

# A construção do dispositivo analítico

Isabel Mainetti de Vilutis

As patologias contemporâneas desafiam os limites do dispositivo analítico, interrogando-nos sobre o objeto que se instala como repetição na transferência e testando a eficácia da palavra e da intervenção do analista.

Diferentes aspectos das mudanças na subjetividade contemporânea são explicados a partir de marcos teóricos externos à psicanálise, ou lançando-se mão de conceitos da própria psicanálise que foram adquirindo relevo e importância, apoiados na experiência de mais de cem anos de clínica psicanalítica. Os conceitos de *trauma* e de *narcisismo*, por exemplo, são alicerces fundamentais para entendermos os novos estudos sobre a dor. A pulsão de morte e seus efeitos destrutivos sobre as instâncias ideais permeiam patologias que se situam, prioritariamente, além do princípio de prazer. Refiro-me, fundamentalmente, a pacientes com sérias falhas de simbolização e que parecem não se adequar à regra fundamental de toda análise, devido à dificuldade que apresentam para associar livremente. De fato, parece-

ria que, nestes pacientes, a dor ocupa o lugar da angústia e o vazio aparece ali onde esperamos uma representação. Novas categorias diagnósticas, especialmente no campo teórico da psiquiatria, tentam dar conta destes fenômenos, e somos inundados por siglas que se referem a transtornos obsessivo-compulsivos, pânico, drogadependência, compulsão sexual etc. É interessante frisar que esses nomes descrevem o visível, aquilo que os pacientes fazem (como usar drogas ou fazer sexo “demais”) ou o que deixam de fazer (como no caso do pânico e da depressão). Porém, nenhuma causa psíquica é nomeada, como se a última causa, química,

Isabel Mainetti de Vilutis é membro do Departamento de Psicanálise e professora do Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Trabalho apresentado no ciclo “Desafios para a psicanálise contemporânea”, promovido pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, em junho de 2002.

aparentemente longínqua e independente da alma, fos-se impossível de representar. Em termos imaginários, o velho útero que explicava a histeria ou os humores corporais dos gregos parecem-nos aproximações mais subjetivas da causa do sofrimento do que as alterações propostas pela neurobiologia, porém ambas compartilham a alienação fundamental do paciente em relação à própria cura.

Julia Kristeva<sup>1</sup> define essas patologias da seguinte forma: “As novas doenças da alma são dificuldades ou incapacidades de representação psíquica que chegam a destruir o espaço psíquico”. Depois, ela se indaga e nos indaga: “Renovar a gramática e a retórica, fazer mais complexo o estilo daquele ou daquela que solicita falar conosco, porque já não agüenta mais não fa-

ção, a pulsão e os outros conceitos fundamentais da psicanálise. As questões relativas à solidão, adicção, pânico, já mencionadas anteriormente, aparecem formalmente vinculadas a fenômenos sociais que certamente não estavam presentes no início do século passado. Seria esta constatação suficiente para nos dispormos a abordar estas questões com um instrumental diferente do usado por Freud? Ao falarmos de instrumental, referimo-nos aos conceitos teóricos fundamentais da psicanálise ou a aspectos da intervenção clínica do analista? Se esta intervenção muda, ela o faz de acordo com novos referenciais teóricos ou com mudanças que refletem as condições de possibilidade do dispositivo analítico na atualidade?

Análises por tempo prolongado – décadas às vezes –, com me-

(e a comparação com o ego ideal não demora a aparecer, apesar de sabermos que esse paraíso não existiu e que ele nada mais é do que a necessária ilusão de completude que rege nossas carências). Se postulamos a não-existência de uma análise ideal, podemos pensar na existência de um ideal de análise? Podemos resgatar, do pensamento freudiano e de seus seguidores contemporâneos, emblemas, valores e critérios que identifiquem a prática psicanalítica atual?

