

**INTRODUÇÃO CLÍNICA À
PSICANÁLISE LACANIANA**



Transmissão da Psicanálise
diretor: Marco Antonio Coutinho Jorge

Bruce Fink

INTRODUÇÃO CLÍNICA À PSICANÁLISE LACANIANA

Tradução:
Vera Ribeiro

Revisão técnica:
Marco Antonio Coutinho Jorge
Programa de Pós-graduação em Psicanálise/Uerj

Para Héloïse

Título original:

*A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis
(Theory and Technique)*

Tradução autorizada da primeira edição inglesa,
publicada em 1999 por Harvard University Press,
de Londres, Inglaterra

Copyright © 1997, The President and Fellows of Harvard College

Copyright da edição brasileira © 2018:

Jorge Zahar Editor Ltda.

rua Marquês de S. Vicente 99 – 1ª | 22451-041 Rio de Janeiro, RJ

tel (21) 2529-4750 | fax (21) 2529-4787

editora@zahar.com.br | www.zahar.com.br

Todos os direitos reservados.

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo
ou em parte, constitui violação de direitos autorais. (Lei 9.610/98)

Grafia atualizada respeitando o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Preparação: Angela Ramalho Vianna

Revisão: Eduardo Monteiro, Carolina Menegassi Leocadio

Indexação: Gabriella Russano

Capa: Sérgio Campante

CIP-Brasil. Catalogação na publicação

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

F535i Fink, Bruce
Introdução clínica à psicanálise lacaniana/Bruce Fink; tradução Vera Ribeiro. –
1.ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

il. (Transmissão da Psicanálise)

Tradução de: *A clinical introduction to lacanian psychoanalysis (Theory and technique)*

Inclui índice

ISBN 978-85-378-1735-3

1. Lacan, Jacques, 1901-1981. 2. Psicanálise. I. Ribeiro, Vera. II. Título. III. Série.

18-47078

CDD: 616.85262

CDU: 159.964.2

PREFÁCIO

O fim do meu ensino tem sido, e permanece, o de formar analistas.

LACAN, Seminário 11, p.209[224]*

APESAR DA GRANDE COMPLEXIDADE dos escritos de Lacan, muitas de suas ideias e inovações clínicas podem ser formuladas de maneira simples e clara. No entanto, poucos ou nenhum dos livros sobre Lacan hoje disponíveis falam de como praticar a psicanálise lacaniana, do que ela realmente envolve e, por conseguinte, do que a distingue de outras formas de terapia, tenham elas ou não uma orientação psicanalítica.

Este livro se propõe a retificar essa situação. Destina-se a clínicos (psicanalistas, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, orientadores, assistentes sociais etc.) e a pessoas que estão em terapia – ou se interessam por fazê-la. O livro nasceu de meu trabalho de formação de novos terapeutas na Universidade Duquesne e da supervisão de clínicos já no exercício da profissão – alguns por um bom número de anos. Poucos deles tinham grande conhecimento anterior da obra de Lacan, mas pudemos encontrar um terreno comum na nossa experiência clínica, lidando com os tipos de problemas enfrentados por uma ampla gama de clínicos: fazer os pacientes se engajarem na terapia, lidar com sua angústia e suas demandas, manejar o amor transferencial, pôr de lado nossos sentimentos favoráveis (ou contrários) ao paciente, manter nossos preconceitos fora do contexto terapêutico, trabalhar com a agressão, o sarcasmo e a crítica do paciente, e assim por diante.

Na minha experiência, clínicos de diversas orientações consideram o trabalho de Lacan muito acessível, quando usado para elucidar situações clínicas concretas e históricos individuais de casos. Por isso, fiz o melhor que pude aqui para discutir aspectos cotidianos da experiência dos praticantes e usar o máximo possível de exemplos para ilustrar minhas formulações.

Não pressuponho um conhecimento prévio da obra lacaniana e ofereço sugestões de leitura para complementar minha discussão, em seção separada

* Sobre as referências a obras e páginas de Lacan e Freud, ver a “Nota sobre a documentação na edição brasileira”, na p.245 do presente livro.

no final do livro, na qual se incluem livros e artigos de Freud, Lacan e discípulos deste. Ao contrário de muitos de meus trabalhos anteriores sobre Lacan, este livro não inclui uma interpretação meticulosa de conceitos lacanianos complexos nem uma trabalhosa decifração de formulações de seus escritos, extremamente densos. Presumo que o leitor se veja confrontando a multiplicidade de problemas de ordem prática suscitados pelo trabalho terapêutico com pacientes, e ainda não saiba ao certo se a abordagem lacaniana lhe interessa o suficiente para que dedique horas e horas, ou, mais provavelmente, meses e anos, à elaboração dos pontos mais sutis dessa teoria.

