

### 3

## As mudanças da técnica depois de Freud

Foi traçado, no primeiro capítulo, o percurso que Freud realizou na evolução e modificação de sua técnica, desde os primórdios da Psicanálise até seus últimos escritos a respeito do tema. Este segundo capítulo examinará as contribuições realizadas por outros psicanalistas também no campo da técnica. É certo que não será possível citar todos os autores que já puderam adicionar algo à técnica psicanalítica, dada a amplitude desta questão. Decidimos, para poder realizar a tarefa proposta, nos ater à clínica individual, excluindo assim a análise de grupos e de família. O critério para as escolhas dos autores recaiu sobre a importância destes para a clínica e a técnica. Assim, Ferenczi e sua polêmica técnica ativa serão examinados, bem como as adaptações ao enquadre analítico propostas e realizadas por Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott para que se pudesse realizar um atendimento a crianças. Por último, veremos a concepção original de Lacan acerca das sessões curtas e de tempo variável, as quais pressupõem uma compreensão do manejo do tempo bastante distinta daquela realizada em uma análise clássica.

Dito isto, se considerarmos os primeiros analistas que entraram em atividade na mesma época e com o auxílio e orientação de Freud, colaborando assim para a construção da instituição psicanalítica, veremos que, desde o seu início, a prática da psicanálise tende a desenvolver múltiplas aplicações na direção de sujeitos outros além dos pacientes neuróticos histéricos ou obsessivos. De fato, muito rapidamente analistas como Abraham, Simmel ou mesmo Reik e, claro, Sandor Ferenczi e o próprio Freud, interessaram-se por pacientes psicóticos ou pelas personalidades narcísicas, enquanto Anna Freud e Melanie Klein, certamente de modos diferentes, começaram a desenvolver a psicanálise na direção das crianças. Tais práticas tiveram como consequência direta a diversificação da empresa psicanalítica, e acarretaram uma expansão dos locais dedicados aos cuidados à saúde mental, bem como a oferta de terapia, além do aumento do número de instituições de atenção às enfermidades psíquicas.

Em decorrência desta atividade, novos modelos de aplicação da psicanálise se fizeram presentes, desencadeando um processo de refinamento ou de transformação do *corpus* teórico da disciplina. As referências teórico-clínicas, conseqüentemente, sofreram modificações, e os critérios de analisabilidade também foram bastante alterados, dando origem a modalidades clínicas novas e que não seriam possíveis no começo do desenvolvimento da clínica analítica por Freud.

Um destes casos é o da psicanálise infantil. É importante lembrar que o interesse por esta faixa etária manifestou-se num primeiro momento através da observação direta da criança, afim de obter a confirmação da maior parte das deduções freudianas a respeito da sexualidade infantil. Muito rapidamente, porém, certos analistas – dentre os quais os mais célebres são Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott – inauguraram tratamentos de crianças disponibilizando dispositivos específicos concernentes ao número de sessões e às modalidades de pagamento, por exemplo. Além disso, e mais importante, a utilização de mediadores, como os jogos ou os desenhos foram convocados para completar ou suprir os limites da comunicação oral das crianças.

Ferenczi, por outro lado, desenvolveu novas maneiras de intervir no tratamento dos neuróticos graves, para auxiliar no combate e na resolução das fortes resistências que se apresentavam nestes casos. Introduziu, assim, um novo dispositivo, através de sua polêmica “técnica ativa”, que serviria de complemento à interpretação e poderia vir ao auxílio do analista para que este pudesse liberar novos conteúdos associativos nos pacientes. Já Lacan estabeleceu uma nova maneira de se conceber a clínica psicanalítica clássica, abrindo mão muitas vezes da interpretação, e frequentemente desvinculando uma sessão de uma duração pré-determinada. Assim, ele modificou completamente o enquadre, realocando-o de acordo com seu entendimento das relações entre a estrutura do sujeito e a linguagem.

Como se pode notar desde este momento, tais modificações situaram-se tanto em relação aos dispositivos – como número e duração das sessões, pagamentos feitos diretamente ao analista ou com a introdução de um terceiro pagante (como é o caso dos planos de saúde atualmente), tratamento gratuito, face a face, dentre outras modalidades possíveis – quanto em relação ao quadro analítico. O que prevalece ao longo destas diversas adaptações da técnica, no

entanto, é a exigência rigorosa quanto à capacidade de continente do analista, aliado à suplência ou à maleabilidade dos dispositivos introduzidos. Além disso, não se pode esquecer das modificações que preconizam diferentes tipos de expressão do paciente, como a utilização de jogos como mediadores, e de intervenções do analista diferentes de uma interpretação clássica que se apóia na transferência e tem como alvo as resistências e o conteúdo fantasmático pré-consciente. É inegável que a metapsicologia encontra-se, assim, se não transformada, pelo menos enriquecida, expandida e aprofundada devido às novas aplicações e das variações técnicas operadas ao longo de vários anos na psicanálise.

### 3.1

#### **Ferenczi e a técnica ativa**

Nascido na cidade húngara de Miskolc em 1873, e falecido em Budapeste aos 59 anos, em 1933, Ferenczi tornou-se, desde seu primeiro encontro com Freud, em 1908, um de seus principais interlocutores. Foi propagador e porta-voz da Psicanálise não somente em seu país mas também em outras nações, além de um pesquisador engajado em temas tanto de teoria quanto de técnica psicanalíticas. Sua produção versou principalmente sobre a técnica, questionando constantemente os limites desta e as maneiras através das quais as fronteiras da prática analítica poderiam ser modificadas e expandidas. Ao longo dos anos, buscou adaptar a clínica para que ela pudesse sobrepor as dificuldades que se lhe surgissem, pensando que as doenças que se apresentavam no consultório não deveriam ser selecionadas em função de sua analisabilidade, e sim que a técnica teria a obrigação de ser modificada, adaptada e desenvolvida para que pudesse dar conta das questões apresentadas pelos pacientes (Sabourin, 1988).

Assim, ao refletir sobre os obstáculos que se apresentavam à época no atendimento, como o caso dos fóbicos e dos neuróticos obsessivos graves (Freud, 1919), ou ainda sobre o fim da análise e a resolução da transferência, Ferenczi desenvolveu, no período que vai de 1919 a 1924-25, aproximadamente, o que denominou de “técnica ativa”. Entendida não só como uma nova possibilidade de “estratégia terapêutica” (Sabourin, 1988, p.114), complementar à técnica clássica da psicanálise (Ferenczi, 1993a), esta técnica constituiu um experimento baseado

em observações clínicas que Ferenczi realizou no intervalo de anos acima mencionado (Dupont, 1993).

