

O MÉDICO, O ANALISTA E O MONSTRO

*Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto**

RESUMO:

A década de 90 do século XX foi marcada por um grande avanço nos estudos acerca da relação entre o cérebro e os comportamentos humanos, através do surgimento das chamadas neurociências. Não podemos negar que tais avanços são importantes e trouxeram significativos benefícios para o campo da saúde mental. Por outro lado, vivemos em uma era em que uma *neuromania* impera soberana e procura dar respostas rápidas e práticas, apesar de contingenciais, para questões tidas até então como de alta complexidade. Assim, neste cenário de respostas confortavelmente imediatas, é inevitável que a eficácia da Psicanálise seja questionada e, no hospital - terras do progresso médico-científico – essa resistência fica ainda mais em evidência. Dessa forma, através da análise do romance *O Médico e o Monstro* de Robert Louis Stevenson percebemos que tal resistência não é de cunho intelectual e sim afetivo, uma vez que a descoberta do inconsciente freudiano foi uma ferida infringida ao narcisismo do homem moderno, que percebe-se não mais como senhor de sua própria casa. Entretanto, falar da resistência em psicanálise não deve ser feito sem antes levarmos em conta a importância da mesma. Afinal, foi através desta que Freud chegou aquilo que é o motor do trabalho analítico – a transferência.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Inconsciente. Resistência. Transferência.

* Membro do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise Seção Juiz de Fora - Graduado em Psicologia e Letras pelo CES-JF - Pós graduado em Ensino de Língua Estrangeira pela PUC-MG, pós graduado em Psicanálise Subjetividade e Cultura pela UFJF e aluno do curso de especialização em Psicologia Hospitalar pela FMUSP. Endereço: Avenida Independência, 2565 Apt: 205 Cep: 3602529 Cel: 9197-0888. E-mail: vinicius.netto@uol.com.br

A sociedade transforma o desagradável em falso.
(Freud, *Parapraxias*, 1996 [1915], p.33)

Psicanálise e neurociência: um estranho no ninho

A década de 90 do século XX foi marcada por um grande avanço nos estudos acerca da relação entre o cérebro e os comportamentos humanos. Isso se deve, logicamente, ao enorme investimento financeiro nessa área, principalmente nos Estados Unidos, que se intitulou pai daquela batizada como a Década do Cérebro. Com isso, a partir desse momento, surgiram as chamadas neurociências – um arcabouço teórico composto de diversas áreas do saber que possuem em comum um único objeto de estudo – o cérebro e suas funções.

Não podemos negar que tais avanços são importantes e trouxeram significativos benefícios. No campo da saúde mental, por exemplo, o advento de novos psicofármacos e as técnicas de imageamento cerebral desempenham um importante papel, respectivamente, no tratamento e no diagnóstico diferencial de alguns tipos de sofrimentos psíquicos.

Entretanto, vivemos em uma era em que uma *neuromania*¹, indiscriminadamente instaurada, impera soberana e procura dar respostas rápidas e práticas, apesar de contingenciais, para questões até então tidas como de alta complexidade.

Assim, a neurobiologia parece já ter achado a razão pela qual adolescentes não possuem um poder de julgamento tão apurado. De acordo com Herculano-Houzel (2005), uma determinada estrutura do lobo pré-frontal, responsável pelas funções executivas, não está completamente formada nessa etapa da vida e, com isso, os adolescentes, vez por outra, podem apresentar comportamentos impulsivos. A questão que aqui se coloca são as conseqüências não só éticas, mas também jurídicas quando se reduz comportamentos impulsivos e irresponsáveis de um adolescente a uma determinada área cerebral ainda não plenamente desenvolvida.

A mesma autora, em um artigo intitulado *O Cérebro Homossexual*, mostra, através de seus estudos, ter encontrado uma das razões para a homossexualidade. Segundo

¹ Neologismo proposto a partir da comparação com o quadro de mania (euforia excessiva) característico daquilo que o DSM-IV classifica como Transtorno Bipolar do Humor.

Herculano-Houzel (2006), a preferência sexual por um indivíduo do mesmo sexo estaria ligada aos feromônios, ou seja, aos hormônios do cheiro.

Para infelicidade de muitos religiosos, políticos e psicoterapeutas, não há nenhuma evidência de que fatores sociais a influenciem [a homossexualidade]. Cerca de 10% da população (masculina e feminina) procuram preferencialmente parceiros do mesmo sexo. E esse número não muda entre os que foram criados por pai e mãe heterossexuais, por dois pais gays, por duas mães lésbicas, com ou sem religião. Entretanto, há uma coisa em comum nos que preferem se relacionar com homens (mulheres hetero e homens homo), que é diferente naqueles que se sentem atraídos por mulheres (homens hetero e mulheres homo): a maneira como o cérebro de um e outro reage aos feromônios. (Herculano-Houzel, 2006, p. 48).

Mesmo que permeada de boas intenções, a colocação da neurocientista é perigosa, pois traz consigo complexas implicações éticas. Se a homossexualidade está ligada aos feromônios, o que seria dos homossexuais caso se descobrisse, em um futuro nem tão distante, um medicamento que pudesse, de alguma forma, modificar a ação de tal substância hormonal? Seria a homossexualidade novamente relegada a categoria de síndrome ocupando as páginas de uma revisão do DSM-IV? Essas são questões importantes que devem ser levantadas ao se ler textos como estes.