Gostaria de explicitar quais são os critérios que julgo imprescindíveis para definir um processo analítico. Tentarei pensar se esses critérios se fazem presentes em tratamentos realizados com pacientes que apresentam dificuldades na simbolização de seus conflitos inconscientes.

Existe, por outro lado, uma experiência consistente de trabalhos clínicos realizados em condições e circunstâncias diferentes das ideais, tornando indispensável, também, discutir essas práticas no marco de uma instituição de formação de analistas. Para tanto, utilizarei o referencial teórico freudiano e de outros autores contemporâneos que têm me ajudado nesta indagação sobre a ética da prática clínica atual.

As coordenadas que definem uma intervenção analítica não se prendem necessariamente ao seu dispositivo. Este constitui uma formação artificial, elaborada e que reedita algo fundamental das relações intersubjetivas para poder ter eficácia clínica. O dispositivo analítico estabelece um limite, uma fronteira que, como tal, inclui algo, ao mesmo tempo em que exclui outras coisas. Instaura, por assim dizer, um campo, para que, aos poucos, algo venha a se construir ali. Esta instauração não é um ato inicial e único. Este espaço deve ser habitado e reconquistado no decorrer do processo analítico. Talvez resida aí a dificuldade para incorporarmos novas práticas ao arsenal do tratamento

**E**xiste uma certa dificuldade para tratarmos a clínica contemporânea, como se ela constituísse uma transgressão a certos princípios sagrados ou a uma psicanálise ideal.

lar e não ser escutado, não é o renascimento, a nova psique que a psicanálise propõe-se a descobrir?”

Diferentes aspectos da clínica que dizem respeito às patologias contemporâneas nos interrogam sobre as condições de intervenção analítica possível nos dias de hoje. Sem dúvida, os pacientes que nos procuram atualmente apresentam queixas diferentes daquelas que a casuística freudiana utilizou para descobrir o inconsciente, a repeti-

ção de diversos pacientes em épocas diferentes da vida, trabalho analítico com crianças, adolescentes, em instituições públicas ou privadas, com tempo limitado etc. povoam a realidade da prática clínica dos últimos trinta anos, pelo menos.

Existe uma certa dificuldade para tratarmos publicamente desta clínica, como se ela constituísse uma transgressão a certos princípios sagrados ou a uma psicanálise ideal

psicanalítico, levando alguns autores a excluir abordagens que não se adaptam às regras estabelecidas por Freud, correndo-se o risco, desta forma, de a psicanálise ser considerada um conjunto de regras muitas vezes esvaziadas de efeitos analíticos.

Freud chamava de “tratamento de ensaio” um período inicial de toda análise que tinha por objetivo determinar algum tipo de precisão diagnóstica e permitir a instalação da transferência. As preocupações diagnósticas da época apontavam a necessidade de determinar se o paciente não apresentava distúrbios de ordem psicótica ou rebaixamento intelectual, ambos fatores que poderiam inviabilizar a análise. Ele recomenda, aos praticantes da nova ciência, que se abstenham de interpretar durante este período e que procurem intervir no sentido de favorecer ao paciente continuar falando sobre o que desejar. O tempo dedicado a este período de ensaio era de uma ou duas semanas (ou seja de 10 a 12 sessões), regido pelas mesmas regras fundamentais da análise: a associação livre e a atenção flutuante.

É interessante lembrar que o estatuto da interpretação, neste momento da teorização freudiana (até 1920), refere-se à interpretação hermenêutica – interpretação que faz consciente o inconsciente. Tempos de um inconsciente prenhe de sentidos sexuais, tempos de neurose, tempos em que o analista parece saber e deve “se abster” de falar! Como se a solução estivesse quase pronta e o saber, conscientemente represado do lado do analista. O tratamento adquire as feições de uma luta contra o recalque do paciente para a qual seria necessária a aliança transferencial.