Como Joel Birman nos lembra, o psicanalista húngaro produziu e desenvolveu seus trabalhos em uma época em que a vivência da análise era constituída principalmente por uma experiência de interpretação, na qual o analisando associa e o analista interpreta, explicitando e inferindo, neste jogo, aquilo que o paciente diz (1996). Ferenczi propôs, entretanto, uma prática que foge desta dinâmica. Desta feita, deixou às claras o fato de que este vai e vem analítico por vezes não dava conta das estagnações e das paralisações do processo em curso, e que algo mais deveria ser feito para que as associações do paciente pudessem retornar de maneira produtiva para o tratamento, e não sob a forma de um impeditivo a este (Ferenczi, 1993a, 1993b; Ferenczi e Rank, 1993). A partir daí teve início um desvio do registro da interpretação e começou a promover uma “atividade” na análise. Ele começou a “(...) fazer coisas, além de dizer. Isto é, um tipo de escuta que admitia, ao mesmo tempo, uma possibilidade de intervenção no ‘fazer’, a partir da escuta que ele promovia” (Birman, 1996, p. 74). Renato Mezan, por sua vez, chama a atenção para o fato de que o *enfant terrible* da psicanálise tentou lidar com fenômenos clínicos e patológicos complexos recorrendo basicamente à teoria libidinal, pois era este o instrumento de que a própria psicanálise dispunha na época. O ponto de partida, portanto, era a concepção econômica de que havia um excesso de libido estagnada, e que era necessário desvincular esta estagnação, que se encontrava num objeto auto-erótico qualquer, para que a libido pudesse ser reinvestida no processo de análise (Mezan, 1996).

Apesar do período desta técnica ferencziana ter marcado o início das divergências entre Ferenczi e Freud, que iriam se agravar nos anos seguintes, Ferenczi não hesita em afirmar e apontar para Freud a origem de suas ideias sobre a atividade na psicanálise. Para ele

“é ao próprio Freud que ficamos devendo o protótipo desta ‘técnica ativa’. Na análise das histerias de angústia, ele recorreu – em casos de estagnação análoga – ao expediente que consiste em exigir dos pacientes que enfrentem precisamente as situações críticas passíveis de suscitar neles a angústia, não para ‘habitua-los’ a estas coisas angustiantes, mas para desligar de suas cadeias associativas afetos mal ancorados” (Ferenczi, 1993b, p. 6).

Todavia, ainda que haja em Freud alguma indicação ou sugestão a respeito de uma possível ação do analista, foi Ferenczi quem desenvolveu e elaborou a “técnica ativa” por inteiro, seus desdobramentos, evolução e justificativa. A respeito do desenvolvimento deste procedimento, podemos definir como centrais cinco artigos, todos presentes no volume III das obras completas de Ferenczi (Dupont, 1993), e que serão a base sobre a qual esta seção do 2º capítulo da dissertação irá se desenvolver. São eles: 1) “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria”, originalmente publicado em 1919 (Ferenczi, 1993b); 2) “Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise”, de 1921 (Ferenczi 1993a); 3) “Fantasias provocadas”, em 1924 (Ferenczi, 1993c); 4) “Psicanálise dos hábitos sexuais”, do ano de 1925 (Ferenczi, 1993d) e 5) “Contra-indicações da técnica ativa”, quando, em 1926, Ferenczi realiza uma crítica do seu método e avalia as consequências negativas deste (Ferenczi, 1993e). A estes artigos soma-se também um trabalho realizado com Rank, cujo título é “Perspectivas da psicanálise, de 1924 (Ferenczi e Rank, 1993). Estes textos têm como objetivo esclarecer e formular uma nova concepção da técnica psicanalítica, e com isso permitir a associação ao procedimento clássico de possibilidades de ação que não foram previstos por Freud.

A técnica sugerida e realizada durante anos por Ferenczi consistia, então, em

“formular ao paciente injunções e interdições a respeito de alguns de seus procedimentos, a fim de perturbar o modo habitual (patológico) de descarga das excitações no inconsciente e conseguir assim que a nova distribuição da tensão psíquica resultante desta intervenção permitisse a ativação no inconsciente do material ainda enterrado e tornasse este manifesto no material associativo” (Ferenczi, 1993c, p. 241).

Um pouco mais adiante no mesmo texto, ele defende-se de uma possível crítica quanto à exigência de neutralidade do analista, e justifica mais uma vez seu método:

“quando o paciente parece querer fazer ‘mau uso da liberdade de associação’ e se lhe faz ver isto, ou quando se interrompe bruscamente o fluxo verbal do analisando para voltar a algo dito anteriormente e a que ele procurava esquivar-se por sua logorréia do tipo ‘desconversar’, faltamos aparentemente a ‘regra fundamental’ da psicanálise mas obedecemos a uma outra de suas regras, ainda mais importante, aquela que quer que uma das principais tarefas do analista seja desmascarar as resistências do paciente; e não se pode abrir uma exceção para o

caso particular em que a resistência pretende recorrer a nossa regra fundamental de associação para se contrapor aos objetivos do tratamento” (Ferenczi, 1993c, p. 241).

A preocupação de Ferenczi ao indicar este novo conjunto de condutas seria, como se pode constatar a partir dos trechos transcritos, recolocar em movimento algo que se imobilizou no tratamento analítico e apresenta-se como resistência a este para, assim, otimizar a análise (Ferenczi, 1993c).

Compreende-se, então, que cabe a utilização desta técnica na medida em que há um congelamento das experiências de análise, isso se dando porque a dimensão simbólica deste processo por algum motivo ficou impedida, provocando uma estagnação libidinal, e que, pelo uso destas injunções e proibições o analista tentaria pôr novamente em movimento a libido que foi retida nos sintomas corporais. A proposta ferencziana é contornar este tipo de obstáculo remodelando o funcionamento pulsional na cena analítica através das intervenções que tomam a forma de sugestões de proibição ou injunção de *atos* do paciente. O analista, aqui, comporta-se de modo não mais neutro e abstinente, mas como “objeto da montagem pulsional” do paciente (Mezan, 1996, p.107). Nas palavras de Ferenczi,

“a *atividade* moderada, mas se necessário enérgica, que é exigida pela análise reside no fato de que o médico aceita, numa certa medida, desempenhar verdadeiramente o papel que lhe é prescrito pelo inconsciente do paciente e suas tendências para a fuga. Favorece-se deste modo a *tendência para repetir* as experiências traumáticas precoces, em geral ligeiramente inibidas, tendo por finalidade essencial, bem entendido, vencer em definitivo esta tendência para a repetição e desvendar seu conteúdo. Quando esta repetição surge espontaneamente, é supérfluo provocá-la e o médico só tem de proceder de forma que a repetição se transforme em rememoração (ou em reconstrução plausível)” (Ferenczi e Rank, 1993, p. 238).

A análise seria, antes de tudo, um método que permitiria ao neurótico reviver com o analista a relação edipiana que deu origem aos seus conflitos, para que os conhecimentos adquiridos na cena analítica lhe possibilitassem chegar a uma nova e melhor solução de suas questões. As condições oferecidas pela técnica analítica fariam com que a relação transferencial e o processo de tratamento se dessem por si mesmos, cabendo a utilização da técnica ativa apenas em momentos nos quais os indícios do conflito edípico não estivessem sendo reproduzidos na vivência analítica (Ferenczi, 1993d).

As medidas propostas por Ferenczi aos seus pacientes, deste modo, envolviam sempre a realização de ações que lhes seriam desagradáveis, como enfrentar fobias, ou renunciar a práticas agradáveis. Ele visava, com isso, impedir a realização de atividades agradáveis que levavam o analisando a evitar conflitos, e fazer com que o doente renunciasse a um “prazer-refúgio” (Sabourin, 1988, p.116) de atividades aparentemente inofensivas, mas que teriam a função de substituir a atividade sexual do sujeito no momento da sessão. Procedendo deste modo, a intervenção se daria diretamente nos mecanismos psíquicos do paciente, como é o caso quando Ferenczi proíbe uma paciente de permanecer com as pernas cruzadas durante a sessão, por perceber que através desta postura ela recorria a formas de “masturbação larvada” (Ferenczi, 1993b, p.2). Através deste tipo de atitude do neurótico, as moções inconscientes, importantes para o tratamento, eram descarregadas pela via corporal, ao invés de poderem ser trabalhadas e investidas pela palavra em análise.