O furor explicativo das neurociências parece não ter fim e até os sonhos se tornaram alvo de suas investigações. Dessa forma, de acordo com Brandão (2001), o sono seria um mecanismo de filtragem de informações desnecessariamente apreendidas durante os dias e os sonhos, por conseguinte, apenas uma expressão sem sentido desse processo. A pergunta que aqui se pode fazer é: o que seria do inconsciente freudiano sem os sonhos?

Assim, neste cenário de respostas confortavelmente imediatas e, por isso, sedutoras, é inevitável que a eficácia da Psicanálise seja questionada. Afinal, como afirma Kehl (2002), é natural que o sujeito da sociedade contemporânea, que pensa poder ficar livre de todo mal estar e de toda angústia de viver, duvide de um método terapêutico que procura justamente investigar a origem do seu mal sem tentar, de imediato, suprimi-lo. Isso, no hospital - terras do progresso médico-científico - fica ainda mais em evidência.

“Comigo é assim: eu passo e falo a evolução do paciente. Se a família fica perguntando demais, eu solto um monte de termos técnicos e todo mundo fica feliz!” - diz um médico após ser requisitado por uma família a explicar novamente o quadro de um paciente.

Além disso, Roudinesco (1999) aponta que alguns pesquisadores defendem que uma disciplina científica não pode basear-se em histórias pessoais e entrevistas clínicas construídas retrospectivamente. Por isso, ainda de acordo com a autora, os cientistas sempre consideraram a psicanálise mais uma hermenêutica - um sistema de interpretação literária dos afetos e dos desejos - do que propriamente uma ciência.

Diante de tal colocação, não podemos deixar de nos reportar a Milner (1996). O autor sabiamente nos alerta que, geralmente, absorvemos os traços de uma ciência constituída no momento em que falamos e nos perguntamos: o que deve ser a psicanálise para constituir uma ciência conforme a esse modelo? A partir disso, portanto, esses traços tornam-se critérios para julgar não só aquilo que seria ou não ciência como também para estabelecer o que seria a ciência ideal.

Entretanto, Milner (1996) acrescenta que não faz sentido estabelecer as condições para que a psicanálise se torne uma ciência ou de atacar a mesma colocando o saber psicanalítico em uma posição mais privilegiada hierarquicamente. Não cabe à psicanálise a função do personagem de Jack Nickolson no filme *Um Estranho no Ninho* que entra em um hospital psiquiátrico para denunciar as imposturas que lá ocorriam, mas acaba se tornando vítima do sistema contra o qual lutava. A psicanálise não deve ter como seu objetivo principal equipara-se às ciências positivas ou denegri-las a qualquer custo. A psicanálise é – em seu sentido mais freudiano – estranha à ciência.

Quando Lacan (1965/1998) afirma que o sujeito sobre o qual operamos só pode ser o sujeito da ciência, ele tenciona dizer que o sujeito sobre o qual a psicanálise se debruça é aquele cujo modo de constituição foi determinado pela ciência moderna. Afinal, para se falar do sujeito do inconsciente, do sujeito dividido é necessário que levemos em consideração o sujeito da consciência, o sujeito cartesiano, o sujeito do engodo “penso logo existo”. Arelado a isso, o mesmo autor em seu *Seminário II – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* de 1964 discute o que seria o sujeito para a psicanálise relacionando-o com a concepção de inconsciente para a mesma:

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante. Isto

marca bem que, com o termo sujeito [...] não designamos o substrato [...] nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia [...] nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o sujeito cartesiano, que aparece no momento em que a dúvida se reconhece como certeza - só que, pela nossa abordagem as bases desse sujeito se revelam bem mais largas, mas, ao mesmo tempo, bem mais servas quanto a certeza que ele rateia. (Lacan, 1964/2008, p.126).

Dessa forma, “já que não há ideal da ciência em relação à psicanálise, tampouco há para ela (psicanálise) uma ciência ideal. A psicanálise, portanto, deve encontrar em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos”. (Milner, 1996, p. 31).

Além disso, não nos esqueçamos que, como aponta Mezêncio (2004) a preocupação acerca da cientificidade da psicanálise nasceu junto com ela. As próprias indicações freudianas nos mostram a exaustiva e angustiante tentativa de Freud de inserir sua obra no contexto da produção científica da época. A ciência era, com isso, seu ponto de referência e também de mira. Todavia, o desenvolvimento de sua obra e conseqüentes descobertas, principalmente aquelas após a virada dos anos 20, mostra-nos “a inadequação do ser humano à pesquisa científica, uma tendência a recusar, a recalcar o saber.” (Mezêncio, 2004, p.1).

Entretanto, discutir exaustivamente se a psicanálise é uma ciência, uma práxis ou uma ética não é nosso objetivo. Fato é que a resistência em relação a esse saber sistematizado por Sigmund Freud, e com a qual o psicanalista que atua em um hospital tem que lidar a todo tempo, data desde seu surgimento e, de acordo com o próprio autor, não seria de origem intelectual, mas sim afetiva.

"Não gosto da hora da visita. Fico irritada. Os familiares fazem um monte de perguntas que eu não sei responder. Tem coisas que eles têm que perguntar é para o médico "- fala uma técnica de enfermagem quando os primeiros familiares entram na UTI.

Pergunto então porque ela se irrita por não saber algo que não tem que saber. "Th você tá me analisando, né?!" - é a resposta que recebo.

Assim, conforme explicita Freud (1917) em seu texto *Uma dificuldade no caminho da Psicanálise*, o narcisismo do homem sofreu três grandes golpes: o cosmológico, o biológico e o psicológico.