Apesar disto, a percepção da inutilidade de uma comunicação intelectual do problema e a necessidade de que o próprio paciente se aproxime do material recalcado

já estão claramente esboçadas neste trabalho de 1913, delimitando, assim, que as condições de possibilidade de uma análise dependerão da patologia do paciente e, estreitamente vinculada a ela, da sua capacidade de transferir. Para Freud,

tivo analítico. Elas nos interrogam sobre o objeto que se instala como repetição, sobre as características da repetição em si e, ao mesmo tempo, testam os limites de eficácia da palavra e da intervenção do analista.

**A** intervenção inicial significa  
construir um dispositivo  
analítico, por tentativas, como  
ensaio. A construção  
de condições e disposições para a  
“escuta adequada do próprio texto”  
já funciona como tratamento.

fica evidente, também, que a introdução do tratamento provoca a mudança no paciente de sua atitude consciente em relação à doença. A queixa, a desvalorização dos sintomas, o desprezo pela doença, ainda segundo Freud<sup>1</sup>, são indícios de que ele “não escuta o texto das suas idéias adequadamente”.

A atualidade destas afirmações é incontestável. Favorecer ao paciente que fale e escute seu próprio texto, aguardando a instauração da transferência para interpretar e perceber a inutilidade da comunicação intelectual como intervenção, são funções do analista que abrem um leque de questões interessantes em relação ao tipo de transferência e sua possível reelaboração nos pacientes que não se enquadram no modelo do neurótico “clássico”.

Considerando a transferência um fenômeno real e objetivo de atualização do conflito inconsciente, as patologias contemporâneas colocam um desafio ao disposi-

Posteriormente às teorizações sobre a segunda tópica e contando com uma nova dualidade pulsional, Freud<sup>2</sup> define a intervenção analítica como: “ali onde o isso era o eu deve advir”. Sem abandonar a interpretação hermenêutica, esta se torna, aos poucos, menos “sabida” e mais dependente da escuta, e, simultaneamente, a construção aparece como ferramenta da psicanálise para dar conta dos vazios de simbolização, inaugurados pela pulsão de morte e a compulsão à repetição.

Este vazio de simbolização, que aparece como pura percepção ou ação motora – ambas características da ausência ou déficit da fantasia inconsciente –, dificulta a instalação de uma transferência operativa no início das análises com estes pacientes acima definidos, mas não pode ser considerado alheio ao fenômeno transferencial. Poder-se-ia dizer que as palavras se situam à margem da intensidade pulsional que se apresenta como transferência.

Intervir, nesse momento inicial, significa construir um dispositivo analítico, por tentativas, como ensaio. A construção do dispositivo analítico, ou seja, a possibilitação do estabelecimento de condições, regras, disposições para a “escuta adequada do próprio texto”, já funciona como tratamento.

Prefiro chamar este período inicial de uma análise de “tratamento de ensaio” e não de entrevistas preliminares, já que penso que uma das mudanças efetivamente perceptíveis na psicanálise contemporânea é o prolongamento deste período inicial da análise de pacientes com graves dificuldades na simbolização, oriunda de conflitos narcísicos e manifestada como sintomas depressivos severos, adições ou somatizações variadas. No trabalho com pacientes adolescentes e crianças, este tratamento de ensaio é também prolongado e inclui encontros com os pais e/ou

do paciente, necessária para a instalação da neurose de transferência. Considero que, quanto mais grave é a neurose ou, ainda, no caso das neuroses narcísicas ou no trabalho com adolescentes, a possibilidade de contarmos com um investimento egóico do paciente na própria cura, garantindo uma certa tolerância à dita frustração, vê-se enormemente prejudicada. Nesses casos, não se trata somente de “propiciar que o paciente continue falando”, mas de poder construir condições para que a palavra seja possível.