Assim, minha abordagem aqui pode ser vista de pelo menos duas maneiras diferentes: 1) Ela constitui uma popularização injustificavelmente expurgada da obra lacaniana, envolvendo generalizações e reducionismo grosseiros – é fatal que alguns me façam essa acusação. 2) Ela tenta proporcionar um ponto de encontro entre teoria e prática que faz uma dolorosa falta, um ponto de encontro como o que existe em muitos hospitais e ambulatórios parisienses dirigidos por lacanianos. Nesses contextos clínicos, novos terapeutas e terapeutas em formação engajam-se no trabalho diário com lacanianos – não em relação aos pontos mais sutis da dialética hegeliana, da lógica modal, da topologia, das teorias heideggerianas do ser e da verdade, ou de tropos literários, mas em relação a casos concretos em que o diagnóstico, a medicação, a hospitalização e o envolvimento do paciente na terapia são questões vitais. É no contexto da apresentação de casos, da discussão do que precisa ser feito para determinado paciente, ou da interpretação de um sonho, fantasia ou devaneio, que os clínicos da França deparam, com frequência pela primeira vez, com conceitos como o desejo do analista, o simbólico, o objeto *a*, o gozo e assim por diante. Mesmo nessas circunstâncias, eles não os apreendem automaticamente, porém ao menos existe aí um contexto em que conceitos lacanianos básicos são usados em meios clínicos do dia a dia para formular o que está acontecendo com pacientes específicos, em momentos específicos, e para fazer recomendações aos terapeutas que os tratam.

Nem todos nascem analistas, e o francês ou francesa comum das ruas não entende nada da gramática de Lacan, muito menos de seus pronunciamentos multiestratificados e polivalentes. Ninguém na França passa a compreender Lacan pela leitura da principal obra que ele escreveu, os *Escritos*; como ele próprio disse, “eles não eram para ser lidos” (Seminário 20, p.29[32]). Os terapeutas franceses aprendem Lacan em contextos acadêmicos e clínicos, nos quais têm aulas com um ou mais dos milhares de praticantes que trabalharam diretamente com Lacan e seus associados, frequentaram palestras, compareceram a

apresentações de casos nos hospitais, passaram anos no divã etc. Aprenderam sobre o trabalho de Lacan em primeira mão – como uma prática.

Nos Estados Unidos, até hoje a psicanálise lacaniana tem sido vista como pouco mais que um conjunto de textos – um discurso acadêmico morto. Para que o discurso de Lacan ganhe vida, é preciso introduzir sua *abordagem clínica*, através da análise, da supervisão e do trabalho clínico – em outras palavras, através da experiência subjetiva. Os livros são apenas um começo. Se, atingindo os clínicos no nível da sua experiência cotidiana, eu puder motivá-los a olhar mais demoradamente para a obra de Lacan, amiúde impenetrável, e a levarem mais a sério a visão que ele tem da experiência analítica, terei realizado meu objetivo aqui. Este livro não pretende, de modo algum, ser uma expressão total da visão lacaniana da prática clínica. É antes uma introdução e um convite à leitura.

O livro é adequado para analistas em formação, clínicos de todas as orientações e seminários avançados de graduação e pós-graduação em psicanálise e outras áreas correlatas. Ele fornece uma visão geral da abordagem de Lacan na terapia, ao mesmo tempo em que apresenta muitos de seus conceitos fundamentais: imaginário, simbólico e real; necessidade, demanda, amor, desejo, fantasia e gozo; sujeito, objeto e Outro; significante e significado; as três formas de negação (forclusão, renegação e recalçamento) e as estruturas clínicas determinadas por elas; o desejo do analista, a pontuação e a sessão de duração variável; e assim por diante. Quatro discussões detalhadas de casos figuram nos capítulos finais, ilustrando a abordagem lacaniana da prática aqui exposta, bem como as diferentes categorias diagnósticas psicanalíticas. Também em outros capítulos incluo certa quantidade de material de casos (embora de natureza mais fragmentada), grande parte do qual tomei emprestada de meus supervisionandos; é comum eu achar mais fácil extrair intervenções e exemplos específicos do trabalho deles que do meu, visto que sempre me inclino, quando se trata de meus próprios casos, a me dedicar a um debate mais extenso do que o contexto permite. Os dois estudos de casos apresentados no Capítulo 8 vieram da minha própria clínica e fornecem muito material sobre os antecedentes dos pacientes.