O golpe cosmológico ocorreu quando Copérnico, no século XVI, comprovou que não a terra, mas sim o sol era o centro do universo. O golpe biológico, por sua vez, foi oriundo da teoria da evolução de Darwin que nos mostrou a nossa ascendência animal. Finalmente, a última grande ferida narcísica infligida naquele que já não era mais o centro do universo e, além disso, possuía uma irracionalidade, até então exclusiva dos animais e dos loucos, foi o golpe psicológico. Freud, através de fenômenos da vida cotidiana como os sonhos e os atos falhos e também pela análise das histéricas de Viena, fez duas de suas grandes descobertas:

a de que a vida das nossas pulsões sexuais não pode ser inteiramente domada, e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes, e só atingem o ego e se submetem ao seu controle por meio das percepções incompletas e de pouca confiança -, essas duas descobertas equivalem, contudo, à afirmação de que o ego não é o senhor da sua própria casa.” (Freud, 1917, p. 178).

Deste modo, seguindo os passos de Freud, nossa investigação a respeito da resistência à psicanálise não partirá da tentativa de comprovar a existência daquilo que a ciência diz faltar à mesma. Ao contrário, parafraseando Freud (1925), pretendemos mostrar que a postura assumida em relação à psicanálise não só pelos médicos, mas pela maioria dos atores que compõe a cena hospitalar, é exatamente igual àquela que os neuróticos apresentam frente a seus impulsos sexuais – a de resistir.

Literatura e psicanálise

Uma vez definido objeto de estudo deste trabalho, resta-nos agora tentarmos delimitar a maneira como vamos nos embrenhar nesse terreno movediço - falar da resistência à psicanálise não a partir da compreensão míope da ciência, mas tentando transcender aquilo que é observável e concreto.

Recorrendo a uma abordagem interdisciplinar, a literatura parece ser uma ferramenta formidável quando nosso objetivo é ir além daquilo que está frente aos nossos sentidos. Assim, quando lemos um romance, juntamente com o conhecimento acerca da

história narrada, imaginamos também aquilo que nem mesmo o autor tinha consciência quando costurava palavras, frases e parágrafos a sentidos e emoções. Dessa forma, podemos entender porque Fernando Sabino (1984), na introdução de sua intrigante obra *Martine Seco*, desabafa:

Quando me perguntam o que pretendo ao escrever, confesso não saber ao certo. Escrevo sobre aquilo que não sei, na esperança de vir a saber. O escritor de ficção, mesmo inconscientemente, está sempre escrevendo. É como no sonho. Não se programa um sonho. Tudo o que nasce da imaginação é novidade para o ficcionista. Diante do papel em branco ele se sente um estreante. É uma aventura, como se fosse escrever pela primeira vez, um mergulho no desconhecido. (Sabino, 2006, p. 3)

Freud (1907) ao escrever sobre a fantasia em seu texto *Escritores Criativos e Devaneios*, coloca a mesma como um substituto do brincar infantil e a incumbe do mesmo papel dos sonhos e dos sintomas – satisfação de um desejo recalcado. Paralelamente a isso, de acordo com o autor, os escritores teriam o talento de superar a repulsa que temos pelas fantasias suavizando seus devaneios através de disfarces e alterações. Isso os daria o poder de nos oferecer um prazer formal e estético, mas que nos possibilita deleitar, paradoxalmente, de nossos próprios devaneios sem auto-acusações ou vergonha.

Voltando a Sabino, este parece compartilhar da mesma opinião do pai da psicanálise e continua a descrever o seu processo de criação da seguinte maneira:

No momento em que se está escrevendo, podem ocorrer várias maneiras de se exprimir, mas só uma é perfeita. É preciso descascar o texto como quem descasca a fruta, ir buscar a semente. Escrever é principalmente cortar. Ao conceber o romance *O encontro marcado*, por exemplo, escrevi 1300 páginas, das quais só 330 foram aproveitadas. (Sabino, 2006, p. 4)

Com isso, as obras literárias parecem ser não apenas a expressão das fantasias do próprio autor, mas também funcionam como um catalisador de nossos próprios devaneios que são, em suma, substitutos de nossos impulsos recalcados.

O médico e o monstro

A partir dessa breve análise do poder que a literatura exerce sobre nós, na medida em que propicia que sejamos tocados pelo nosso inconsciente, passemos agora ao estudo de uma obra que não só possui um significativo valor literário, mas, além disso, serve de exemplo simbólico para verificarmos o porquê da resistência da ciência em relação à psicanálise.

Em uma noite de 1886 Robert Louis Stevenson (2000) teve um sonho que o motivou escrever um dos mais instigantes romances da literatura inglesa do século XIX . “*O médico e o monstro*” ou, em inglês, “*The strange case of Doctor Jekyll and Mr Hyde*”, conta a história de um médico chamado Henry Jekyll que, apesar de bem sucedido, não estava satisfeito com sua vida pessoal sempre excessivamente moldada pela moral inglesa do século XIX. Dessa forma, Jekyll, através de seus experimentos científicos, desenvolve uma fórmula que lhe possibilita transformar-se em Edward Hyde, uma espécie de alter-ego que não se submete a nenhum tipo de regra moral ou ética.