Em outras palavras: para que as resistências do analisando pudessem ser ultrapassadas, as intervenções do analista deveriam orientar o neurótico contra o princípio do prazer. Agindo assim, Ferenczi tinha como meta impedir o uso de determinadas vias de escoamento de associações, para que o analisando não pudesse lançar mão destes percursos associativos aos quais estava habituado, e fosse impelido a produzir novo material analítico. No texto “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria”, ele se pronuncia da seguinte maneira:

“desde a descoberta da transferência e da ‘técnica ativa’, podemos dizer que a psicanálise dispõe, além da observação e da dedução lógica (interpretação), do método experimental. Assim como na experimentação animal é possível, ligando as grandes redes arteriais, elevar a pressão sanguínea em regiões distantes, também podemos e devemos, em certos casos, barrar as vias inconscientes de escoamento da excitação psíquica para obrigá-la, graças ao ‘aumento de pressão’ da energia assim obtido, a vencer a resistência oposta pela censura e estabelecer um ‘investimento estável’ por meio dos sistemas psíquicos superiores” (Ferenczi, 1993b, p.7).

Em resumo, tais injunções ou proibições tinham como alvo a eliminação das resistências que emperravam o andamento da análise, e, após o desmembramento destas resistências, as novas associações que o paciente podia fazer eram escutadas, interpretadas e davam origem a construções da mesma maneira que na técnica freudiana. As referidas sugestões do analista serviriam,

com efeito, como um agente provocador, ou liberador, de conteúdos recalçados. O importante era, então, liberar este novo material para que a análise pudesse ter seu percurso retomado. Além disso, a atividade caberia não ao analista, mas ao paciente, que poderia aceitar ou não as sugestões que lhe eram feitas. Como Sabourin esclarece:

“o objetivo desta técnica é sempre a *atividade do paciente esclarecida pelo analista*, ao contrário do que seria um *acting*, ou uma chantagem à mudança, ou um deixar fazer qualquer coisa. É, às vezes, mais uma técnica de reativação, uma medida excepcional, um expediente, um artifício. Ao contrário da ‘análise por cima’, aquela que parte da superfície das associações, a técnica ativa é verdadeiramente uma ‘análise por baixo’. Trata-se pois de uma estratégia que não é um fim em si mesma, mas que chega algumas vezes ao *absurdo*, em vista de uma elucidação melhor das camadas profundas do inconsciente” (1988, p. 125).

Vale notar, porém, que se a técnica ativa buscava manter a abstinência do paciente no mais alto grau, contra os ganhos e satisfações conscientes, aumentando e exacerbando um sintoma transferencial, seu uso seria mais bem recomendado quando do fim de uma análise ou de uma prolongada estagnação. E, como se nota pelos textos citados, Ferenczi a considerava um instrumento valioso tanto na investigação quanto na retirada e supressão do recalque, por provocar uma nova distribuição da energia psíquica do paciente. No entanto, como consequência natural desta tentativa de eliminação do recalque, mais tarde ele iria reconhecer que tais medidas teriam como efeito também o aumento da resistência dos pacientes, e que seu procedimento só deveria ser utilizado em último caso, e sempre por um analista experiente, que já fosse formado e tivesse conduzido então inúmeras análises clássicas sem a utilização do método ativo (Ferenczi, 1993e).

Em 1926 Ferenczi escreve, porém, um artigo no qual reavalia a pertinência e a aplicabilidade de sua técnica, intitulado “Contraindicações da técnica ativa” (Ferenczi 1993e), enfatizando mais uma vez que somente psicanalistas experientes deveriam lançar mão de intervenções visando à atividade, sob risco de praticarem somente uma análise selvagem. Diz ele que as possibilidades abertas pelas injunções do analista teriam sua utilidade na medida em que poderiam ajudar a ultrapassar empecilhos surgidos, e que não constituiriam de modo algum uma maneira de evitar estes obstáculos. Estas sugestões deveriam ser utilizadas apenas em último caso, e preferencialmente no final da análise, pois acarretavam também um aumento da resistência, e, caso o analista não fosse hábil, isto teria o

efeito oposto do pretendido inicialmente, ou seja, o tratamento seria necessariamente prejudicado. O ego do paciente teria a tendência de reagir e opor-se ao aumento de tensão gerado pela atividade, de modo que a transferência seria seriamente ameaçada, o que faria com que a técnica ativa só fosse indicada caso o amor de transferência estivesse solidamente estabelecido (Ferenczi, 1993e).

Além disso, o discípulo de Freud também apresentava reservas quanto à concepção rígida de suas proibições, que representariam um perigo, dado que havia a possibilidade do analista acabar por impor sua vontade ao doente e assim causar “uma repetição exageradamente fiel da situação pais-criança ou a se permitirem posturas perfeitamente sádicas de professor” (Ferenczi, 1993e, p. 367), o que reforçaria o trauma neurótico, ao invés de permitir uma ressignificação deste. O limite da atividade permitida foi posto da seguinte maneira, naquela ocasião:

“são admitidos todos os modos de expressão que não obriguem o médico a sair de seu papel de observador e de conselheiro benevolente. Convém deixar insatisfeitos os desejos que o paciente tem de obter sinais de uma contra-transferência positiva; com efeito, a análise não cabe fazer a felicidade do paciente durante o tratamento por uma conduta carinhosa e amigável (no tocante a estas demandas, cumpre reenviá-lo para a vida real após a análise), mas deve repetir as reações do paciente à privação em condições mais favoráveis do que aquelas que foram possíveis na infância e corrigir os distúrbios do desenvolvimento cuja reconstituição histórica possa ser feita” (Ferenczi, 1993e, p. 371)

A importância, então, seria de manter a flexibilidade destas proibições ou injunções, apresentando-as simplesmente como sugestões justificadas e deixando a cargo do paciente a decisão quanto a segui-las ou não. O analista deveria se manter inativo, e o procedimento ferencziano serviria tão-somente para precipitar um material novo, cuja *interpretação* permanece sendo a principal tarefa da análise. Pois Ferenczi sempre concebeu suas contribuições técnicas como um complemento à técnica clássica da psicanálise, e não como um substituto a ela (Ferenczi, 1993d), afirmando inclusive que “a dita atividade não pretende, em absoluto, substituir a análise atual mas completá-la em alguns pontos e em certas circunstâncias precisas”(Ferenczi, 1993d, p.327).

### 3.2

#### **A Psicanálise com crianças: Melanie Klein, Anna Freud e Winnicott**

Se o cerne do trabalho psicanalítico desenvolve-se, segundo Freud – como já foi explicitado no capítulo anterior–, em torno do manejo da dinâmica da transferência e da contratransferência, na identificação e na superação das resistências e na função da interpretação e da construção, a análise de crianças representa um campo no qual a delimitação destes referentes é colocada em questão pelo próprio fato de que o paciente, neste caso, não apresenta uma organização psíquica já estabelecida, nem possui um domínio da linguagem verbal que permita a comunicação baseada somente nas palavras, além de manter um vínculo ainda muito estreito e dependente de seus objetos reais, a saber, seus pais. A prática analítica com crianças, portanto, desenvolvida principalmente depois dos anos 1920 (Roazen, 1992), deixa claro desde o princípio que o quadro definido por Freud para o adulto, ou seja, o uso do dispositivo divã-poltrona, da regra fundamental da associação livre e a grande ênfase dada à linguagem verbal não poderia ser aplicado às crianças, principalmente aquelas mais novas. É lícito considerar, porém, que um tratamento genuinamente psicanalítico possa ser desenvolvido com elas em enquadres distintos e principalmente adaptados às diferentes idades dos pequenos pacientes (Golse, 2005).