O Lacan que apresento não é o “Lacan inicial” – isto é, o clínico da década de 1950 –, mas o posterior, de meados ao final dos anos 1960 e da década de 1970. Minha compreensão de sua obra deriva de sete anos de formação profissional em Paris, no instituto fundado por ele pouco antes de sua morte (a École de la Cause Freudienne), de minha análise pessoal e supervisão com discípulos de Lacan, de estudos de pós-graduação na Universidade Paris VIII, Saint-Denis, e de anos de clínica particular, supervisão, estudos e traduções contínuos.

PARTE I

DESEJO E TÉCNICA PSICANALÍTICA

1. O DESEJO NA ANÁLISE

- QUANTOS PSICÓLOGOS SÃO necessários para mudar uma lâmpada?
 - Só um, mas a lâmpada precisa realmente querer mudar!

Assim dizia a piada nas décadas de 1970 e 1980. E não era tão desinformada quanto poderia parecer, a princípio, já que muitos psicólogos acreditam que nem toda a terapia do mundo pode ter serventia se o paciente não *quiser sinceramente mudar*. Se Woody Allen passou vinte anos em terapia, sem dúvida foi porque, “no fundo”, não queria realmente mudar. E se a psicoterapia logrou tão pouco sucesso foi porque a vontade de mudar da maioria das pessoas simplesmente não foi forte o bastante, não foi fervorosa o bastante. Com isso, depositou-se o ônus nos pacientes.

A abordagem de Lacan difere radicalmente disso. É claro que o paciente não quer *realmente* mudar! Se surgiram sintomas, se o paciente se empenha num comportamento sintomático, é porque uma grande quantidade de energia ficou presa nesses sintomas. O paciente investiu muito na manutenção das coisas do jeito que estão porque extrai dos sintomas aquilo a que Freud se referia como uma “satisfação substituta”, e não se pode induzi-lo facilmente a abrir mão dela (SE XVI, p.365-71). Ainda que, de início, o paciente afirme querer livrar-se de seus sintomas, ele (ou ela) está empenhado, em última instância, em não desestabilizar as coisas.

Em termos muito simples, essa é uma característica essencial dos sintomas: eles proporcionam algum tipo de satisfação, mesmo que ela possa não ser óbvia para observadores de fora, ou até para o indivíduo sobrecarregado de sintomas (SE XVI, p.365-6). Em algum nível, o indivíduo se compraz com seus sintomas.¹ Aliás, dito de modo geral, essa é a única maneira que ele conhece de obter prazer. Então, por que alguém se esforçaria, sinceramente, para abrir mão de sua única satisfação na vida?

Da perspectiva freudiana/lacanianana, fica claro que o terapeuta não pode confiar em algum tipo de “vontade de melhorar” por parte do paciente – em algum tipo de “autêntico desejo de mudança”. Isso não existe.² Na verdade, é comum os pacientes procurarem a terapia por já não terem qualquer vontade de viver, ou de fazer coisa alguma, ou por intuïrem que sua libido está sufocada e murchando. Em suma, seu desejo está morrendo. Então, como ela poderia servir de mola mestra da mudança?

Se há na terapia um desejo que funciona como força motora, este é o do analista, não o do paciente. Muitos terapeutas com quem trabalhei, tanto em formação quanto já experientes, acham impróprio expressar qualquer *desejo* a seus pacientes. Nem sequer telefonam para aqueles que faltam a sessões marcadas,³ ou que param completamente de comparecer à terapia. “Parar é um direito do paciente”, dizem, e se um paciente não quer comparecer “quem sou *eu* para lhe dizer o que fazer?” Na verdade, muitos terapeutas simplesmente se sentem magoados e rejeitados quando os pacientes faltam a uma sessão ou param por completo de aparecer, e se inclinam a dizer consigo mesmos: “Já vai tarde!” Ou então julgam-se insatisfatórios e acreditam haver feito algo errado.