Entretanto, o que faz com que a obra de Stevenson fique mais atraente é o fato da dupla personalidade de Jekyll ser somente revelada no final da trama através de duas cartas. Ambas endereçadas a Utterson, advogado de Jekyll, essas são escritas por Henry Jekyll e Hastie Lanyon, colega de profissão e amigo íntimo do médico. Nas cartas, esses personagens não só nos colocam a par de como ocorreu o contato de cada um com Edward Hyde, mas também relatam a consequência deste encontro – a morte.

Passemos agora a análise das cartas de Jekyll e Lanyon que, por si só, já trazem elementos simbólicos que servirão de base para discorrermos acerca da resistência à psicanálise e como a mesma se manifesta na Unidade de Tratamento Intensivo.

O médico, o analista e o monstro

Freud (1919), em seu elucidativo texto “O estranho”, afirma ser o sentimento de estranheza decorrente da confrontação de algo que nos é íntimo, mas do qual não damos conta. Assim, “este estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito

estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de recalque”. (Freud, 1919, p.301)

Dessa forma, a primeira sensação de Jekyll ao se transformar em Hyde parece ser justamente a de estranheza, a de habitar um corpo que já era seu, mas que, para ele, parecia inédito.

Agitado como estava com aquele novo triunfo, atrevi-me a caminhar até o meu quarto de dormir, naquela minha nova forma corporal. [...] insinuei-me pelos corredores, como um estranho em minha própria casa e, chegando ao quarto, vi, pela primeira vez, a figura de Edward Hyde. [...] quando olhava no espelho para essa feia imagem não sentia repugnância alguma, antes um alvoroçado prazer. Pois se era eu também! Portanto era natural e humano!² (Stevenson, 2000, p.74).

A partir do reconhecimento de Hyde como um estranho na acepção desenvolvida por Freud, podemos considerá-lo, portanto, como uma manifestação do inconsciente de Jekyll sedenta por expressão. Isso pode ser visto na seguinte descrição que Jekyll faz dos momentos em que Hyde vinha à vida:

[...] onde Jekyll talvez tivesse sucumbido, Hyde permaneceu senhor das circunstâncias. [...] jazia enclausurado na sua carne, onde o sentia implorando e lutando por nascer – e em cada hora de fraqueza, em cada momento de sonolência, prevalecia contra si e destituía-o dos seus direitos.³ (Stevenson, 2000, p. 82;84)

os prazeres a que me entregava, sob disfarce, eram como disse indignos. [...] Mas a situação estava à margem da lei e fora do alcance da consciência. Afinal, era Hyde e só Hyde o culpado. Jekyll não ficava pior por isso; regressava, integro, às boas qualidades, e procurava, sempre que possível desfazer o mal causado por Hyde. Assim, sua consciência ficava adormecida. (Stevenson, 2000, p.76)

No entanto, para não passarmos a idéia de que Jekyll tinha plena consciência de seus atos e, assim, destruir a hipótese de o mesmo estar submetido ao determinismo

² Grifo nosso.

³ Grifo nosso.

psíquico defendido por Freud, é importante enfatizarmos que esta consciência só é, até certo ponto, alcançada através da escrita.

Portanto, é interessante notarmos que o narrador na obra de Stevenson, principalmente na carta de Henry Jekyll, alterna-se entre narrador observador (em terceira pessoa) e, quando mais retificado subjetivamente, narrador personagem (em primeira pessoa). Dessa forma, a escrita parece desempenhar o papel que a associação livre possui no processo da análise – fazer com que, através da fala, o paciente perceba que é tocado por seu inconsciente e, assim, tome responsabilidade pelas escolhas de sua vida que, até então, pareciam ser obra de um algoz onipresente. Isso pode ser lido em todas as citações acima, mas também e, preponderantemente, quando Jekyll decide viver, sem sucesso, apenas o seu lado bom.

Sim, preferi ser o médico [...] Fiz essa escolha talvez com certa reserva inconsciente, pois não desfiz a casa de Soho (morada de Hyde) nem destruí as roupas de Hyde, que ainda estavam dependuradas no meu gabinete. (Stevenson, 2000, p.79)

No que concerne Hastie Lanyon, podemos dizer que ao testemunhar a transformação de Edward Hyde em Henry Jekyll, Lanyon, assim como seu colega de profissão, também foi devastado pela experiência de ter que se confrontar com o estranho, ou seja, com aquele estrangeiro que também o habitava. No entanto, seu saber mecanicista, próprio do século XIX, não encontrou respostas para aquilo que lhe saltava aos olhos e, impossibilitado de compreender, analisar, decodificar e classificar, pereceu.

Pus-me de pé, num pulo, encostei-me á parede, com um braço erguido para me proteger. Depois deixei-me cair, escorregando pela parede abaixo com a mão no rosto para não continuar a ver semelhante espetáculo. O entendimento fugia-me, mergulhado em um imenso terror.⁴

_ Meu deus! – exclamei – Meu Deus! – repeti. E diante de mim, pálido e trêmulo, meio desfalecido, andando às apalpadelas, como um ressuscitado, estava Henry Jekyll. (Stevenson, 2000, p.69)

⁴ Grifo nosso.

Hastie Lanyon é, assim, um elemento simbólico que representa a medicina dogmática contemporânea de Stevenson. Permeada pelo localizacionismo, mania indubitável do materialismo da época, essa área do saber não estava pronta para confrontar o seu não saber. Em outras palavras, a resistência original à psicanálise se deu pela mesma razão que hoje nos explica a resistência de seus opositores. A ciência que tira o sujeito de cena reduzindo-o a órgãos, enzimas e trocas eletroquímicas do cérebro não está preparada para o sujeito freudiano, ou seja, aquele que, de acordo com Roudinesco (1999), só se é possível pensar na existência de seu inconsciente e só é livre porque aceita essa realidade restritiva resignificando-a.

