996/1915 p. 185). O amor de transferência seria derivado de pulsões sexuais recalcadas devido a uma frustração, processo no qual o representante pulsional se separa do afeto a ele ligado e é recalcado. O afeto, agora separado, passa a procurar um novo representante para que possa emergir à consciência e buscar satisfação, carregando consigo características da relação com o representante original. Isso significa que as representações amorosas da infância, originadas na história do sujeito, retornam e se manifestam na relação com o analista, por meio do chamado amor de transferência.

É um amor que exige retribuição por parte do analista, geralmente abordado nos textos clássicos pelo exemplo de pacientes que tentam iniciar com seus analistas um relacionamento amoroso, mas que se manifesta das mais variadas formas. Pode surgir, por exemplo, como uma convicção do paciente de que está curado, em uma tentativa inconsciente de proteger o sintoma dos possíveis efeitos do trabalho analítico. O analista, em todo caso, não deve retribuir esse amor – tanto em respostas no campo amoroso quanto em uma declaração de cura – e sim utilizá-lo como pista para acessar o material primitivo recalcado (Freud, 1996/1915). Uma retribuição a esse amor permitiria a repetição desenfreada do sintoma, e o paciente manteria-se em estado de resistência, dificultando a produção, em análise, de novas formas de ser sujeito menos atreladas à repetição do sintoma.

O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalçou, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo (Freud, 1996/1914 p.165).

A repetição de um sintoma no amor de transferência pode se tornar, portanto, uma resistência à livre associação e ao andamento da análise, já que as ideias do sujeito ficariam ali retidas, especialmente no caso de o psicanalista operar em favor da resistência. Não é à toa que Freud afirmou ser a transferência a única dificuldade real a ser encontrada pelo analista (Freud, 1996/1915). Ainda assim, ela não deve ser combatida, mas suspensa, já que aponta para saberes importantes relativos à constituição subjetiva de cada sujeito. É na situação analítica que paciente e terapeuta podem elaborar as questões recalçadas vivenciadas na transferência, interpretando suas manifestações e educando o Eu do analisando a superar a tendência de fuga em face do conteúdo recalçado (Freud, 2014/1926). Evidencia-se, portanto, o caráter paradoxal da transferência: de um lado, resistência à análise e, de outro, possibilidade de análise.

A resistência do analista

Enquanto Freud se ocupa em especial das manifestações de resistência por parte do paciente, Lacan afirma que a única resistência que há é a do analista (1998/1958). No geral, essa ideia não é interpretada ao pé da letra, já que Lacan não ignora a resistência por parte do paciente; o caminho ético que ela nos aponta é o de considerar apenas a resistência do analista como um possível entrave à análise, já que é a única que o analista pode evitar. Em suma, não há análise sem resistência, e o trabalho do analista é sempre de manejá-la.

Lacan (1995/1954-55) contribui com a discussão sobre resistência em uma lógica que se assemelha à da física moderna (Kushnir, 2017). Retomando o conceito de inércia, podemos defini-la como uma resistência da matéria à aceleração, ou seja, uma resistência a modificações em seu movimento. O que vemos é que, para que haja resistência, é necessário que se aplique uma força contrária ao estado de inércia da matéria. Transpondo essa lógica para análise, podemos dizer que aquele que aplica uma força suscita resistência. A resistência seria, por tanto, produto certo do processo analítico.

A questão que essa ideia provoca é: em casos de maior resistência por parte do paciente, deve-se, portanto, aplicar mais força? Penso que não. No processo de análise, há algumas forças em jogo. Há a força exercida pela presença do analista, que pontua e interpreta o discurso do analisando, devolvendo-o sua produção discursiva e insistindo na possibilidade de encontro com o que é estranho, indizível e irreconhecível do sujeito e, portanto, buscando romper a inércia. Operando de maneira semelhante, há a força do inconsciente, que também insiste em advir, em buscar satisfação, e que oferece constante desafio ao estado de inércia da economia psíquica.