O que esses terapeutas não percebem é que o desejo do paciente de prosseguir na terapia *deve* diminuir ou desaparecer totalmente, em certas ocasiões – caso contrário, os conflitos essenciais ligados a seus sintomas não estariam sendo afetados. É verdade que o paciente tem o direito legal de parar de comparecer, e é verdade que o terapeuta pode ter feito alguma besteira que levou o paciente a abandonar a terapia, mas, *na maioria dos casos, o paciente fica à procura de uma desculpa para ir embora*, e de modo geral quase qualquer desculpa serve. Os pacientes tendem a faltar a sessões ou até a interromper a terapia quando intuem que estão sendo solicitados a abrir mão de alguma coisa, ou a fazer um sacrifício que não estão dispostos a fazer.

É o desejo do analista, e não o enfraquecido desejo dos analisandos, que lhes permite prosseguir. Até expressões muito sutis do desejo do analista podem bastar para manter alguns pacientes na terapia quando eles não têm nenhuma vontade pessoal de continuar. O “até amanhã” do analista pode bastar para trazer alguns deles de volta, mesmo que acreditem não ter mais nada a dizer e se sintam empacados. Apesar de acharem um absurdo comparecer e pensarem que devem estar chateando o analista, o pedido deste para que voltem e continuem a retornar pode sustentá-los e permitir que se desloquem pelo atoleiro da estase libidinal e da estagnação associativa.

A maioria dos pacientes requer expressões muito mais fortes do desejo do analista para superar sua tendência a se retrair e a evitar o sacrifício. Muitas vezes o analista precisa dizer-lhes que *quer* que eles continuem, *quer* que venham em tal ou qual dia, *quer* que venham com mais frequência – duas vezes por semana, em vez de uma, ou cinco em vez de quatro.

Um exemplo da importância do desejo do analista me foi dado por uma amiga francesa que fizera análise com alguém por uns dois anos e queria continuar. Sua analista lhe disse que não poderia fazer mais nada por ela, indicando-lhe desejar que ela parasse de ir às sessões. Isso não apenas perturbou

profundamente a paciente, como a desanimou de voltar algum dia a fazer análise. Restou-lhe a impressão de que ninguém poderia fazer nada por ela. É bem possível que fosse verdade que a analista já não podia ajudá-la em nada, mas a abordagem adotada deveria ter sido radicalmente diferente. O próprio fato de a paciente querer continuar significava que ela ainda tinha mais a dizer, que não havia concluído seu trabalho analítico; portanto, a analista deveria ter expressado o desejo de que ela *continuasse* em análise, mas desse continuidade ao tratamento com o dr. Fulano, analista extremamente preparado e experiente.

Ao trabalhar com neuróticos, o terapeuta deve *sempre* expressar o desejo de que os pacientes prossigam, mesmo se achar que eles concluíram seu trabalho. Tais pacientes terminarão o tratamento quando seu próprio desejo de seguir adiante houver se tornado suficientemente forte e decidido. (Quando isso nunca acontece, claro, significa que a terapia está deixando o paciente cada vez mais dependente do terapeuta, e não mais independente – um ponto a ser discutido em capítulos posteriores.⁴)

Isso implica, é óbvio, que o analista é um ator desempenhando um papel que não necessariamente transmite os seus “verdadeiros sentimentos”. O analista não é “autêntico”, não comunica seus sentimentos e reações mais profundos ao paciente, como um ser humano a outro. Pode achar o paciente antipático e aborrecido, mas de que adianta informá-lo disso? É muito possível que o paciente reaja a uma expressão de antipatia do analista abandonando por completo a análise, ou tentando tornar-se agradável e interessante para o analista, censurando certas ideias e sentimentos que julgue capazes de aborrecê-lo, em vez de entrar no verdadeiro trabalho de análise. Trata-se de reações contraproducentes, para dizer o mínimo. O analista deve manter uma postura desejante – desejo de que o paciente fale, sonhe, fantasie, faça associações e interprete –, independentemente de qualquer antipatia que possa nutrir por ele. O analista é convocado a sustentar essa mesma postura, esse mesmo desejo, de orientação estritamente analítica também no caso inverso – isto é, quando se sente atraído ou excitado pelo paciente.⁵

Praticamente todos os filmes que retratam um psiquiatra, psicanalista ou psicólogo, desde *Além da terapia*, de Robert Altman, até *Desejos*, de Phil Joanou (com Kim Basinger e Richard Gere), concentram-se no desejo do terapeuta quando ele transgredir os limites da relação terapêutica. O terapeuta contemporâneo é quase sempre retratado como alguém solitário e vulnerável, que se enamora de um paciente e sucumbe à tentação de abusar de seu poder sobre este, dormindo com ele ou ela. Essa percepção do terapeuta nas produções dos meios de comunicação de massa é paralela ao fascínio dos próprios terapeutas

contemporâneos por um aspecto da contratransferência: os sentimentos do terapeuta despertados em suas relações com o paciente.