LA chegou ao hospital depois de uma tentativa de suicídio e foi levada a UTI depois de uma lavagem estomacal. No leito da UTI me diz: *"Quem me fez fazer isso foi a doença. Sou bipolar. Foi o psiquiatra que me deu o remédio que disse. Falou que iria melhorar o nível de serotonina no meu cérebro. Eu ia ficar feliz, sem problemas". Quando indagada sobre a razão pela qual tentou se matar, LA relata um pouco de sua história: "Meu marido está internado em um quarto aqui neste hospital e minhas filhas, que moram longe, só ligavam para saber dele. Uma delas até veio de onde mora só para ficar com ele no quarto. Eu não estava bem, estava muito triste. Já te disse que sou bipolar, né?! Então, tomei chumbinho e só não morri porque liguei para minha filha e ela veio correndo me socorrer."*

Dessa forma, como afirma Roudinesco (1999), enquanto a invenção freudiana pressupõe o sujeito como dividido por internalizar a proibição e, com isso, a falta, as neurociências pretendem substituir esse sujeito por um indivíduo que busca um ideal de felicidade impossível e foge de seu inconsciente e de qualquer conflito que se coloque em seu caminho. Assim, "a objetividade científicista não passa do anteparo atrás do qual se esconde o gozo pela abolição de qualquer relação do homem com a Lei e, portanto, com a Proibição." (Roudinesco, 1999, p.103).

Deste modo, através da construção uma espécie de linha de montagem de respostas prontas, começa-se a adotar posturas tão psicóticas quanto àquelas adotadas pelos ditos esquizofrênicos. Equiparar o cérebro à mente, por exemplo, se não é um delírio é, no mínimo, uma especulação, um ato de fé. A mente, assim como parte do saber psicanalítico, é uma idéia, um conceito, uma abstração que não pode ser comprovada empiricamente em laboratório, mas que, nem por isso, deixa de provar, a todo o tempo, sua existência e seus efeitos.

A partir disso, podemos presumir que o monstro que aniquilou os personagens Jekyll e Lanyon, no romance de Stevenson, é o mesmo que tanto assusta aqueles que andam pelos corredores do hospital e que, dessa forma, gera tanta resistência à psicanálise neste contexto. Esse monstro é o estranho que nos é íntimo, é o estrangeiro que nos habita, esse monstro é o inconsciente.

Entretanto, devemos enfatizar o fato de que falar sobre a resistência e do porquê da mesma, não significa deixar de reconhecer sua importância. Freud (1905) teve a possibilidade de romper totalmente com a resistência ao tratar das histéricas de Viena por meio da hipnose e da sugestão, mas percebeu que não há como a psicanálise operar sem a presença da resistência.

[...] censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite, por exemplo, identificar a resistência com que os doentes se apegam a sua doença, chegando em função disso a lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida. (Freud, 1905, p. 247).

Ainda em relação à resistência, Freud (1904) nos informa sobre a relação existente entre a resistência e o material recalcado. "Quanto às idéias postas de lado sob toda sorte de pretextos [...], elas são derivadas das formações psíquicas recalçadas, [...] como deturpações delas provocadas pela resistência e sua reprodução". (Freud, p.238)

Atrelado a isso, não podemos nos esquecer que, estando atento ao fenômeno da resistência, Freud (1916) engendrou um dos conceitos fundamentais da psicanálise - a transferência. Vejamos como isso se deu.

A transferência como expressão da resistência

No tratamento das neuroses denominadas, no início de sua obra, de neuroses de transferência, Freud percebeu que, após um período de tempo, os pacientes começavam a se comportar de maneira muito peculiar em relação ao analista. Assim, o paciente "que deveria não desejar outra coisa senão encontrar uma saída para seus penosos conflitos, desenvolvia especial interesse pela pessoa do médico." (Freud, 1916, p. 441)

Freud (1916) ainda nos assegura de que, nessas condições, a análise apresenta significativos progressos e, com isso, as associações e o material mnêmico, apresentado durante as sessões, aumentam em quantidade e assertividade. As interpretações são uma surpresa para o analista que observa com deleite o paciente aceitando todas as inovações psicológicas que o tratamento pode-lhe oferecer.

Entretanto, como afirma Freud (1916/1996, p. 442), "[...] um dia, nuvens aparecem, [...] surgem dificuldades no tratamento; o paciente declara que nada mais lhe acode à mente" e não obedece mais às instruções que lhe foram dadas e a associação livre parece cessar. O paciente passa a comporta-se como se estivesse fora do tratamento e, apesar de estar visivelmente ocupado com algo, não compartilha com o analista o que lhe incomoda. Freud, diante de tal fenômeno, assegura-nos que esta é uma situação perigosa para o tratamento e que estamos diante de uma formidável resistência.

Tal relação estabelecida por Freud (1912/1996) entre a resistência e o fenômeno da transferência foi alvo de suas investigações no texto "A dinâmica da transferência". Neste artigo, Freud nos informa que cada indivíduo, a partir da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos de vida, desenvolve um método específico próprio para se colocar na vida erótica.