É interessante notar, de um ponto de vista histórico, que a primeira análise efetuada em uma criança foi aquela realizada pelo próprio Freud, no caso clínico do “Pequeno Hans” (1909/2007), conduzida, de fato, indiretamente através das indicações e relatos do pai do menino. Neste caso, a análise da transferência se deu entre Hans e seu pai, sob pano de fundo da transferência deste pai com o próprio Freud, fato que acarreta problemas transferenciais (Golse, 2005), já que a relação não teve lugar entre o paciente e o analista. Todavia, a primeira análise *autêntica* de crianças foi levada a cabo por Hermine von Hug-Hellmuth, durante a Primeira Guerra Mundial (Roazen, 1992). Utilizo aqui este adjetivo de autenticidade por ter sido ela a primeira a reconhecer a possibilidade de estabelecimento de uma transferência por parte da criança para com seu terapeuta, e utilizar, mesmo de forma não sistemática, as contribuições do jogo e do desenho no processo terapêutico com seus pacientes, ainda que não tenha empreendido “a psicanálise de crianças menores de seis anos, e embora usasse desenhos e

ocasionalmente o brincar como material, não os desenvolveu em uma técnica específica” (Klein, 1991).

Com efeito, a técnica da Psicanálise só começou a ser sistematizada e adaptada ao público infantil após a segunda década do século XX, notadamente a partir dos trabalhos e da clínica de Melanie Klein, Anna Freud e Donald W. Winnicott. As diferentes posições tomadas pelas duas autoras a respeito da técnica para este tipo tratamento analítico, no entanto, deram início a um dos maiores debates da história da Psicanálise, girando em torno principalmente de questões relativas ao lugar dos pais no processo, ao enquadre necessário, à dinâmica transferencial e contratransferencial e a função da interpretação.

Assim, Klein tinha como princípio que veículos como os brinquedos, os jogos e os desenhos infantis poderiam ser utilizados e tidos como análogos da fala do adulto em relação à regra fundamental da psicanálise (Klein, 1991). Dito de outra forma,

“O importante, para Melanie Klein, era o fato de que a brincadeira era uma maneira de a criança expressar o seu mundo interno, ou, noutros termos, a brincadeira era uma maneira pela qual as fantasias inconscientes infantis eram expressas. Então, a interpretação da brincadeira correspondia nada menos do que à interpretação dos conteúdos das fantasias inconscientes que a brincadeira tornava possível apreender a partir de seu simbolismo” (Fulgêncio, 2008, p. 128).

Anna Freud, por sua vez, considerava que estes mesmos jogos e desenhos não confeririam significação simbólica suficiente para serem considerados substitutos legítimos da associação livre, o que teria como consequência que o quadro analítico não poderia ser devidamente adaptado a uma análise de crianças, uma vez que, com elas, verifica-se ausência quase total de material analítico pela verbalização e utilização do instrumento da regra fundamental analítica, o que impediria a realização de uma análise propriamente dita (Freud, A., 1946). Os jogos, portanto, são importantes enquanto instrumento de observação, sendo assim parte essencial da técnica, mas não constituem um meio de obtenção de material interpretável (Freud, A., 1946). O analista é visto, aqui, como um observador que se encontra bastante próximo à criança, e se apoia principalmente nas falas dos pais e no desejo destes quanto ao tratamento de seu filho, o que aproxima a posição de Anna sobre a análise de crianças a uma postura mais

pedagógica, deixando em suspenso a possibilidade de uma intervenção direta no psiquismo da criança com o objetivo de aliviar os sintomas desta.

Para a filha de Freud, além disso, a dependência que a criança tem de seus pais impossibilitaria uma transferência real com o analista, o que, mais uma vez, impediria a análise infantil. A este respeito, Jacquemain diz que “para a criança que vivencia seus pais como objetos de amor na realidade, o analista só pode figurar como um objeto a mais e não no lugar deles” (Jacquemain, 2005, p. 1928). Anna Freud justifica este ponto de vista afirmando que a criança não teria consciência de seu sofrimento, não sendo capaz, por conseguinte, de formular um pedido de ajuda, ou uma demanda de análise, sendo necessária, então, uma sedução por parte do analista para que se estabeleça um vínculo forte o suficiente com a criança, o que permitiria, assim, uma análise em seguida (Freud, A., 1946). Esta perspectiva torna-se clara em duas passagens de seu livro “The psychoanalytical treatment of children”, nas quais ela resume sua posição da seguinte maneira, ao comparar o tratamento entre adultos e crianças:

“Mas o que constitui uma dificuldade ainda maior é que a criança ela mesma não é o sofredor, pois ela frequentemente não percebe o problema em si mesma de maneira alguma; apenas aqueles a seu redor sofrem com seus sintomas ou surtos de desobediência. Então falta à situação tudo aquilo que parece ser indispensável no caso de adultos: consciência da doença, decisão voluntária e uma vontade dirigida à cura” (Freud, A., 1946, p. 6).

Ainda nesta mesma página ela complementa seu argumento:

“Eu tenho sucesso em fazer um pequeno paciente ‘analísável’ no mesmo sentido do adulto, ou seja, induzindo uma tomada de consciência em seu problema, ao promover uma confiança no analista, e modificando a tomada de decisão da análise de outras pessoas para a criança. Para esta tarefa, a análise de crianças requer um período preparatório que não ocorre com adultos” (Freud, A., 1946, p.6).

Ou seja, a psicanalista vienense não acreditava ser possível estabelecer desde cedo com a criança uma relação puramente analítica, e propunha, assim, um período de preparação ou de treinamento antes do início do trabalho analítico propriamente dito. Também recomendava ao analista a busca de informações acerca da criança através dos pais, na medida em que considerava que a criança continuaria a exteriorizar suas reações anormais no ambiente doméstico e não na cena analítica, pois isto não seria possível, e também pela impossibilidade de se

criar uma neurose de transferência no paciente (Freud, A., 1946). Neste sentido, ela colocava em primeiro plano o consciente e o ego da criança, atribuindo importância principalmente a sua situação externa e valorizando o nível da realidade. O analista, portanto, acabaria se fundindo em duas funções combinadas: tratar e educar (Prizskulnik, 1995). As entrevistas com os pais durante o tratamento seriam, portanto, fundamentais, por serem fontes não só de informação sobre o paciente, já que este não possuiria a capacidade de fornecê-las por si mesmo, mas também para que o analista pudesse orientá-los quanto à educação de seus filhos, o que seria uma das únicas formas de intervenção no mundo real infantil. Interessante notar que a perspectiva técnica adotada por Anna Freud não se encontra, em linhas gerais, muito distante daquela escolhida por seu pai quando da análise do Pequeno Hans, apesar de ser certamente bem mais elaborada e embasada do que o único tratamento deste gênero empreendido pelo próprio Freud.