Aplicar mais força, em uma tentativa de eliminar a inércia do processo analítico, pode ter um efeito contrário ao esperado: o aumento das defesas do analisando. Lacan diz que, cada vez que se quer o bem de alguém, na verdade, quer-se o seu mal. Ao amar a um outro, é a si mesmo que se ama (LACAN, 1995/1954-55). Insistir que o sujeito reconheça seu inconsciente ou procure meios de gozo para além do sintoma, portanto, é mais nocivo do que produtivo, atrapalhando o andamento da análise.

É possível traçar uma relação entre a insistência, ou resistência do analista, com o desejo de ser analista, discutido anteriormente. Quando o disparador para as intervenções do analista é o desejo de fazer um bom trabalho ou de conduzir o paciente a um lugar considerado de valor, o que se percebe é, muitas vezes, um aumento da resistência do sujeito e um desvio do fazer analítico. Além disso, a resistência do analista e o desejo de ser analista se mostram costumeiramente atrelados à busca por curar o paciente, o que não leva em conta o desejo inconsciente do sujeito e nele produz um saber aquém da verdade. Aprofundaremos a discussão acerca dos efeitos dessa posição mais adiante, visto que ela é parte fundamental da reflexão sobre o caso que atendi no Estágio em Processos Clínicos.

É importante dizer, por hora, que há outra alternativa ao acirramento das forças e da insistência de que o sujeito mude de movimento: esperar pacientemente que o desejo inconsciente advenha, não em uma forçagem do analista, mas como uma manifestação autoral do sujeito (Kushnir, 2017). A resistência do analista, portanto, seria a insistência em uma quebra da inércia que não é natural ao processo, e que, com efeito, faz aumentar as defesas do analisando e dificulta o trabalho analítico.

Lacan alerta, ainda, para uma impossibilidade de extinguir a resistência do analista: “O analista jamais é completamente analista pela simples razão de que é homem, e de que participa, ele também, dos mecanismos imaginários que dificultam a passagem da fala” (Lacan, 1998/1955-56, p.186). Assim, entendemos que a resistência do analista também é impossível de ser erradicada do processo de análise; a diferença entre ela e a resistência do analisando é que o analista tem uma ação maior sobre a primeira – ação essa que é o exercício da reflexão acerca das nossas intervenções.

A cura e o desejo de curar

Falávamos a respeito da resistência do analista, do desejo de ser analista e da trama que se forma a partir deles, pincelando uma questão importante: o desejo de que o paciente se cure. Penso que esses três fenômenos funcionam de forma engrenada, conjunta, e que são especialmente comuns nas experiências dos analistas em formação, incertos a respeito de sua prática clínica e de como se posicionar no misterioso lugar de analista que são convidados a ocupar. Nesse contexto, a melhoria dos sintomas e do sofrimento do paciente pode facilmente ser tomada como um atestado de sucesso, uma evidência de que se está indo para um lugar interessante e de que o trabalho está sendo bem feito – especialmente no contexto de clínicas-escola e outros tipos de atendimento psicológico que visam a oferecer um suporte no cuidado em Saúde com a população de determinado território.

A questão é que, via de regra, a Psicanálise não faz grandes promessas quanto à cura do sofrimento do sujeito. Freud já dizia que um efeito esperado do tratamento era a transformação da miséria histórica em infelicidade comum (Freud, 1977/1893-95). Lacan, por sua vez, disse que a análise não promete a felicidade, mas que também não se recusa a promê-la (Lacan, 1995/1954-55).

Aparentando maior otimismo, mas seguindo os critérios éticos apontados por Lacan e Freud, Nasio (1999) afirma serem inegáveis os efeitos curativos da análise – nesse contexto, a cura seria a diminuição do sofrimento e dos sintomas do analisando. Acrescenta, ainda, ser de responsabilidade do terapeuta que se espere, por meio do tratamento, a melhoria da posição subjetiva do paciente. Entretanto, a busca pela cura como finalidade e a confecção de um projeto curativo para a análise

não passam de um “orgulho terapêutico”, como denominado por Freud (Freud & Jung, 1975/1906-09), e abrem margem para a produção de uma falsa análise, em que os sintomas são tratados, mas o trabalho é encurtado, mentiroso.