Todavia, o sentido de vida erótica, neste contexto, deve ser entendido da mesma forma ampla que a sexualidade proposta por Freud o é. Assim, a vida erótica do paciente diz das precondições para enamorar-se que o sujeito estabelece, nas pulsões que o satisfazem e nos objetos que determina para si mesmo no decurso da mesma. Isso, por sua vez, produz o que Freud (1912/1996, p.111) descreve como "um clichê estereotípico constantemente repetido [...] no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos [...] permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente as experiências recentes. (Freud, 1912/1996, p. 111)

No entanto, como enfatiza Freud (1915/1996), apenas uma parte dos impulsos que determinam a vida erótica passou pelo processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para a realidade e encontra-se à disposição da personalidade consciente fazendo parte dela. A outra parte dos impulsos libidinais, por sua vez, foi retida no curso do desenvolvimento e mantida afastada da personalidade consciente e da realidade sendo, com isso, impedida de expansão ulterior - exceto na fantasia - e permanecendo totalmente inconsciente.

Sendo assim, é perfeitamente normal e inteligível que uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do analista. Dessa forma, de acordo com Freud (1912, p. 112) "essa catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos [...] ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das séries psíquicas que o paciente já formou". Falando de outro modo, devemos ter em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias conscientes, mas também por aquelas que são inconscientes.

Em resumo, Freud (1916/1996) nos diz que a transferência de intensos sentimentos para o analista é a causa para o entrave que se coloca após um tremendo momento de júbilo no tratamento. A transferência, no entanto, não se justifica nem pela postura do analista, nem pela situação que se criou durante o tratamento. Segundo o autor, esses sentimentos, agora dirigidos ao médico, vêm de outro lugar, já estavam preparados no paciente a apenas vem à tona na situação analítica.

Além disso, Freud (1916), sempre atento aos fenômenos da vida cotidiana, ressalta que a transferência também ocorre fora de uma psicanálise, pois deve ser atribuída à própria neurose. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar que, apesar de se fazer notar em outros lugares, a transferência só é escutada e tratada no dispositivo analítico.

Assim, podemos inferir que, no contexto hospitalar, a transferência não é exclusiva da relação paciente e analista, mas também se faz presente nas outras relações que se estabelecem neste local. Balint (2007), sempre atento à dinâmica da relação médico/paciente, após uma extensa pesquisa realizada na clínica onde trabalhava, chegou à conclusão que o médico prescreve a si mesmo. Ou seja, o autor constatou nos atendimentos feitos na clínica geral que não importava apenas o medicamento em si, mas a atmosfera na qual a substância era administrada. Em nossa prática isso pode ser percebido através de situações em que pacientes criam um forte vínculo com um membro da equipe em especial.

“Doutor, estava com muita dor de cabeça e vontade de vomitar, mas foi só você chegar que eu me sinto melhor. Acho que vou levar o senhor para casa; assim não passo mal nunca mais - diz uma paciente ao médico que acabara de chegar em seu leito.” Essa foi a fala de uma paciente cujo quadro clínico sempre apresentava uma notável melhora durante o plantão de um determinado médico.

Esse fato tão corriqueiro na relação médico paciente parece encontrar sua explicação na seguinte passagem retirada de uma conferência de Freud (1996 [1916]) intitulada "Transferência". Nesta palestra, ministrada a um público leigo sobre os

fundamentos da Psicanálise, o autor nos chama a atenção para o fato de que algumas pacientes afirmavam que a melhora de seu quadro justificava-se por terem encontrado algo que já procuravam há algum tempo - o amor. Para o autor, portanto, seria o amor que possibilitava a essas mulheres comunicar seus pensamentos mais profundos ao médico que as escutava. Podemos pensar a partir disso, portanto, que a transferência não é apenas uma forma de expressão da resistência, mas também o motor do tratamento analítico.

Todavia, nesta mesma conferência, Freud (1996 [1916]) afirma que não só sentimentos afetuosos permeiam a relação analista/paciente. Sentimentos hostis também entram em jogo, e não é devido a sua tonalidade agressiva que os mesmos deixam de se configurar como uma forma de manifestação da transferência.

Os sentimentos hostis indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo, da mesma forma como o desafio, tanto quanto a obediência, significa dependência. [...] os sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de transferência, pois a situação, no tratamento, com muita razão não proporciona qualquer fundamento para sua origem; essa inevitável visão da transferência negativa nos assegura, portanto, que não estivemos equivocados em nosso julgamento acerca da transferência positiva ou afetiva. (Freud, 1996 [1916], p. 444)

No hospital "*os sentimentos ficam a flor da pele*", como disse uma paciente ou, no extremo oposto, é onde "*tudo acontece tão rápido que nem os sentimentos estão preparados*". Assim, afetos de amor e de hostilidade estão a todo o tempo presentes nas relações que ali se estabelecem.

"*Menina, um dia você vai entender o que estou dizendo. Você é ainda muito criança. Quando te vi pela primeira vez pensei que você tinha uns quatorze anos*". - diz uma paciente a uma jovem estagiária do serviço de psicologia.

"*Não agüento mais a paciente do leito 5. Toda vez que vou lá ela grita, me xinga e, agora há pouco, quase me bateu*" - reclama uma técnica cansada do comportamento de uma paciente que estava na UTI do hospital há algum tempo e que, "sem maiores explicações", começou a ficar agressiva.

No segundo caso, por exemplo, foi interessante escutar a paciente, após o incidente, dizer que a técnica em questão parecia com uma vizinha que era muito abusada.