Alguns autores contemporâneos chegam a quantificar este primeiro período de toda análise. Juan D. Nasio<sup>3</sup>, por exemplo, comenta, em seu livro *Como trabalha um psicanalista?*, que ninguém poderia afirmar que um paciente está em análise antes de um ano e meio ou dois de iniciado o trabalho analítico. Ele nomeia diferentes aspectos ou etapas da transferência e estabelece o

lho de ligação e re-ligação, que se opõe, fundamentalmente, ao trabalho de dissolução da pulsão de morte, antecedendo a instalação de uma transferência de trabalho nos moldes da neurose de transferência. Ele chama este primeiro período de “psicoterapia psicanalítica” e afirma que nele se verifica uma atitude ativa de investimento do processo analítico... por parte do analista! Estabelece uma diferença com a psicanálise propriamente dita que supõe, para este autor, a instalação da neurose de transferência e a manutenção de um dispositivo que contemple uma frequência de sessões semanais elevada.

Se consideramos que lembrar e reproduzir no âmbito psíquico experiências do passado, reter no espaço psíquico aquilo que poderia ser descarregado como ação, tornar presente o conflito na transferência, definem aspectos da neurose de transferência, o conflito que se faz presente na transferência de pacientes com graves falhas de simbolização é de outra ordem. Parte-se do suposto de que a transferência está em jogo, mas de forma maciça, impossibilitando um trabalho interpretativo clássico, já que a fragilidade narcísica do objeto transferencial opera de forma traumática. Isto se dá como se estes pacientes oscilassem numa problemática que questiona a identidade e a autonomia, sendo prioritária a elaboração da relação fusional ambivalente com o objeto primário. Os fenômenos da reação terapêutica negativa e da compulsão repetitiva mortífera são exemplos da dificuldade de abrir um espaço para o advir do eu. Neste período, a interpretação é uma intrusão, e o silêncio do analista, por sua vez, revive de maneira dramática o vazio da simbolização.

Quais alternativas oferece o dispositivo analítico para este impasse? O que podemos entender como investimento ativo do analista?

Uma das mudanças perceptíveis na psicanálise atual é o prolongamento do período inicial da análise de pacientes com graves dificuldades na simbolização, oriundas de conflitos narcísicos e manifestadas como sintomas depressivos severos.

outras figuras significativas para o paciente em questão.

A existência de um marco que regula horários, honorários, sigilo, atenção flutuante do analista e associação livre do paciente, produz um efeito de rechaço e frustração das demandas de amor e reconhecimen-

seguinte critério de analisabilidade: “o poder de ser afetado, em ato, pela pulsão; isto é, é analisável todo indivíduo que pode sofrer com sua pulsão”.

André Green<sup>4</sup>, por sua vez, refere-se a dois períodos do processo analítico, um que aponta um traba-

Proponho lembrar o que Freud<sup>5</sup> diz em *Construções em análise*: “Para a arqueologia, a reconstrução é a meta e o fim do trabalho, enquanto, para a análise, a construção é somente uma tarefa preliminar. (...) O caminho que parte da construção do analista deveria culminar na lembrança do analisando, porém, muitas vezes, não chega tão longe. No entanto, se a análise foi executada de forma correta, alcançamos a convicção certa sobre a verdade da construção, que, do ponto de vista terapêutico, rende a mesma coisa que uma lembrança recuperada”<sup>6</sup>.

Encontro um paralelo interessante entre a construção “preliminar” do analista, como investimento no processo, e o tratamento de ensaio do qual falava no início. Ambos parecem ser suposições de um saber alternativo, que não se encontra inteiramente do lado do analista, nem permeia necessariamente a fala do paciente. É bom lembrar que me refiro a pacientes com falhas graves de simbolização, entendendo esta falha como uma dificuldade na metabolização psíquica do seu encontro com o corpo, com o mundo e/ou com o outro. Esta metabolização deficitária acarreta consequências que podem ser verificadas como dificuldades na representação dos objetos primordiais.

Proponho pensar neste momento de ensaio e início do tratamento segundo o modelo da construção do objeto. Sabemos que a ausência do objeto é uma categoria intermediária entre a presença e a perda. Para construir a categoria de ausência, é necessário poder reter o objeto como representação de coisa. A ausência possibilitará, então, a representação da perda e o advir do frágil eu. Nesse sentido, é possível afirmar que o eu se desenha sobre o espelho da *imago* materna, mas se torna consistente na sua ausência. Se a transferência é esse fenômeno duplo que afeta, na mesma operação, o objeto e a pala-

vra, é interessante questionar esse objeto ao qual se demanda saber e também fraternidade. A inconsistência e especularidade do objeto transferencial, que se faz presente, oscila entre perceber o analista como possuidor de um saber abso-

O laço social pouco solidário, o predomínio da linguagem visual na comunicação, a velocidade da informação, contrapõem-se ao tempo da psicanálise.

luto, e não suposto, e a atuação que quer destruí-lo como um semelhante desvalorizado. Talvez o “contemporâneo” desse objeto resida no fato de ele também se espelhar na cultura dos nossos dias. Nesse sentido, o laço social pouco solidário da nossa contemporaneidade, a predominância da linguagem visual na comunicação, a simultaneidade e velocidade da informação, contrapõem-se, essencialmente, ao tempo da psicanálise e à vigência da palavra como recurso simbólico.

Freud afirmava que não se devia interpretar antes de se ter esta-

belecido um *rapport* em regra, uma transferência operativa com o paciente. A partir disso, o motor da cura seria o sofrimento do paciente e seu desejo de sarar.

Com a perspectiva que nos outorga mais de um século de psicanálise, é possível pensar que este “primeiro período da psicanálise”, ou “tratamento de ensaio”, ou “psicoterapia psicanalítica”, ou “estabelecimento de uma transferência operativa”, adquiriu um estatuto importante na práxis da nossa clínica cotidiana.

É como se, para deixar os pais da infância devidamente recalçados, o paciente contemporâneo procurasse um objeto outro, que exceda a repetição. A repetição em transferência foi definida, por Freud, como a criação de uma nova doença. Ela traz, para o dispositivo analítico, um aspecto histórico da doença, um fragmento do passado esquecido, e algo de novo, uma diferença que permite o fazer do analista. Com pacientes graves, a repetição parece atualizar exclusivamente o passado. A possibilidade de diferença é mínima e a temporalidade subjetiva insiste, congelada, em um presente contínuo.

A escuta do paciente deprimido, carregando um corpo que sofre do que ele não pode simbolizar, incomunicado com seu passado e hipercomunicado com o mundo, dependente de estímulos externos, quase que pura percepção e pouca consciência, demanda do analista mais presença e tempo.

Para que ambos – presença e tempo – operem analiticamente, é necessário que o dispositivo analítico esteja presente e internalizado pelo analista, e entendo, como tal, a participação ativa do analista no período de ensaio de todo processo analítico. Presença ética e tempo como “provas de paciência” do analista, já que o déficit dos processos psíquicos inconscientes determina que as alterações profundas se processem com lentidão.

Vejo nisso, talvez, uma pista para pensarmos na prolongação das análises que, à diferença daquelas conduzidas por Freud, acompanham os pacientes em vários casamentos, mudanças profissionais, maternidade, paternidade etc. Além do desejo de aprofundar a realidade psíquica, inegável em muitos pacientes, esta transferência de trabalho prolongada nos interroga em vários sentidos. É necessário que se diga que, evidentemente, não me refiro às análises que se prolongam por dificuldades resistenciais de pacientes ou analistas, mas sim a trabalhos analíticos fecundos, com pacientes graves que demandam do analista uma verdadeira construção

panhando o vivenciar real do paciente, evitando uma perda de contato com o presente, o que “desviaria o analista por caminhos laterais”. Porém, o estatuto metapsicológico desta afirmação é frágil. Se o que define um processo analítico é a instalação da transferência, a obediência à regra fundamental da associação livre, a atenção flutuante por parte do analista e o trabalho de interpretação e construção do material inconsciente trazido pelo paciente, a necessidade de acompanhar o vivenciar real e presente dos analisandos adquire importância relativa. Parece-me mais ético que a frequência se determine de acordo ao diagnóstico do paciente e às possibili-

dades da dupla (paciente/analista), levando em conta um outro conselho de Freud a respeito do início de um tratamento, quando sugere uma necessária proporcionalidade entre tempo, dinheiro, trabalho e resultados.

al das análises? Passos menores, oriundos da dificuldade de simbolização das patologias contemporâneas? Caminhadas mais longas até os confins silenciosos da pulsão de morte? Repensar a nossa prática a cada momento e não nos furtar às demandas do sofrimento contemporâneo é tornar mais vivo o legado freudiano de utilizar a psicanálise como teoria e método de tratamento e pesquisa.

Retomando as questões iniciais, tentei fundamentar a idéia de que as mudanças no dispositivo analítico (tratamento de ensaio mais prolongado, intervenção do analista construindo condições de analisabilidade que se vêm dificultadas no trabalho com patologias narcísicas graves, mudanças na duração das análises e na frequência das sessões) não decorrem de alterações substanciais no referencial teórico da psicanálise. A recriação do dispositivo analítico visa possibilitar o trabalho em transferência com o sofrimento contemporâneo e revela o percurso clínico realizado por muitos analistas durante mais de cem anos, com o conseqüente alargamento das fronteiras de trabalho com o inconsciente.

A troca dessas experiências e a referência à ética que as norteia é o desafio da contemporaneidade. ■

**R**epensar a nossa prática a cada momento, e não nos furtar às demandas do sofrimento contemporâneo, é tornar mais vivo o legado freudiano.

prévia do dispositivo analítico que possibilite a emergência do objeto da transferência.

Um simples cálculo aritmético leva-nos a pensar que o aumento de tempo das análises decorre da diminuição do número de sessões semanais, o que não passa de um engano. Constatamos que as análises tornaram-se mais prolongadas e mais profundas e que isto independe do número de sessões semanais.

A frequência semanal proposta por Freud<sup>7</sup> – de cinco a seis sessões semanais – é fundamentada, por ele, pela necessidade de estar acom-

panhando o vivenciar real do paciente, evitando uma perda de contato com o presente, o que “desviaria o analista por caminhos laterais”. Porém, o estatuto metapsicológico desta afirmação é frágil. Se o que define um processo analítico é a instalação da transferência, a obediência à regra fundamental da associação livre, a atenção flutuante por parte do analista e o trabalho de interpretação e construção do material inconsciente trazido pelo paciente, a necessidade de acompanhar o vivenciar real e presente dos analisandos adquire importância relativa. Parece-me mais ético que a frequência se determine de acordo ao diagnóstico do paciente e às possibi-

dades da dupla (paciente/analista), levando em conta um outro conselho de Freud a respeito do início de um tratamento, quando sugere uma necessária proporcionalidade entre tempo, dinheiro, trabalho e resultados.

Em resposta a um amigo que lhe sugeria achar um “tratamento breve, cômodo e ambulatorial para as neuroses”, Freud costumava citar Esopo, que dizia ter de conhecer o passo do caminhante para saber a duração da caminhada.

Será uma combinação de passos menores e caminhadas mais longas o que determina a duração atu-

## NOTAS

1. J. Kristeva *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra, 1995; p. 17.
2. S. Freud (1933) “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis” (Conferencia XXXI: “La descomposición de la personalidad psíquica”). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988, v. 22; p. 74.
3. J.D. Nasio *Como trabaja um psicanalista?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999; p. 61.
4. A. Green “El encuadre: su interiorización por el analista”. *Zona Erógena*, 48:21-23, 2001.
5. S. Freud (1937) “Construcciones en análisis”. *Op. cit.*, v. 23; p. 262.
6. *Idem*; p. 267.
7. S. Freud (1913) “Sobre la iniciación del tratamiento: Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis”. *Op. cit.*, v. 12.