Com isso, não se diz que uma busca por cura é inútil ao trabalho analítico. Afinal, é a demanda por cura que faz com que o paciente inicie o tratamento e a transferência com o analista, acreditando ser ele aquele que tem as respostas do enigma do sintoma. Nasio (1999) chama essa demanda inicial de “um mal entendido básico, radical”, já que o sujeito a faz a alguém que não responde ao pedido de cura, que não oferece a cura. Ainda assim, é esse mal-entendido que inicia a transferência e a análise, promovendo uma ligação do sujeito a alguém que ele supõe deter um saber (Furtado, 2004).

É a partir da demanda de cura que o paciente decide falar sobre seus sintomas ao analista. À psicanálise importa que se produza um discurso acerca do sintoma, pois nele se encontra a expressão de uma batalha, a parte visível de um conflito no qual o Eu procura tornar toleráveis sofrimentos que são da ordem do intolerável, do indizível (Nasio, 1999). Logo, a que serviria uma cura que suprimisse os sintomas, se é neles que está a verdade do inconsciente? É por isso que o analista se oferece para receber a demanda da felicidade, da cura, sem entretanto prometer-lá.

Diferente de outras terapias, a psicanálise não se propõe a suprimir os sintomas ou a dar conselhos e orientações. O analista não ocupa um lugar de mestre, que sabe o que é bom para o sujeito e que o acolhe e orienta. Para Miller (1997), é ao recusar o desejo de curar o sujeito que se abre espaço para o desejo do analista e, conseqüentemente, para o desejo do paciente, possibilitando que a análise ocorra. A frustração da demanda possibilita que o desejo do analisando advenha, cabendo ao analista suportar o lugar de vazio, de poder e de saber. Esse lugar é representado pelo desejo do analista, que é posteriormente ocupado pelo desejo surgido da fala do analisante (Cottet, 1989).

Não se trata, portanto, de ser aquele que alivia o sofrimento do sujeito, que o cura e que dele sabe. É preciso que sejam suspensas as respostas para que se torne possível um tempo de pausa, um tempo de percorrer os caminhos da palavra e do desejo – e não de identificação a um mestre.

O fim da análise

A questão que resta a ser respondida é: qual é a finalidade da análise, se não a cura? Se a análise inicia com uma demanda do analisando para o analista, ela chega ao seu fim quando o analisando destitui o analista do lugar de quem pode respondê-la, já que não se trata da resposta a uma demanda (Coelho et al., 2008/2015). A recusa do analista em responder a demanda marca o lugar vazio do objeto do desejo, em uma constante lembrança da falta, da castração. É o confronto com a falta em si e no Outro que permite ao analisando colocar-se como menos alienado às demandas do Outro e a apropriar-se do saber inconsciente que penetra nas brechas (Kehl, 2009).

É importante ressaltar a impossibilidade de desalienar-se completamente frente à demanda do Outro, já que, como vimos, é ela que nos constitui e é o Outro que fala sobre nós antes mesmo de estarmos inseridos na linguagem (Kushnir, 2017). O que se espera é que o analisando possa responder a essa demanda de forma um pouco menos ofuscada, por vezes até renunciando-a (Kehl, 2009), já que percebe a impossibilidade de supri-la .

Quanto aos sintomas, pode-se dizer que, ainda que a psicanálise não seja promessa de cura ou de felicidade, ela oferece ao sujeito uma flexibilidade maior com relação ao gozo, em detrimento da imobilização gozosa do sintoma. Lacan sugere que, no fim da análise, é possível que o sujeito se identifique com o sintoma, em uma aceitação do gozo que está ali implicado, sem apavorar-se com algumas figuras especialmente temidas. Abre-se, diante deste núcleo que produzia horror, uma nova escolha, e o sujeito passa a conseguir haver-se com o seu sintoma; este é o término da análise (Lacan, 2007/1975-76).

O caso clínico como instrumento para pensar o fazer analítico

Feito o apanhado teórico de alguns conceitos que considero potentes para pensar a experiência no Estágio em Processos Clínicos, discutiremos a respeito da minha escuta durante os atendimentos com uma paciente na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. É importante ressaltar que esta não se trata de uma escrita de caso; mais do que uma compreensão do caso clínico, busco, por meio das considerações acerca dos atendimentos com a paciente e das reverberações que eles me causaram, pensar a respeito dos primeiros passos na construção de um fazer analítico – no meu caso, esses primeiros passos foram dados como estagiária

no serviço-escola. Escolho abordar algumas especificidades do caso por considerá-lo potente para pensar a construção de um lugar como analista.

Alguns capítulos acima, descrevo a paciente como uma mulher jovem que mostrava-se inerte, fechada nos próprios interesses e que evitava relacionar-se com os outros. Acrescento que ela era muito apegada à mãe, e que tinha dificuldades em fazer decisões autônomas e em traçar para si um caminho autoral. Os atendimentos pareciam uma repetição infinita de diversas impossibilidades: impossibilidade de ficar acordada durante o dia, de trabalhar, de estar com outros que não fossem a mãe e a família próxima, de cuidar da própria aparência, de alimentar-se e até mesmo de realizar tarefas muito simples do dia a dia.

Era muito difícil questionar seus sintomas; ela os trazia como uma realidade dada, imutável, e rapidamente desconsiderava minhas perguntas e hipóteses. Eu percebia que incorporava palavras do que eu dizia no seu próprio discurso, como se fossem suas. Hoje eu comemoraria essa incorporação, imaginando que algo do trabalho estava fazendo sentido e rearticulando os significantes já tão desgastados com os quais ela narrava a si própria. Entretanto, naquela ocasião eu me sentia brava e excluída; não entendia porque ela não podia dizer que minhas hipóteses sentido – era como se ela estivesse fazendo uso do meu trabalho sem me dar o devido crédito.

O que é essa demanda minha por levar o crédito pelo trabalho se não uma manifestação do desejo de ser analista? Sem perspectivas para um percurso no qual eu tivesse, também, um lugar de importância, eu sentia muito sono durante os atendimentos, além de uma falta de interesse por tudo o que ela dizia, que me parecia maçante e bobo. Ela não parecia nem valorizar a minha presença, nem fazer uso dela para mudar algo em si mesma. Sessão após sessão, eu me empenhava a levá-la a um lugar em que ela pudesse rejeitar as demandas de sua mãe, conhecer outras pessoas, dormir menos, cuidar de si... tal qual eu imaginava que um analista deveria fazer. Apesar disso, G. se mantinha igual, falando dos mesmos assuntos de sempre, como quem diz: “é aqui onde estou e é deste lugar que vou falar”.

Eu queria curá-la, normalizá-la, transformar uma quase-adulta dependente da mãe e pouco desejosa pela vida em uma adulta de fato, da forma que eu considerava condizente com a idade dela: que trabalhasse, amasse e tivesse algum poder de decisão em seu caminho. Eu já sabia que a Psicanálise não tem a cura dos

sintomas como ponto chave, mas mesmo assim o orgulho terapêutico se fazia presente, em uma busca por mostrar-me uma analista de verdade por meio da cura.

Eu imaginava que um analista deveria, desde o início do tratamento, fazer uma força no sentido de desalienar o paciente aos significantes do Outro. Esquecia que esse processo costuma levar anos, mesmo com os analistas mais experientes, e, principalmente, esquecia que a base de todo o trabalho é a escuta dos sintomas. Não basta escutar a doença de um sujeito só até certo ponto, até considerarmos que a entendemos o suficiente para decodificá-la e desabilitá-la. É preciso escutá-la como quem escuta algo de valor, e é preciso permitir que o paciente a vivencie na transferência, suportando estar no lugar de objeto e fazendo-se de morto.

O analista, por sua vez, é um ouvinte paciente, cujo silêncio dá lugar ao desdobramento da palavra do analisante. Ele intervém fazendo-se de morto, ou seja, presentificando a morte (nos registros simbólico e imaginário), seja por seu silêncio, em que presentifica a barra no Outro, seja controlando sua própria resistência, função do outro, segundo a lógica imaginária. Compete ao analista distinguir sua ação nesses dois registros” (Dias, 2008, p. 402-03).

Eu costumava pensar que G. resistia muito ao processo de análise, e pode ser que seja verdade. Para alguém tão alienado à mãe como ela, alguém que busca os mais diversos mecanismos para fugir de seu próprio desejo – ainda que sem sucesso –, é de se esperar uma lentidão maior no trabalho, uma especial dificuldade em falar de si. Além disso, ela não me parecia demandar cura; parecia, sim, sofrer com os seus sintomas, mas não demonstrava acreditar que a análise diminuiria esse sofrimento. Foi somente na última sessão que me relatou o seguinte: sua primeira psicóloga disse que provavelmente G. precisaria fazer terapia durante toda a vida. De fato, ela estava há anos em tratamento na CAP, aparentemente sem grandes diferenças. Na Clínica da UFRGS, não se pretendia atender um mesmo paciente por toda a sua vida; entretanto, parecia que o tratamento de G. se fazia em uma eterna impossibilidade de mudança – não tanto enquanto elemento real, mas elemento imaginado que se presentificava na transferência.

Me parecia que nunca vinha a dita demanda do paciente por ser curado pelo analista, que – apesar de sua natureza caduca – institui a transferência e inicia a análise. De mim ela não esperava nada. A pouca narrativa que tecia sobre si me era

entregue como uma pedra, pesada e parada, que resistia às minhas tentativas de perguntar por um sentido além daquele dado como óbvio. Nem mesmo falava muito sobre si, preferindo falar de outras pessoas ou assuntos que, apesar de serem do seu interesse, me pareciam comunicar pouco sobre ela. Enquanto o desejo de doença mostrava-se presente, a demanda por cura era frágil, praticamente inexistente. G. parecia conformada com seus sintomas, apesar do grande sofrimento que eles lhe causavam.

Ainda que constituam uma dificuldade para a emergência do inconsciente, é importante lembrar que todos esses entraves são esperados em um processo de análise. Cada sujeito tem sua história singular, e não se deve esperar que cheguem ao consultório prontos para o trabalho. Nasio (1999) falava da necessidade de um momento inicial de retificação subjetiva, em que o analista devolve ao paciente uma impressão a respeito de sua demanda inicial, situando o Eu com relação aos sintomas. Portanto, há em um primeiro momento uma necessidade de que o analista dirija a análise, mas esse momento dá lugar a outro: o de recuar, permitir que o sujeito faça do analista objeto da transferência.

Pra mim, não foi fácil recuar. Mais importante do que o meu desejo de enviá-la para o próprio desejo, era o desejo de que eu fosse analista, de que eu obtivesse sucesso naquela empreitada da "cura pela fala". Se eu queria que ela desejasse mais, era porque aprendi que era isso que um analista deve fazer, e não por um verdadeiro desejo do analista. Supervisão após supervisão, eu dizia que G. não havia trazido nada de interessante ou importante. Minha angústia era grande; acreditava que um terapeuta deveria encontrar algo de desviante e inusitado na fala de cada sujeito, mesmo os mais repetitivos, e sentia que eu fracassava a cada sessão. Me preocupava muito o sono que eu sentia nos atendimentos, e não dizia, mas pensava, que não tinha vontade alguma de atendê-la.

Nesse cenário, me parece muito mais potente pensar na minha resistência do que na resistência da paciente, por mais massiva que ela fosse. Afinal, a resistência é sempre do analista, e acredito que eu resistia principalmente por desejar muito ser uma analista. Queria logo vê-la progredindo, e por isso fazia intervenções estranhas que, se fossem acolhidas, produziram nela um saber aquém da verdade. Era comum que eu perguntasse o porquê de suas atitudes e pensamentos; a resposta dela costumava ser defensiva, desviante. Mesmo que G. me oferecesse alguma resposta, penso que tais perguntas em nada contribuem para uma associação livre.

Analisando a posteriori, percebo que estava por trás desse questionamento dos motivos da paciente uma tentativa minha de que ela percebesse que o sintoma não era necessário, que ele não fazia sentido – o que não é verdade de forma alguma. Outras vezes, eu apontava dissonâncias entre coisas que ela dizia, ou oferecia respostas demais, como que esperando que ela encontrasse uma verdade que não a que me dizia – uma verdade que eu pensava ter, ou pensava que um analista deveria ter. Caso ela aceitasse a minha verdade como certa, muito bem: eu estava interpretando o caso de maneira correta e estava sendo uma analista, especialmente se essas reflexões provocassem uma mudança de posição em G. Caso ela a rejeitasse e permanecesse como estava, tudo ia mal e eu não estava desempenhando a função corretamente.

Eu colocava sobre ela as minhas expectativas imaginárias, cobrando resultados que diziam respeito muito mais a mim do que a ela. Em resposta a isso, ela resistia. Procurava não concordar com os meus saberes, mas imagino que ficasse confusa, por vezes tentando ceder às minhas exigências, incorporando em seu discurso partes do meu. Ou, ainda, é possível que alguns elementos do processo estivessem operando no sentido de permitir a emergência do inconsciente, e sua identificação com o que eu dizia era genuína. Seja como for, acredito de fato que a minha resistência reforçava a resistência da paciente, e que, não fosse tão forte meu desejo de ser analista, haveria mais espaço para a produção de algo novo e autoral por parte de G.

Em certo momento, algo se produziu nesse terreno transferencial tão árido; foi quando eu desisti. Desisti de dirigir o processo para um fim que eu pensava adequado, desisti de fazer hipóteses que fossem aceitas por G., desisti de ser uma boa analista para ela. Como efeito disso, deixei que ela falasse sem oferecer resistência ao discurso e me permiti estar presente mesmo nos assuntos mais cotidianos e aparentemente sem importância. Minha surpresa foi enorme ao perceber que os assuntos que eu julgava desimportantes, quando questionados delicadamente, carregavam consigo uma trama de significantes que muito diziam sobre G; eu apenas precisava dar-lhes tempo para que se mostrassem. G. passou a teorizar mais a respeito de si mesma, e a sua narrativa – que antes parecia imutável – aos poucos foi deslizando para lugares novos, em um processo análogo ao do sujeito que encontra novas formas de satisfação para além do sintoma, guiado pelo próprio desejo e pelo desejo do analista.

Não acredito que G. tenha sido curada, ou que o processo de análise tenha terminado – inclusive, ela continuou sendo atendida na CAP após a minha saída. O que quero exemplificar por meio dessas vinhetas clínicas são os efeitos de se intervir na análise de duas maneiras: inicialmente, motivado pelo desejo de ser analista e, em um segundo momento, pelo desejo do analista.

4 Conclusão

Este trabalho cumpriu, para mim, a função de cobertor; tocou partes de algo que foi vivido, mas que carecia de bordas e de suporte. Por meio de uma revisão dos conceitos psicanalíticos, pude confeccionar um lugar para a experiência no Estágio em Processos Clínicos, mais especificamente para a experiência escutando G. Apesar da singularidade de cada caso clínico, penso que existem características da minha escuta como estagiária que são comuns a muitos iniciantes na Psicanálise; estas, acomodei nesta escrita por meio dos conceitos de desejo de ser analista, resistência do analista e desejo de curar.

O cobertor da teoria, como sempre, é curto demais. Tenho certeza de que há partes dessas vivências iniciais que seguirão descobertas, deslocadas, deslizantes. Ainda assim, é importante que saibamos sobre a prática analítica tanto quanto possível, mapeando o percurso tanto do analisando quanto do analista, e encontrando teorizações possíveis para as intervenções em sessão, mesmo que *a posteriori*.

O desejo de ser analista, aliado à resistência e ao desejo pela cura que costumadamente o acompanham, faz parte do percurso formativo de um analista. Considero esperado, ou mesmo natural, que se queira trabalhar corretamente, mas também é importante que se saiba recusar tal orgulho terapêutico e renunciar à posição de suposto-saber, abrindo espaço para o desejo do sujeito. É nesse vai-e-vem que se faz a análise: ora sabemos sobre o sujeito, ora questionamos aquilo que é dado como óbvio; ora dirigimos a análise, ora fazemo-nos objeto da transferência; ora procuramos constituir um saber teórico quanto a um caso singular, ora nos defrontamos com algo que permanece sempre obscuro, intocado. Um cobertor que opera como parte importante do processo, mas que é sempre curto demais.

REFERÊNCIAS

Bataille, L. (1987). **O Umbigo do Sonho: por uma prática da psicanálise** (D.D. Estrada, Trad). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Cesário, C.G. (2012). **O conceito de resistência na obra de Freud e sua função na psicanálise**. Universidade Federal de São João del-Rei, Programa de pós-graduação em psicologia. São João del-Rei, MG, Brasil, 2012.

Cottet, S. (1989). **Freud e o Desejo do Psicanalista**. Rio de Janeiro: Zahar.

Dias, Maria das Graças Leite Villela. (2008). Ato analítico e final de análise. **Fractal: Revista de Psicologia**, 20(2), 401-408.
<https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200007>

Coelho, M.C.; Ericson, N.; Guimarães, C.C.; Ferraz, J.; Nascimento, S. (2008). **fA resistência do lado do analista**. In: Economia de gozo e final de análise. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2015, p. 360-374.

Freud, S. & Jung, C.G. (1975) "Lettre du 25.1.1909", in Correspondance, I, 1906-1909, Paris, Gallimard, 1975, p.278. (Textos originais publicados em 1906-09)

Freud, S. (1976). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 12. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912)

_____. **Estudos sobre a Histeria** (1977). Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud [ESB]. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893-95)

_____. (1996). **Rascunho E – como se origina a angústia**. Em: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago. (Obras originais publicadas em 1886-1899)

_____. (1996). **Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II)**. In S. Freud. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914)

_____. (1996). **Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da Psicanálise III)**. In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915)

_____. (1996). **Análise terminável e interminável**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII. (Obra original publicada em 1937)

_____. (1997). **Fragmentos da análise de um caso de histeria (O caso Dora)**. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905)

_____. (2011). **A Interpretação de Sonhos**. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900)

_____.(2014). **A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial**. In E. Porge, Fundamentos da clínica psicanalítica (J. G. Milán-Ramos, Trad.). Campinas: Mercado de Letras. (Obra original publicada em 1926)

_____. (2014). **Inibição, sintoma e angústia**. Em: Obras Completas . São Paulo: Companhia das Letras, vol. 17. (Obra original publicada em 1926)

Furtado, A. A. P. (2004). **Mais além da infelicidade banal**. Salvador: Cógito (vol.6)

Guyomard, P. (1992). **O gozo do trágico: Antígona, Lacan e o desejo do analista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

Kehl, M. R. (2002). **Sobre ética e Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras.

Kehl, M. R. (2009). **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo.

Kushnir, C.Q. (2017). **Transferência, resistência e desejo: uma experiência em ambulatório de saúde mental**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Lacan, J. (1992). **O seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1960-1961)

_____. (1995). **O Seminário livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1954-1955)

_____. (1995). **O Seminário livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1954-55)

_____. (1998). **O Seminário livro 3, As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário original de 1955-56)

_____. (1998). **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1953)

_____. (1998). **A direção do tratamento e os princípios de seu poder**. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1958)

_____. (1998). **Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano**. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 807-842). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1960)

_____. (1992). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1969-70)

_____. (2005). **O seminário livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1962-63)

_____. (2007). **O seminário. Livro 23 - O sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1975-76)

_____. (2012) **O Seminário, Livro 19 ...ou pior**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário original de 1971-72)

Machado, O. (2003). **O sintoma freudiano e o gozo**. *Cadernos de Psicanálise*, 19(22),157-178.

Miller, J. A. (1997). **Psicoterapia e psicanálise**. In: Forbes, J. (Org.). *Psicanálise ou psicoterapia* (pp. 9-20). Campinas, São Paulo: Papyrus.

Nasio, J. D. (1999). **Como trabalha um psicanalista?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Nunes, T. R. (2015, setembro-dezembro). Lacan e a negatividade do desejo. **Psicologia USP**, 26 (3).

Quinet, A. (1991). **As 4 + 1 condições de análise** (12 ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.