"Ela chega aqui me furando, querendo me tocar, me dar banho e dizendo a hora que tenho que comer." Com isso, foi necessário mostrar para a técnica que tal atitude dificilmente seria direcionada a ela. Tal intervenção justifica-se já que a hostilidade da equipe em relação a um paciente pode ser muito danosa para o mesmo.

Com isso, podemos pensar que a resistência à psicanálise no âmbito hospitalar tenha a mesma importância e função que Freud (1912) detectou no início de sua teoria para o tratamento das neuroses. Afinal, não podemos nos esquecer que a transferência, no tratamento analítico, aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência. Assim, "podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência". (Freud, *ibid.*, p. 116).

Além disso, Freud (1916) nos assegura de que a transferência está presente desde o começo do tratamento e, por algum tempo, é o mais poderoso móvel de seu progresso e a nós é impossível ceder às exigências do paciente, decorrentes da transferência. Portanto, seria um absurdo se rejeitássemos a transferência de modo indelicado por estarmos indignados por seu teor.

Dessa forma, sabendo que a transferência se coloca, a princípio, como uma forma de resistência, mas que só a partir dela podemos operar, a questão que se coloca, conseqüentemente, é como transformar a resistência em uma aliada e não em um obstáculo para a *práxis* da psicanálise no hospital.

Lacan (1964), retomando Freud, também trata a transferência como uma forma de manifestação da resistência. Aliás, dirá que a mesma ocorre quando há um fechamento do inconsciente. Segundo o autor, o inconsciente abre e fecha em uma pulsação temporal, e que, por vezes, interrompe sua comunicação.

A partir disso, Lacan (1964) condena um equivocado manejo da transferência, comumente adotado por muitos psicanalistas, que tendem a achar que em determinado momento a transferência está atravancando o processo analítico e que, com isso, o paciente estaria resistindo ao tratamento.

Ora, que a transferência é uma forma de resistência que possibilita o processo, Freud (1912) já havia nos avisado. Então, porque colocarmos como entrave do tratamento a resistência do paciente? O paciente resiste – isto é fato. Assim, Jorge e Ferreira (2005) nos dizem que, quando Lacan afirma que a resistência é sempre do analista, não está negando a resistência por parte do paciente. Está apenas sublinhando que dar ouvidos exclusivamente à resistência significa não levar em conta o fato de que o inconsciente insiste, é não apostar no

retorno do recalçado. Ou seja, agindo desta forma, o analista não se atém ao discurso do paciente de forma flutuante e isso sim seria resistência - resistência por parte do analista ao inconsciente. Assim, se a resistência por parte do paciente faz parte do processo e é, inclusive, pré-requisito para a instalação da transferência – motor do tratamento -, a resistência por parte do analista é prejudicial e gera efeitos devastadores para a análise.

Além disso, é importante enfatizarmos que Lacan (1964) problematizará conceitos trabalhados por Freud como transferência positiva, transferência negativa e ambivalência. Para o autor, a transferência - manifestando-se de forma positiva, negativa ou ambivalente – estará sempre vinculada a uma suposição de saber. Expliquemo-nos.

“Quando alguém procura um analista, é porque subtende que este detém um saber sobre aquilo que lhe intriga, aquilo que lhe causa sofrimento, aquilo que lhe escapa a compreensão.” (Maurano, 2006a).

Na cena hospitalar, isso pode se dar, por exemplo, quando um médico pede um parecer ao psicanalista, porque acha que o que acomete seu paciente é *“algo de fundo emocional”*, ou quando uma paciente infartada diz: *“Meus irmão querem que eu olhe a minha mãe que tem Alzheimer só porque sou viúva e meus filhos estão crescidos e são independentes. Venho engolindo isso há um bom tempo. Amo minha mãe e me sinto culpada por não querer mais ficar com ela. É muita pressão. Ai eu briguei com todo mundo. Explodi. Será que isso tem a ver com meu infarto?”*

Em ambos os casos podemos notar uma suposição de saber dirigida ao analista. No primeiro exemplo, o médico tendo feito os exames possíveis, tendo prescrito todos os medicamento que conhece, não consegue descobrir a razão pela qual o paciente não melhora e, por isso, chega à conclusão de que é algo emocional e, conseqüentemente, que quem sabe sobre isso é o analista. Na segunda situação, por sua vez, é a paciente que direciona ao analista seu sintoma – o infarto – como um enigma a ser decifrado.

Assim, como aponta Maurano (2006a, p. 27), esse alguém – aqui representado pelo analista – a quem é creditado um saber, é o que Lacan chamou de o grande Outro. É esse Outro que cremos possuir a garantia de nossa felicidade e que guardaria, como um segredo, a verdade última sobre nós. “É essa suposição de um saber no Outro que Lacan localiza como pivô do deslocamento da transferência, via pela qual o analista vem encarnar a função de sujeito Suposto Saber”.

Dessa forma, diante de um sintoma que até então fora uma eficaz solução de compromisso, mas que agora passa a trazer mais danos do que ganhos – “Explodi!”- o

analista, então, é procurado. Será, portanto, neste contexto em que a transferência virá a ocupar o lugar de sintoma e estará condicionada a pretensão de um saber suposto que possa, por sua vez, fazer surgir um saber do sujeito que virá cobrir o real do trauma. (Maurano, 2006a).

No entanto, enquanto o médico, obedecendo à lógica do discurso da ciência, realmente sabe sobre o seu paciente – pelo menos até que se de conta do contrário -, o analista efetivamente não sabe sobre o sujeito que lhe procura.