Lacan não nega a existência de sentimentos contratransferenciais: qualquer um que tenha recebido pacientes num contexto de terapia num momento ou noutro já se sentiu atraído ou enraivecido em relação a eles, vendo-os com simpatia ou se frustrando com eles. A originalidade de Lacan está no fato de ele exigir que os analistas deixem esses sentimentos de lado ao interpretarem ou ao praticarem outras formas de intervenção na terapia. Tais sentimentos podem ter valor para os analistas na compreensão deles mesmos em suas análises pessoais, bem como para avaliar se um paciente está tentando situar o analista na sua própria economia libidinal, mas não devem ser demonstrados nem revelados aos analisandos.

A expressão lacaniana “desejo do analista”⁶ não se refere aos sentimentos contratransferenciais do profissional, mas a uma espécie de “desejo purificado”⁷ que é específico do analista – do analista não como ser humano dotado de sentimentos, mas do analista como função, como papel a ser desempenhado, e que *pode* ser desempenhado por muitos indivíduos extremamente diferentes. O “desejo do analista” é um desejo que se concentra na análise e tão somente na análise. Muitos terapeutas me dizem ter planos para seus pacientes, esperar secretamente (ou nem tão secretamente) que dado paciente se torne isto, outro, aquilo, que uma se separe do marido e outro assente a cabeça e tenha filhos; esses desejos não têm absolutamente nada a ver com o “desejo do analista” formulado por Lacan. O “desejo do analista” não é de que o paciente melhore, que tenha sucesso na vida, que seja feliz, que compreenda a si mesmo, volte a estudar, conquiste o que diz querer ou diga alguma coisa em particular – por exemplo que o porco do sonho representa seu pai, ou que ele mesmo teve alguma coisa a ver com a desgraça que aconteceu na sua família quando ele tinha onze anos. Trata-se de um desejo enigmático, que não diz ao paciente o que o analista quer que ele diga ou faça.⁸ Os neuróticos são extremamente ávidos por descobrir o que as outras pessoas querem deles, a fim de poderem realizar ou frustrar esses desejos dos outros.

O “desejo do analista” é uma espécie de desejo puro, que não pousa em nenhum objeto particular, que não mostra ao analisando (a pessoa engajada em se analisar) o que o analista quer dele – embora seja quase inevitável o analisando tentar ler um desejo específico até na mais ínfima intervenção ou interpretação. Uma de minhas analisandas convenceu-se de que eu acreditava que ela era homossexual, por eu a haver incentivado a falar de um ou dois encontros homossexuais que ela mencionara de passagem algumas vezes sem

jamais entrar em detalhes. Vários “a-hãs” de minha parte lhe bastaram para concluir que eu queria que ela percebesse que era homossexual, e seu protesto contra meu suposto desejo consistiu em não discutir os tais encontros em momento algum. O “desejo do analista” é um desejo que mantém um equilíbrio muito delicado, enfatizando cada manifestação do inconsciente (mesmo quando ela interrompe algo que o analista está pessoalmente interessado em escutar, mesmo quando ela não parece combinar com o que o analista conseguiu compreender até esse momento), e com isso indicando ao analisando o tipo de trabalho que se espera dele na terapia, sem sugerir que o analista tem uma dada intenção e está tentando levá-lo a dizer ou fazer algo em particular.

Terei muito mais a dizer sobre o desejo do analista nos capítulos que virão, mas já deve estar claro que se trata de um desejo incansável de que o paciente compareça à terapia, ponha em palavras a sua experiência, seus pensamentos, fantasias e sonhos e faça associações a respeito deles. Não é um desejo “pessoal”, e não é o tipo de desejo que possa ser mantido por quem quiser, sem que primeiro ele passe pessoalmente por um longo período de análise. Todavia, é o que Lacan considera a força motriz da análise.

Saber e desejo

Se a percepção da realidade acarreta desprazer, essa percepção – isto é, a verdade – tem de ser sacrificada.

FREUD, SE XXIII, p.237

Assim como os pacientes não chegam à terapia com um “desejo autêntico de mudar”, também não chegam com um “desejo autêntico de conhecer a si mesmos”. Embora, a princípio, muitos expressem o desejo de saber o que deu errado, o que eles fazem que leva o tiro a sair pela culatra, por que seus relacionamentos sempre desmoronam e assim por diante, existe – como sugere Lacan – um desejo com raízes mais fundas de *não saber* nenhuma dessas coisas. Quando os pacientes ficam prestes a se dar conta do que, exatamente, fizeram ou fazem para sabotar sua vida, é muito comum resistirem a ir adiante e fugirem da terapia. Quando começam a vislumbrar seus motivos mais profundos e acham difícil tragá-los, é comum irem embora. A evitação é uma das tendências neuróticas mais básicas.

Freud falou algumas vezes numa pulsão de saber (*Wissentrieb*),⁹ mas Lacan restringe essa pulsão à curiosidade das crianças sobre o sexo (“De onde vêm

os bebês?”). Na terapia, diz Lacan, a posição básica do analisando é de uma recusa do conhecimento, de um não querer saber nada (*ne rien vouloir savoir*).¹⁰ O analisando não quer saber nada de seus mecanismos neuróticos, nada sobre por que e de onde vêm seus sintomas. Lacan chega a ponto de classificar a ignorância como uma paixão maior que o amor ou o ódio: a paixão de não saber.¹¹

Somente o desejo do analista permite ao analisando superar esse “desejo de nada saber”, sustentando-o durante o doloroso processo de formular algum tipo de conhecimento novo. Quando o analisando resiste a saber e o analista não faz valer o seu desejo, é impossível formular um novo saber. Lacan chega a dizer que a única resistência na análise é a do analista,¹² pois a resistência do paciente a saber pode ser superada se o analista estiver disposto a intervir. Quando o analista hesita, perdendo a oportunidade de pôr em jogo o seu desejo, a resistência que se mostra crucial na terapia é a dele, não a do analisando. É que a resistência do paciente é tida como um dado desde o princípio, e se presume que ele não queira mudar, nem saber, nem abrir mão de nada. Não há nada a fazer a respeito da resistência estrutural do analisando. Mas há, sim, como veremos, algo que se pode fazer quanto à resistência do analista.

Crise da satisfação

O que o sujeito reencontra não é o que anima
seu movimento de tornar a achar.

LACAN, Seminário 11, p.99[214]

Se as pessoas realmente não querem mudar nem saber, por que alguém chega a entrar em terapia? O que espera alcançar ao fazer isso?

Na maioria dos casos, as pessoas entram em terapia em momentos de crise, em ocasiões em que seu *modus operandi* habitual desmorona. Se, como diz Freud, os sintomas proporcionam satisfações substitutas, esses substitutos nem sempre funcionam eternamente. Podem entrar em conflito com a sociedade em geral, com a tolerância dos entes queridos, com o temperamento de um patrão ou com as expectativas do próprio indivíduo. Ou então podem se intensificar: a agorafobia de alguém pode se agravar progressivamente, restringindo seus movimentos de maneira cada vez mais completa e tornando a vida insuportável. As pessoas tendem a procurar a terapia quando a satisfação proporcionada por seus sintomas deixa de ser tão grande, ou quando é ameaçada por terceiros, ou quando mingua rapidamente ou é anulada por outros fatores.¹³

“Satisfação”, contudo, talvez seja um termo “limpo” ou “arrumado” demais para descrever o tipo de prazer que os sintomas proporcionam. Todos nós conhecemos pessoas que vivem reclamando de falta de prazer na vida, porém nunca buscam a terapia. É que elas obtêm certa satisfação da sua própria insatisfação, bem como das queixas: de culpar os outros por sua falta de satisfação. Do mesmo modo, algumas pessoas extraem enorme prazer de se torturar, de se submeter a experiências dolorosas e assim por diante. Os franceses têm uma ótima palavra para esse tipo de prazer na dor, ou de satisfação na insatisfação: *jouissance* [gozo]. Ela qualifica o tipo de “barato” que alguém pode tirar do castigo, da autopunição, de fazer algo tão prazeroso que chega a doer (como o clímax sexual, por exemplo), ou de fazer algo tão doloroso que se torna prazeroso. A maioria das pessoas nega obter prazer ou satisfação com seus sintomas, porém o observador de fora costuma ser capaz de perceber que elas desfrutam esses sintomas, que “gozam” com eles de um jeito que é por demais indireto, “sujo” ou “sórdido” para ser descrito como prazeroso ou satisfatório.¹⁴ O termo “gozo” capta muito bem a ideia de gozar por qualquer meio necessário, por mais limpo ou sujo que ele seja.¹⁵

O momento em que alguém procura a terapia, portanto, pode ser entendido como aquele em que ocorre um colapso na maneira favorita ou habitual que essa pessoa tem de obter gozo. Trata-se de uma “crise do gozo”. O sintoma que proporcionava o gozo já não funciona, ou se encontra em perigo.

As pessoas que procuram um terapeuta *sem* vivenciarem algum tipo de crise do gozo costumam ser mandadas por familiares, amigos ou patrões. Talvez seus cônjuges estejam numa crise de gozo, mas elas não estão. E, falando em termos gerais, seu interesse principal é frustrar o desejo dos cônjuges e elas não estão abertas ao efeito do desejo do analista.

Os que chegam em meio a uma crise do gozo esperam que o terapeuta a resolva, conserte as coisas, faça o sintoma funcionar como funcionava antes. Não pedem para ser livrados do sintoma, e sim de sua recente ineficácia, de sua recente insuficiência. Sua demanda¹⁶ é de que o terapeuta restabeleça sua satisfação no nível anterior.

Em vez disso, o que o terapeuta oferece, no começo, é uma satisfação substituta diferente: o estranho tipo de satisfação que vem da relação transferencial e da decifração do inconsciente. Isso *não é* o que os pacientes pedem – eles não estão pedindo uma substituição. Querem, antes, um kit de remendos para consertar a satisfação anterior.

Essa é, essencialmente, a razão por que a terapia não pode ser caracterizada como um contrato e por que o uso disseminado do termo “cliente” para qua-

lificar os pacientes me parece um equívoco. Ser “cliente” sugere que alguém é consumidor, que sabe exatamente o que está pedindo e o que vai receber – o que, com certeza, *não* se aplica a nenhum tipo de situação real de terapia. A ideia de contrato sugere que as partes entram num acordo como iguais, e que o contrato explicita as obrigações de cada parte de fornecer algo. Na terapia, entretanto, o terapeuta contorna as demandas do paciente, frustra-as, e, em última instância, tenta direcioná-lo para algo que ele nunca pediu. Grande contrato! Embora “cliente” possa ser preferível, em alguns aspectos, a “paciente”, que tende a patologizar ou estigmatizar a pessoa em terapia, Lacan propõe um termo diferente: “*analizando*”. O sufixo “-ndo” de “*analizando*” é uma forma de gerúndio, o que implica que é a pessoa em terapia quem faz o trabalho de analisar, não o analista.

O *analizando* que chega à terapia num momento de crise talvez se disponha a contemporar, a aceitar a satisfação substituta de decifrar o inconsciente, em troca da satisfação enfraquecida do sintoma. O *analizando* pode pedir promessas: “Pelo que posso ansiar? O que posso esperar da terapia?” Embora não seja possível ao terapeuta lhe prometer felicidade nem cura, se necessário ele pode estender ao *analizando* a promessa de uma nova abordagem das coisas, uma nova maneira de lidar com as pessoas, um novo modo de funcionar no mundo. Alguns analistas recusam-se a dar qualquer tipo de resposta a esses pedidos dos *analizados*, mas, quando se solicita ao *analizando* que faça um sacrifício – que abra mão do gozo do sintoma –, o golpe pode ser temporariamente abrandado se algo lhe for oferecido em troca: uma coisa vaga, algo que sem dúvida ficará aquém de suas expectativas, mas que talvez possibilite o primeiro passo.

PORTANTO, talvez não seja necessário que a lâmpada *queira* realmente mudar: talvez baste ela estar queimada ou piscando. Aliado à queda livre do gozo antes proporcionado pelo sintoma, o desejo do analista pode ser suficientemente intrigante para levar a pessoa a se envolver no processo analítico e, quando regularmente aplicado, a mantê-la em análise.¹⁷