A posição de Melanie Klein, como já se pode deduzir do pouco que foi dito nas páginas anteriores, era radicalmente diferente e diametralmente oposta àquela defendida pela filha caçula do criador da Psicanálise. Seu posicionamento era o de que, tal qual na psicanálise de adultos, o tratamento de crianças deveria explorar o inconsciente do indivíduo, e sua técnica tinha como objetivo tornar viável este procedimento. Para Klein, as crianças em atendimento expressavam suas fantasias e ansiedades através do brincar e, ao recorrer a interpretações verbais destas brincadeiras, comunicadas diretamente a criança, ainda que na linguagem desta última, o resultado obtido seria não só uma diminuição destas ansiedades como também o surgimento de material adicional nas brincadeiras dos pacientes. A própria autora se expressa sobre este aspecto de sua técnica dizendo que

“esta abordagem corresponde a um princípio fundamental da psicanálise – a associação livre. Ao interpretar não apenas as palavras da criança mas também suas atividades com seus brinquedos, apliquei este princípio básico à mente da criança, cujo brincar e atividades variadas – na verdade, todo o seu comportamento – são meios de expressar o que o adulto expressa predominantemente através de palavras. Também orientei-me sempre por dois outros princípios da análise, estabelecidos por Freud, que desde o princípio considerei fundamentais: que a exploração do inconsciente é a principal tarefa do procedimento psicanalítico, e que a análise da transferência é o meio de atingir este objetivo” (Klein, 1991, p. 151)

Uma das precondições na realização de uma análise com crianças seria, portanto, a compreensão e a interpretação das fantasias, sentimentos, ansiedades e experiências do paciente, quase sempre comunicadas através deste brincar. Ou, caso houvesse a inibição desta capacidade, a interpretação incidiria sobre as causas do impedimento da brincadeira.

Quanto à transferência na análise, “espinha dorsal do procedimento psicanalítico” (Klein, 1991, p. 153), a psicanalista acreditava que seu estabelecimento dependeria da capacidade do paciente sentir que o consultório, ou a sala de atendimento, pertencia a um domínio distinto de sua vida familiar cotidiana. Segundo ela, “isto porque é apenas sob tais condições que ele pode superar suas resistências contra vivenciar e expressar pensamentos, sentimentos e desejos que são incompatíveis com as convenções sociais e que, no caso de crianças, são sentidos como contrastando com muito do que lhes foi ensinado.” (Klein, 1991, p. 153). Da mesma forma que em um atendimento de adultos, na psicanálise infantil kleiniana, a transferência – tanto a negativa quanto a positiva – deveria ser interpretada, pois para esta vertente psicanalítica a transferência encontra-se presente desde o início do tratamento, e, independente do material utilizado para a emergência de conteúdos, é essencial que os princípios analíticos subjacentes à técnica estabelecida por Freud sejam aplicados. Caso a interpretação fosse pertinente a pontos do material trazido pela criança, ela teria a capacidade de compreender a comunicação do analista, que era feita sucintamente e com expressões da própria criança. Isto se dava, segundo Klein, pelo fato de que as conexões entre o Inconsciente e o Consciente da criança pequena são mais próximas, e as repressões ainda menos poderosas do que nos adultos.

Apesar de no início de sua atividade clínica ela ter realizado atendimentos nas casas de seus pacientes, Melanie Klein logo percebeu que, se quisesse realizar esta separação entre a vida diária da criança e seu mundo externo, seria mais indicado que o tratamento ocorresse em um consultório fora da residência da criança. Assim sendo, por enfatizar os processos internos da criança e proteger o ambiente analítico de influências externas, Klein preferia que os pais do paciente fossem encaminhados para um outro analista, não cabendo ao terapeuta atender tanto a criança quanto seus responsáveis. Ainda de acordo com a exigência de dar espaço e ênfase ao psiquismo infantil, a seleção dos brinquedos utilizados no atendimento era feita de modo a permitir que o máximo de experiências,

sentimentos e fantasias pudesse ser depositado e projetado na atividade de brincar. Ela estipulou, por isto, que os brinquedos oferecidos pelo analista deveriam ser, em geral, simples, pequenos e não mecânicos, “porque seu número e variedade permitem à criança expressar uma ampla variedade de fantasias e experiências” (Klein, 1991, p. 154). A simplicidade dos brinquedos garantia, conseqüentemente, a plasticidade das brincadeiras. Também ressaltou que cada criança tinha seu próprio conjunto de brinquedos, o qual, após a sessão, era guardado até o próximo encontro, ação que possuiria a mesma função, na criança, da relação privada e íntima entre analista e paciente, característica fundamental da situação transferencial em análise.

Em oposição declarada a Anna Freud, Melanie Klein ainda destacou como aspecto importante de sua técnica o fato de que, tal qual em uma análise com adultos, não cabia ao analista julgar ou condenar as expressões e pensamentos do paciente. Ou seja, para ela não se deveria mostrar desaprovação caso a criança quebrasse um brinquedo, por exemplo. Sua posição era a de não utilizar “influência moral ou educativa”, atendo-se “apenas ao procedimento psicanalítico que, resumidamente, consiste em compreender a mente do paciente e comunicar a ele o que ocorre nela” (Klein, 1991, p. 157).

Podemos perceber, até este ponto, que havia uma disputa marcante, no início da adaptação da técnica da psicanálise para o atendimento de crianças pequenas, sobre qual postura seria a mais adequada do analista, e quais caminhos e opções seriam os melhores nesta tarefa. Se Melanie Klein e Anna Freud, com efeito, lideraram dois polos desta discussão, constituindo um verdadeiro cisma no interior da Sociedade Britânica de Psicanálise, isto não quer dizer que seus pontos de vista eram os únicos a se manifestar naquele momento. Pois além dos extremos representados pelas duas, também houve a formação de um terceiro grupo, adequadamente chamado de *middle group*, ou grupo do meio, para o qual a adesão a um ou outro partido não era necessária. O nome de Winnicott surgiu como representante desta terceira via possível na compreensão da psicanálise infantil, revelando e trabalhando sobre aspectos que não eram vislumbrados pelas duas autoras anteriores.

Ainda que Winnicott se apoiasse, tal qual Klein e Anna Freud, na atividade do brincar como princípio técnico fundamental para o tratamento das crianças, seu foco recaiu sobre um plano diferente em sua aproximação e

compreensão das brincadeiras infantis. Assim, para ele era mais importante se ater à *capacidade* que o paciente tinha de brincar do que ao que estava sendo comunicado por esta atividade. Ao final de seu texto intitulado “O brincar, uma exposição teórica”, ele resume seu pensamento dizendo-nos que

“para uma aproximação à ideia do brincar, é útil pensar na *preocupação* que caracteriza o brincar de uma criança pequena. O conteúdo não importa. O que importa é o estado de quase alheamento, aparentando à *concentração* das crianças mais velhas e dos adultos. A criança que brinca habita uma área que não pode ser facilmente abandonada, nem tampouco admite facilmente intrusões” (Winnicott, 1975a, p. 79).

O autor deixava bem claro, em oposição às outras duas correntes ocupadas de crianças na psicanálise, que, *o conteúdo da brincadeira não é importante*. O que seria crucial, no desenvolvimento e para a saúde não só da criança como também do adulto, era que o indivíduo estivesse apto a brincar, e assim ter a habilidade de comunicar através de jogos, desenhos, brincadeiras e, futuramente, senso de humor. Winnicott estava ciente de que sua maneira de conceber o brincar não o considerava unicamente como uma forma de expressar (sublimar) as pressões instintuais, e compreendia que a brincadeira é um fim em si mesmo, sendo fonte de satisfação mesmo quando elevasse o grau de ansiedade da criança, com a reserva de que haveria, no entanto, um nível insuportável deste sentimento que destruiria o brincar, devendo ser, portanto, evitado (Winnicott, 1975a). Ainda neste mesmo texto, lê-se que “a característica essencial do que desejo comunicar refere-se ao brincar como uma experiência, sempre uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver” (Winnicott, 1975a, p. 75).

Para o psicanalista inglês, o brincar é, então, uma atividade psicoterápica em si mesma, não somente pelos conteúdos simbólicos que seriam expressos nela, mas principalmente por ser através da brincadeira que a criança pode exercitar seu potencial criativo e fruir desta liberdade (Winnicott, 1975b). Ou seja, uma criança doente seria aquela que não conquistou ou perdeu esta capacidade, e caberia então ao analista ou terapeuta trabalhar no sentido de promover esta conquista, oferecendo as condições ambientais para que o paciente chegasse a ela: “Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a este sintoma principal” (Winnicott, 1975a, p. 71).

Não se tratava, no entanto, de instalar ou impor a brincadeira como algo advindo somente do analista, mas de criar as condições ambientais de adaptação e comunicação que levassem o paciente a poder brincar enquanto compreendia esta brincadeira como uma experiência contínua e de troca com o mundo. Pois é só quando esta capacidade se restabelece que faz sentido a interpretação de algum conteúdo. Caso contrário, a interpretação seria fonte de submissão do paciente, que ainda possui uma postura muito rígida para se apropriar dela à sua maneira. Ou, nas palavras de Leopoldo Fulgêncio:

“O brincar, como modelo para a prática analítica, é concebido em função do encontro com o si-mesmo, da comunicação e da interseção entre a realidade subjetiva e a objetivamente percebida, encontro que contribui para o amadurecimento, uma vez que corresponde a um tipo de integração da pessoa. Este conjunto de acontecimentos vividos e repetidos na situação analítica permite que o paciente possa tomar a vida como algo que lhe diz respeito, já que este encontro se dá na área em que ele cria o mundo em que vive, ao mesmo tempo em que se adapta ao mundo objetivamente dado, sem perda significativa da sua espontaneidade.” (Fulgêncio, 2008, p. 133).

Estimular a espontaneidade e a capacidade de criação garantiria a saúde mental da criança, já que o brincar não seria exatamente a realidade interna nem tampouco a externa do indivíduo. Ao brincar, a criança traz para esta área lúdica fenômenos e eventos que são originários da realidade externa, porém os utiliza a serviço de sua realidade interna. Desde que há uma “evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (Winnicott, 1975b, p. 80), um tratamento analítico deve permitir à criança a apropriação desta capacidade de estar em um espaço intermediário entre o mundo externo e interno. Ao brincar junto com a criança, o analista pode ajudá-la a desenvolver este espaço e diminuir sua rigidez. A análise buscava, então, fornecer uma nova experiência de criatividade, em um ambiente especializado que possibilitasse o relaxamento do paciente (Winnicott, 1975b). Ou seja, o próprio enquadre da análise deveria se tornar este ambiente intermediário, permitindo o surgimento de ideias e pensamentos aparentemente desconexos, que o analista aceitava como tais, sem exigir ou presumir a existência de um fio condutor entre eles. Pois, caso houvesse esta expectativa ou busca de um sentido, a possibilidade de um relaxamento criativo era perdida, já que se introduzia uma tensão direcionada à organização do conteúdo comunicado.

Sobre isso, podemos citar aqui um parágrafo do próprio Winnicott, no qual ele resume a suas ideias acerca do objetivo de um atendimento e da postura de um analista:

“a associação livre que revela um tema coerente já está afetada pela ansiedade, e a coesão das ideias é uma organização defensiva. Talvez seja necessário aceitar que alguns pacientes precisam às vezes que o terapeuta possa observar o absurdo próprio ao estado mental do indivíduo em repouso, sem a necessidade, mesmo para o paciente, de comunicar este absurdo, o que equivale a dizer, sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo. O absurdo organizado já constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos. O terapeuta que não consegue receber esta comunicação empenha-se numa tentativa vã de descobrir alguma organização no absurdo, em consequência do que o paciente abandona a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo. Uma oportunidade de repouso foi perdida, devido à necessidade que o terapeuta teve de encontrar sentido onde este não existe. O paciente não pode repousar, devido a um fracasso das provisões ambientais, que desfez o sentimento de confiança. O terapeuta, sem saber, abandonou o papel profissional, e o fez, desviando-se para pior, a fim de ser um analista arguto e encontrar ordem no caos” (Winnicott, 1975b, p.82).

Em outras palavras, a função do analista de olhar, tolerar o caos e oferecer condições de confiança ao paciente era muito mais importante, para Winnicott, do que a interpretação tradicional psicanalítica. O paciente, no consultório, buscava formar uma base de sentimento de si mesmo, e era através da atenção do analista em um *setting* que permite o surgimento de conteúdos sem significação que o paciente poderia reviver experiências extremamente primitivas de separação e troca entre o mundo interno e externo, possibilitando a compreensão de si mesmo como uma unidade reconhecida por outros e manifestada de maneira criativa.

Winnicott, portanto, distanciou-se de uma perspectiva psicanalítica que depositava sua atenção fosse no mundo externo da criança – como o fez Anna Freud –, fosse no mundo interno – como foi o caso de Melanie Klein –, atendo-se mais à *forma* do brincar e suas condições de existência do que aos *conteúdos* e seus significados. Assim, inaugurou uma nova vertente da técnica da psicanálise de crianças ao realizar adaptações diferentes da técnica clássica de análise com adultos, e desenvolver novos instrumentos, tanto práticos quanto conceituais, para o tratamento.

A psicanálise infantil, como se pode ver, convoca a criatividade do analista e estimula tanto seu imaginário e sua capacidade de jogar, aspecto particularmente teorizado pelo grande analista que foi Winnicott. Estes dispositivos assaz

específicos da análise de crianças seriam difundidos, e também se tornariam parte integrante da prática da análise com adultos. De um ponto de vista da pesquisa, foi exatamente esta nova dinâmica introduzida pelas adaptações do enquadre que pôde aprofundar a prática psicanalítica, ao permitir uma outra compreensão de alguns fenômenos, a saber: a sexualidade infantil foi revisitada e a concepção freudiana do pequeno perverso polimorfo foi não somente verificada mas também ampliada. Sobre o plano econômico, o trabalho de investimento e de desinvestimento pulsional pôde ser observado *in vivo* e não mais unicamente através da rememoração. Ainda, mecanismos como a denegação puderam ser igualmente examinados de maneira direta, além de uma aproximação e compreensão do recalque enquanto este estava em vias de construção. Os psicanalistas que orientaram tratamentos com crianças estavam também bem posicionados quanto à manifestação e estruturação das relações intrínsecas que se estabelecem na melancolia, na perversão e na sublimação, no momento, por exemplo, da entrada na fase de latência (Bonnet, 2009)

### 3.3

#### Lacan e o tempo lógico

A contribuição de Lacan ao tema da técnica psicanalítica não pode ser introduzida sem certa dificuldade; pois, enquanto os autores trabalhados nos itens anteriores deste capítulo introduziram elementos técnicos que possibilitaram uma expansão teórica e clínica da psicanálise em direção a novos tipos de pacientes – como as crianças –, ou a novos aspectos pouco elaborados por Freud – como é o caso da contratransferência ou do lugar do corpo introduzido por Ferenczi –, a intenção do psicanalista francês ao longo de seu trabalho foi estabelecer uma nova maneira de se ler e compreender toda a obra freudiana. Lacan alia-se, para isto, às teorias linguísticas e a posições e opções filosóficas oriundas de Hegel, Kojève e Koyré (Roudinesco e Plon, 1998). Deste agrupamento com a linguística ele adota o conceito de significante como um dos elementos fundamentais de seu sistema de pensamento, retomando o conceito introduzido por Saussure na linguística à sua maneira. Pois, enquanto o significante do linguista francês designava a parte do signo linguístico ligado ao som, em oposição ao significado, parcela ligada ao conceito (Saussure, 2006), Lacan valoriza uma supremacia do significante,

tornando-o mais importante e de relevância muito maior do que o significado. Assim, suas contribuições técnicas passam necessariamente por este elemento, o qual Roudinesco resume da seguinte maneira, em um parágrafo de seu Dicionário de Psicanálise:

“Saussure situou o significado *acima* do significante e separou os dois por uma barra, denominada *significação*. Lacan inverteu esta posição e colocou o significado *abaixo* do significante, ao qual atribuiu uma função primordial. Depois, tornando a levar em conta a ideia de valor, ele sublinhou que toda significação remete a uma outra significação. Deduziu disto que o significante está isolado do significado como uma letra, um traço ou uma palavra simbólica, desprovida de significação mas determinante, como função, para o discurso ou o destino do sujeito. A este sujeito, não mais assimilável a um eu, Lacan chamou ‘sujeito do inconsciente’. Ele não seria um sujeito ‘pleno’, mas representado pelo significante, isto é, pela letra onde se marca o assentamento do inconsciente na linguagem” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 709).

É certo que as inovações lacanianas vão muito além de sua abordagem clínica, abrangendo também toda uma extensa gama de conceitos, e que mesmo os dispositivos clínicos propostos por Lacan ultrapassam a noção do tempo lógico e a prática da escansão das sessões. Dar conta da clínica lacaniana em sua totalidade exigiria, porém, um trabalho à parte, e demandaria um espaço muito mais vasto do que este de que dispomos na presente dissertação. Além disso, através das sessões de tempo variável – características desta corrente da psicanálise –, proporcionadas pela adoção do tempo lógico na administração do tempo de atendimento, Lacan coloca em questão e dedica-se a refletir sobre instrumentos fundamentais da clínica freudiana, a saber, a interpretação e a associação livre.

Para ele, só podemos ter esperança em dominar um fenômeno do campo psicanalítico se renunciarmos a toda dominação daquilo que poderia ser retido como objeto. Deve-se, portanto, abdicar da compreensão pela tomada de consciência, sacrificando, desta feita, toda intenção interpretativa para permitir que se inicie um movimento do inconsciente em direção à única palavra que retém nela mesma uma sobredeterminação significante. De acordo com Lacan, em uma cura psicanalítica não se trata de passar de um estágio inconsciente, obscuro, a um estágio consciente, dominado pela clareza, mas sim de se passar da palavra ao significante (Lacan, 1998a), por mais enigmático que isso possa parecer a alguns analistas.

A duração da análise passa, então, a ser medida em cortes, escansões que têm como objetivo revelar a descontinuidade do discurso do paciente, e se assemelham mais a um *ritmo* do que a uma passagem cronológica. Dito em outras palavras, ao suspender a continuidade, isola-se uma sequência na qual pode ser lida uma suposição do sujeito, uma aparição do significante. A fim de realizar e justificar este empreendimento, é realizada uma “subversão” do tempo cronológico, apoiando-se não só na ideia freudiana de um inconsciente a-temporal, mas também no sofisma dos três prisioneiros, e em sua solução lógica (Lacan, 1998b), para pôr em evidência o valor de uma estrutura diferente do tempo na asserção subjetiva.

Tal medida é introduzida a partir de um sofisma que pode ser assim resumido: o diretor de um presídio chama três prisioneiros e lhes diz que tem cinco discos, sendo três brancos e dois pretos. Ele prenderá um disco nas costas de cada um dos três presos, de modo que cada sujeito não poderá ver qual a cor do disco que foi preso em suas costas, mas conseguirá ver os discos nas costas dos companheiros. Aquele que primeiro puder deduzir qual a cor do disco preso em suas costas será libertado, com a condição de poder justificar sua conclusão *logicamente*, e não em termos de probabilidade. Após refletir por um certo tempo, os três sujeitos saem juntos da sala, fornecendo em separado sua justificativa, todas semelhantes: “Sou branco e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: ‘Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto’. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles.” (Lacan, 1998b, p. 198).

Ao examinar as etapas envolvidas entre a apresentação do problema aos presos e sua resolução final, percebemos que todos eles encontram-se na mesma situação, na qual cada um hesita sobre decidir sua própria cor, mas assim é introduzido numa tensão temporal para concluir, pois pode, a qualquer momento, ser superado por algum dos outros companheiros. Eles são introduzidos desta maneira no problema de deduzir o que são a partir do que eles não sabem de si mesmos, apesar dos outros o saberem. Eles devem ter êxito em concluir, apesar da falta de saber. Este estado de coisas seria paradigmático da situação analítica, na qual o paciente precisa concluir algo de si mesmo após um tempo de compreensão

daquilo que vê conjugado com o que ele não sabe. Da situação dos prisioneiros e de seu respectivo desfecho, é possível distinguir, portanto, três momentos diferentes, chamados por Lacan de *instante de ver*, *tempo de compreender* e *momento de concluir* (Lacan, 1998b).

No *instante de ver*, há a exclusão lógica de uma possibilidade de dedução, pois, se o sujeito estivesse diante de dois discos pretos, seria, ele mesmo, um disco branco. Como isto não ocorre, tem-se uma primeira evidência que leva à manutenção das possibilidades iniciais: a de se ser branco ou preto. É esta primeira exclusão que acarreta a passagem ao *tempo de compreender*.

Nesta segunda escansão, o prisioneiro pode objetivar algo além daquilo que a primeira aparência permitiu. Como os outros dois sujeitos se mantêm inertes, ele pode intuir, após um tempo de reflexão sobre sua relação com os outros, que, fosse ele preto, os outros dois, que ele sabe serem brancos, não demorariam muito para se reconhecerem como sendo brancos. Nas palavras do próprio Lacan, “a evidência deste momento supõe a duração de um *tempo de meditação* que cada um dos dois brancos tem que constatar no outro, e que o sujeito manifesta nos termos que liga aos lábios de um e de outro, como se estivessem inscritos numa bandeirola: ‘Se eu fosse preto, ele teria saído sem esperar um instante. Se ele continua meditando, é porque sou branco’” (Lacan, 1998b, p. 205). Este tempo de reflexão, no entanto, pode estender-se indefinidamente, pois a ação de cada um dos prisioneiros fica presa a uma causalidade mútua, dado que ainda resta a possibilidade de o sujeito, diante de dois brancos, ser preto. O problema, então, só pode ser solucionado mediante a precipitação da conclusão realizada por um dos três presos. Só desta maneira pode-se passar ao *momento de concluir*.

A urgência do momento faz com que o sujeito se se apreste para a porta, considerando-se branco, para que os outros dois, sabidamente brancos, não o precedam e se reconheçam brancos também. O sujeito, através deste movimento, conclui sua decisão por esta asserção sobre si mesmo. Pois, se o sujeito deixar que algum dos dois brancos saia antes dele, ele perderá a oportunidade de concluir que *não* é preto. Ao se assumir branco e ir em direção a saída, ele provoca uma ação nos outros dois brancos e submete sua conclusão a prova da dúvida, apesar de já ter certeza dela. Dito de outra forma, “o sujeito, com efeito, captou o momento de concluir que é branco ante a evidência *subjetiva* de um tempo de demora que o

apresta em direção à saída, mas, caso não tenha captado este momento, ele não age de outra maneira ante a evidência *objetiva* da saída dos outros, e sai no mesmo passo que eles, só que seguro de ser preto” (Lacan, 1998b, p. 208). É o avanço sozinho no ato de sair que gera a certeza do sujeito.

Pois bem, este sujeito que conclui – a partir de sua relação com o outro e de sua separação deste outro – dá, segundo Lacan, a forma lógica essencial do eu psicológico (Lacan, 1998b). Segundo Fingermann, “o tempo de produção do sujeito se desdobra segundo uma temporalidade lógica, já que a operação ‘alienação’, identificação ao significante do Outro, remete ao tempo de compreender, e a operação ‘separação’, ao momento de concluir, sem o Outro” (Fingermann, 2009, p. 64). Sendo assim, o tempo de uma análise seria aquele necessário para que haja produção de uma conclusão onde o paciente não possui um saber sobre ele mesmo, para que ele possa se separar da referência significativa do Outro; e a lógica introduzida no pensamento psicanalítico por Lacan é o que orienta e sustenta a prática das sessões curtas, ou de tempo variável. O manejo da cura seria o manejo do sujeito via manejo do tempo na medida em que sua fala se desdobra ao longo das sessões. Para Lacan, o tempo do sujeito se revela através das irregularidades e dos lapsos, que devem, portanto, ser alçados aos únicos árbitros da duração de um tratamento e de cada sessão ao longo de um tratamento. Pois, na medida em que a dinâmica do discurso é imprevisível, o mesmo deve ocorrer com a duração das sessões, que tem como objetivo acompanhar e apontar para esta dinâmica (Lacan, 1998c).

O corte da sessão pelo analista, portanto, nunca seria inocente ou aleatório, e sua função seria apontar uma descontinuidade na associação livre do paciente e, ao marcar esta descontinuidade, remeter novamente o sujeito a um tempo de compreender, ou seja, uma busca das causas e dos sentidos daquilo que foi dito e logo depois cortado. Com a interrupção da sessão, um significante do discurso daquele sujeito é posto em relevo, e é com este significante que o paciente deve lidar. A interrupção provocada na análise lacaniana faz com que o analisando suponha, então, que o analista sabe por que interrompe a fala naquele momento preciso, e que ele saberá sempre e toda vez que suspender uma sessão. Como se o corte viesse para dizer ao analisando que o tempo da sessão nunca será suficiente para que ele possa dizer tudo aquilo que precisa, ou que pretende, e o deixa às voltas com aquilo que foi dito por último, ainda que ele não saiba exatamente o

que foi. Assim realizado, o corte lacaniano separa uma fatia significativa da fala do paciente e o envia a refletir sobre ela.

Desta maneira, a escansão marcaria um ponto de parada no discurso do sujeito, interrompendo o fluxo da associação livre e impedindo uma ritualização do tratamento. Ela busca significar para o analisando que não se pode dizer tudo, e metaforiza a divisão do sujeito e seu acesso à linguagem. Ao suspender a continuidade da sessão, o analista isola uma sequência na qual poderia ser vislumbrada uma suposição do sujeito, suposição esta que deverá ser elaborada no intervalo entre as sessões. A escansão, por isto, faz com que o paciente se mantenha no *tempo de compreender*.

Como consequência, o paciente não tem como se situar ou se reorganizar de antemão em relação a um fim de sessão pré-instituído, e toda interrupção supostamente se inscreveria em um sentido específico, ou viria para romper um excesso de sentido nas associações do analisando (Khoury, 2006). A escansão de uma sessão convidaria então o paciente a realizar um trabalho de elaboração solitário, sem a ajuda da palavra, ou da comunicação a outrem, seu analista. A intervenção realizada desta forma não poderia ser *diluída* nas associações que ela produzisse durante o atendimento, e, ao sair da companhia do psicanalista com um material a ser elaborado de forma solitária, haveria a simulação de um fim de análise, no qual o analisando deverá elaborar e reconstruir sozinho as questões que lhe forem suscitadas.

Segundo Maurice Khoury, poderíamos compreender melhor a lógica do tempo na base da conceitualização das sessões de duração variáveis e de duração fixa

“pontuando uma distinção essencial entre o inconsciente ‘freudiano’ e o inconsciente ‘lacaniano’, sendo este último já ‘estruturado como uma linguagem’, transparecendo como tal no discurso e veiculado pela palavra. Ele é portanto já estruturado e o ato do analista consiste então em introduzir os cortes significantes conforme uma temporalidade que depende das imprevisibilidades do inconsciente. Em contrapartida, e pela lógica das sessões de duração fixa, o inconsciente, conforme o reinado dos processos primários e funcionando inteiramente com uma organização embrionária, precede de um sistema de transformações com uma fluidez econômica, uma convertibilidade e uma circulação contínua de representações” (Khoury, 2006, p. 87).

Em outras palavras, a duração fixa organizaria a temporalidade de uma sessão, e, ao circunscrever seus limites, ela também manteria a referência

institucional estabelecida por Freud, que garantiria uma referência simbólica terceira – o tempo cronológico e fixo dos encontros – e o enquadre clássico que permitiria o desenvolvimento de uma análise. Por outro lado, a tradição lacaniana da escansão das sessões faz com que a atividade suspensiva, apesar de poder ser criticada por se moldar sobre um poder unívoco que tenderia a ser irreversível (Khoury, 2006), tenha a função mesma de ser propulsora da evolução do tratamento. Além disso, ela também sustentaria uma postura ética do psicanalista, que se encontraria assim liberado da responsabilidade com uma instituição temporal, e tomaria para si o cargo de fazer de cada intervenção sua própria decisão.

De qualquer forma, a opção lacaniana de pensar o tempo de acordo com o sofisma dos três prisioneiros expandiu as possibilidades de intervenções diferentes na clínica daquelas que vinham sendo praticadas pelos pós-freudianos. Além disso, aprofundou a relação da clínica com a estrutura da linguagem e revelou novas intervenções bem como seus efeitos terapêuticos. O enquadre teve de ser repensado e deu lugar a uma elaboração do paciente que se dá fora do âmbito do consultório e da relação direta entre analista e analisando. Assim, a reação de Lacan ao que ele considerava um engessamento da técnica e de toda a teoria psicanalítica permitiu uma ampla mudança no paradigma psicanalítico vigente, revelando uma prática clínica desvinculada em diversos quesitos daquela instituída por Freud.