Diante disso, terá o analista que sustentar esse lugar de sujeito suposto saber eternamente? Se não, qual é o lugar que o analista efetivamente deve ocupar na transferência? As repostas para essas perguntas parecem se relacionar com a ética da psicanálise. Afinal, “[...] o caráter propriamente utilitário da psicanálise não pode ser abordado rigorosamente, nem é passível de ser bem apreendido, se não se explicita qual é sua direção ética.” (Maurano, 2006b, p.7).

Para nós, então, começa a ficar cada vez mais claro que somente a ética que direciona a ação do analista, poderá nos indicar o lugar que o mesmo deve ocupar na transferência - seja no atendimento dos pacientes no *setting analítico* tradicional, seja na cena institucional. Entretanto, falta-nos tempo para abordarmos com cuidado tal questão. Façamos uma pausa, coloquemos reticências e deixemos aqui uma provocação, um vislumbre para novas articulações e para tantos outros desafios que a clínica psicanalítica no contexto hospitalar tem a nos oferecer.

Referências

BRANDÃO, M.L. *Psicofisiologia: As bases fisiológicas do comportamento*. São Paulo: Atheneu, 2001.

FREUD, S. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. (1917). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. v. 18.

_____. A dinâmica da transferência. (1912). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v.12.

_____. O estranho. (1919). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. v. 16.

- _____. As resistências à psicanálise. (1925). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. v. 19.
- _____. Parapraxias (1915). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. v.15.
- _____. Escritores Criativos e Devaneios. (1907). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976. v. 9
- HERCULANO-HOUZEL, S. *O Cérebro em Transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.
- HERCULANO-HOUZEL, S. O Cérebro Homossexual. In: *Viver Mente e Cérebro*. São Paulo: Duetto Editorial, v.14, n.165, p.46-51, out. 2006.
- JORGE, M.A.; FERREIRA, N.P. *Lacan, o grande Freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- KEHL, M.R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras, 2002.
- LACAN, J. *O seminário – livro 11 os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- _____. A ciência e a verdade. (1965). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.869-892.
- MAURANO, D. *A transferência*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2006a.
- MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2006b.
- MEZÊNCIO, M.S. Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. In: *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 10, n.15, 2004. p.104-113.
- MILNER, J.C. O doutrinário de ciência. In: _____. MILNER, J.C. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 28-62.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- SABINO, F. *Martine Seco*. São Paulo: Editora Ática, 2006.
- STEVENSON, R.L. *O médico e o monstro*. São Paulo: Martin Claret, 2000.

THE DOCTOR, THE ANALYST AND THE MONSTER

ABSTRACT:

The 90's of the 20th century is famous for the great advances in the studies concerning the relations between the brain and the human behavior with the so called neurosciences. The advances in the mental health field in this decade can not be denied. On the other hand, we live

in times in which a neuromania has been established and offers quick and too practical answers to highly complexed issues. Therefore, in this context of convenient answers to human suffering, it's expected that psychoanalysis starts been questioned as far as its effectiveness is concerned, specially in a hospital – the land of scientific progress. Thus, with basis on the analysis of the novel *The Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hide* by Robert Louis Stevenson we can notice that the resistance against psychoanalysis is more emotional than intellectual, once the discovery of the unconscious can be seen as a narcissistic wound in the ego of modern men, who, by he way, is no longer the owner of its own house. However, we can not talk about the resistance in psychoanalysis without mentioning its importance. After all, it was through the concept of resistance that Freud developed what transference is and its importance to the psychoanalytical process.

KEYWORDS: Psychoanalysis. Unconscious. Resistance. Transference.

LE MÉDICIN, L' ANALYSTE ET LE MONSTRE

RÉSUMÉ :

Les années 90 du XX^{ème} siècle ont été marquées par un grand avance en ce qui concerne les études de la relation entre les cervaux et les comportements humains par suite du surgiment des neurosciences. On ne peut pas dénier que ces avances-là sont importants et ont apporté des significatifs bénéfiques au champ de la santé mentale. D'autre part, on est en train de vivre un temps où une sorte de *neuromanie*¹ règne souveraine et essaie de donner des réponses abrevées et pratiques, malgré être contingenciales, pour des questions de haute complexité. Ainsi, dans ce sénaire de réponses confortablement immédiates, il est inévitable que l'efficacité de la Psychanalyse soit questionnée et, dans l'hôpital – domaine du progrès médical-scientifique – cette résistance se montre encore plus évidente. Alors, par l'analyse du roman *Le Médecin et le Montre* de Robert Louis Stevenson, on observe que cette résistance n'a pas de caractère intellectuel, mais affectif, vu que la découverte de l'inconscient freudien a été une blessure infligée au narcissisme de l'homme moderne qui ne s'aperçoit plus comme le seigneur de sa maison. Cependant, parler de la résistance dans la Psychanalyse demande qu'on considère son importance auparavant. Cela se justifie, c'était à travers la résistance que Freud est arrivé à l'engine du travail analytique – la transference.

MOTS-CLÉS: Psychanalyse. Inconscient. Résistance. Transference.

Recebido em 29/11/2010

Aprovado em 22/04/2011

©2011 *Psicanálise & Barroco em revista*
www.psicanaliseebarroco.pro.br
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq
Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.
Memória, Subjetividade e Criação.
www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php

revista@psicanaliseebarroco.pro.br www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista