

## SINTOMA E FINAL DE ANÁLISE

*Lucía Barbero Fuks*

### RESUMO:

Para entender o conceito de sintoma é preciso considerá-lo em suas duas dimensões. Por um lado, o sintoma é um símbolo mnémico e, como tal, um substituto ligado à linguagem. Por outro, é um mecanismo que torna possível uma satisfação pulsional, implicando uma dimensão de gozo. O sintoma é parte de uma trama de representações às quais está ligado e a partir das quais adquire sentido. É uma forma de memória, substituto de um processo que, para o paciente e para o analista, é preciso encontrar.

Fazer análise, levando tudo isso em consideração, seria refazer uma história. Vemos, acompanhados por Freud, Klein e Lacan o que seria o final da análise e se existe um final “natural” para cada análise.

Palavras-chave: sintoma – gozo – final de análise - historização

## SÍNTOMA Y FINAL DE ANÁLISIS

*Lucía Barbero Fuks*

### RESUMEN:

Para entender el concepto de síntoma es necesario considerarlo en sus dos dimensiones. Por una lado, el síntoma es un símbolo mnémico y como tal, un substituto relacionado al lenguaje. Por otro, es un mecanismo que hace posible una satisfacción pulsional, implicando una dimensión de goce. El síntoma forma parte de una trama de representaciones a la que está relacionado y a partir de las cuales adquiere sentido. Es una forma de memoria, que ocupa el lugar de un proceso que es necesario encontrar, tanto para el paciente como para el analista.

Considerando lo dicho anteriormente, hacer análisis sería re-hacer una historia. Acompañados por Freud, Klein y Lacan vemos lo que sería el final de un análisis y si existe un final “natural” para cada proceso psicoanalítico.

Palabras-llave: síntoma – goce – final de análisis – historización

## SINTOMA E FINAL DE ANÁLISE

*Lucía Barbero Fuks*

Para entender o conceito de sintoma, é preciso considerá-lo em suas duas dimensões. Por um lado, o sintoma é um símbolo mnémico e, como tal, um substituto

ligado à linguagem. Por outro, é um mecanismo que torna possível uma satisfação pulsional, implicando uma dimensão de gozo.

Para Freud, o sintoma, tomado como uma das manifestações do inconsciente, pode ser interpretado a partir das operações de condensação e deslocamento. Em seus estudos e em sua clínica, quando observava, no decorrer do tratamento, uma resistência oposta à interpretação, a entendia como relacionada aos fenômenos de transferência negativa e, de uma forma ainda mais radical, como reação terapêutica negativa e compulsão à repetição. Freud, como podemos compreender, tentava sempre articular uma perspectiva econômica, vinculada ao prazer-desprazer, com o problema de sua transcrição simbólica.

Em Lacan, adiantando em algumas décadas a história, inicialmente a ênfase está colocada na articulação significativa do sintoma, que considera uma metáfora. Num segundo tempo, também como uma forma de gozo. Como vemos, e aproveitando para demarcar uma primeira síntese, tanto para Freud como para Lacan, o sintoma é, por um lado, substituto, por outro, gozo.

Detalhando um pouco mais, Freud sustenta, nos diversos momentos de sua teoria, algumas constantes: por exemplo, o sintoma é sempre considerado uma expressão do inconsciente e pode ser reinserido dentro de uma trama que lhe dá sentido, da mesma maneira que os sonhos, os atos falhos e o chiste. É uma formação de compromisso, produto de uma transação entre os conteúdos inconscientes e a ação do recalque; um retorno do recalcado de forma deformada servindo de via de expressão tanto para o recalcado quanto para a defesa. Será, assim, o cumprimento deformado de um desejo inconsciente e também uma satisfação sexual substitutiva: “a prática sexual dos doentes”. O sintoma é parte da trama de representações às quais está ligado e a partir das quais adquire sentido. É uma forma de memória, substituto de um processo que, para o paciente e para o analista, é preciso encontrar.

Freud sempre deu atenção à determinação do sintoma, corretamente diferenciado da sua motivação, ou causalidade, e de seu mecanismo. Na determinação do material do sintoma, ele supõe que a substituição patógena é em primeiro lugar permitida por um efeito de contigüidade e, em segundo lugar, orientada, determinada por um significado que tem um valor universal, referente ao sofrimento e ao corpo.

No entanto, permanece uma margem de indeterminação na particularidade da eleição da representação sintomática. Por que uma dor e não outra, por que um órgão e não outro? pergunta-se Freud, cogitando também se os transtornos orgânicos existentes na história do sujeito podem também ser utilizados da mesma maneira.

Isso, para além de seu conteúdo autônomo, nos leva a pensar em algo que não é da ordem da eleição, e sim da imposição. Essa perspectiva de um sintoma imposto coloca em questão a causalidade particular de uma eleição subjetiva. Freud considera que o sujeito, de maneira figurada, metafórica, pode converter em incidências corporais sintomáticas algumas locuções. Isso supõe que o sujeito pode fazer do seu corpo o suporte que encarna determinado significante.

O sujeito não aparece aqui como passivo e entregue às evidências da contigüidade (“coincidência fortuita”) e da semelhança (“comunidade pelo conceito”). Trata-se agora de um sujeito ativo, com intencionalidade e a resposta do sintoma vem de uma “escolha subjetiva”.

Em “Estudos sobre a histeria” (1893-95), o que determina o sujeito é uma certa objetivação da sexualidade, incluída aí a do outro, e o que vai emergir depois é o registro do desejo do sujeito. O sintoma, dessa forma, tinha uma função de representação da situação traumática, só depois adquirindo uma função de representação do sujeito. Isso considerando que é seu desejo particular o que está em jogo na intencionalidade, encontrando sua representação no significante sintomático.

Freud diz que o ego se apropria do sintoma, que aprende a lidar com seu sintoma. Isto pode ter uma conotação positiva para o sujeito, é obvio que para o sujeito tem utilidade. Mas também tem a conotação negativa quando o ego se apropria do sintoma para fazer resistência a partir desse lugar. O ego não quer renunciar à satisfação presente no sintoma em si, o que nos remete à satisfação pulsional, tomado do contexto do longo caminho do neurótico para alcançar a satisfação.

Fazer análise, levado tudo isso em consideração, seria refazer uma história. Há, no entanto, pacientes que não querem refazer sua história, que ficam presos ao que já se contaram, tornando mais difíceis e raros quaisquer questionamentos. O efeito terapêutico, nesses casos, cura o sintoma, mas não o sujeito. Somos levados a pensar, então, no limite

do efeito terapêutico. Pois é preciso diferenciar: o fim da neurose não é o fim de um sintoma.

Essas questões concernem à concepção e abordagem do sintoma ao longo de todo o processo analítico, mas tornam-se mais prementes e centrais quando começamos a considerar o fim da análise. A partir desse ponto de vista, o analista não poderia posicionar-se a favor da satisfação pulsional presente no sintoma. A análise questiona essa satisfação pulsional e o paciente sabe disso, o que, em alguns casos, leva a transferência a se configurar como reação terapêutica negativa.

Em “O Ego e o Id” (1923), Freud considera a integração do sintoma no ego, ou seja, o fato de que o ego se associa com o sintoma para seguir gozando dessa satisfação pulsional que está presente no sintoma. A reação terapêutica negativa aparece também vinculada à consciência de culpabilidade. Persistindo a necessidade de castigo, que em “Inibição, sintoma e angústia” (1926) é trabalhada como resistência do Super-ego, o sintoma torna-se irredutível, e somos conduzidos a considerar a relação entre sofrimento, sintoma e gozo.

Em diversos momentos e a partir de diversas perspectivas, Freud afirma que, no sintoma, o sofrimento “traz” certa satisfação. Lembremos, antes de analisar a idéia mais detidamente, que ele atribui o sofrimento a três origens: o próprio corpo, a relação com os outros e o mundo exterior. O conceito de gozo criado por Lacan (1972-73), por sua vez, relaciona e combina os conceitos freudianos de “satisfação”, “libido” e “pulsão de morte”. O sintoma expressa certo gozo que adquire uma forma simbólica no que foi chamado de “envoltório formal do sintoma”.

Há uma relação entre sintoma e verdade. A verdade nunca é totalmente dita. Há, isto sim, um conceito de verdade que não se entrega numa formulação única e definitiva, e que entra no terreno da interpretação.

Essa sua proximidade com a verdade assinala que o sintoma goza da verdade. Analisar o sintoma até o limite do interpretável equivale a descobrir o ponto de gozo do sintoma, que seria, em última instância, seu sentido verdadeiro. O sentido do sintoma, nesse ponto de vista, seria o real do gozo, ou seja, aquilo que não pode ser inscrito.

No início de uma análise, para voltarmos às situações mais concretas, o sintoma está dizendo algo que não foi desvendado, e é importante que o paciente de crédito a ele.

Que considere que seu sintoma representa ou exprime, se não toda, ao menos algo de sua verdade. Apesar de que, no longo processo da análise, terá que se haver com a limitação de que o sintoma, mesmo decifrado, vale lembrar, não revela toda a verdade do sujeito, já que é outra via de entrada para os conteúdos do inconsciente.

Lacan (1976-77) propõe para o final da análise “que o paciente saiba lidar com seu sintoma”<sup>1</sup>. Ele diz que não encontramos a verdade, e sim a variedade do sintoma. Isso nos indica a passagem do sintoma-verdade à variedade do sintoma de cada um, à singularidade do seu sintoma.

O real, em Lacan, é aquilo que no sintoma resiste à interpretação, ou seja, o que não é do reino do sentido, como o que resta do sintoma após o final da análise depois de ter se esgotado o campo da interpretação. Trata-se, então, do gozo do sintoma. Ele enfatiza ainda que, quando se fala da subjetivação da história, não se trata de uma anamnese, e sim da verdade que emerge na palavra plena. A verdade do sintoma é um sentido que se constrói retroativamente. Supõe-se que, no fim da análise, deverá ter-se atingido um ponto avançado dessa construção.

Para tornar a questão mais complexa, ao menos do ponto de vista lingüístico, seguindo a trilha aberta por Colette Soler (1991) na consideração dessas questões, dizer “fim da análise” é uma expressão equívoca porque designa simultaneamente um momento e uma finalidade. As questões que se levantam conseqüentemente poderiam ser: como termina a análise? Ou ainda: como deve terminar a análise?

Na psicanálise, temos sem dúvida uma clínica da entrada em análise, que é essencialmente uma clínica do sintoma e de seu processamento na transferência. Não está tão descrita ou trabalhada a clínica do fim da análise. Isso talvez se deva a que, na entrada, através de sua fala, o paciente apresenta sua queixa e o analista fundamentalmente a recebe, mas na saída o analista deverá “dar” uma palavra, ao menos quando se coloca a questão de seu assentimento.

O que muda em uma análise além dos sintomas, no final do processo? Qual é o mecanismo dessa mudança? É a interpretação? É a transferência? O paciente pode-se perguntar e também perguntar a seu analista se está em condições de terminar e se se trata de um final verdadeiro e não, por exemplo, de uma atuação ou de uma fuga para a saúde. O

---

<sup>1</sup> *Apud* Quinet (2003), p. 144.

que implica mais ainda o analista, porque exige que ele pense qual é o fim desejável ou legítimo.

Freud não se estendeu muito sobre o tema do fim da análise. Em “Análise terminável ou interminável” (1937) ele o encara como um problema “prático” que se decide caso a caso e define o analista como responsável por pensar se o prosseguimento da análise acrescentará algo mais para o paciente. Não descreveu uma fase final da análise, com exceção do que ressaltou do “escolho” final, a rocha da castração, que analisaremos mais adiante.

Ele fala de dois tempos numa análise: o primeiro onde se tenta tratar o sintoma, e o segundo, que parece mais interessante, onde o que prevalece é a relação de objeto, a transferência, ou a relação com o analista como objeto. Em relação ao momento da transferência, o final da análise seria aquele no qual a relação de transferência se desfaz. Seria necessário precisar qual é a operação que intervêm nesse momento.

Na história da Psicanálise, dependendo da teoria com que se trabalha, encontramos elementos para codificar como o paciente está no início da experiência e como está em seu término. Considerando a teoria da Psicologia do Ego, podemos ver que, como em todas as escolas, eles também concordam em que no início está o sintoma, a neurose, e destacam nesse momento a presença de um *ego fraco*. Logicamente, espera-se a presença, no fim, de um ego mais forte. Como se produz a transformação? Para eles, trata-se de uma identificação. O ego é reforçado pelo viés da identificação.

Já os kleinianos, seria possível dizer que consideram o sujeito dissociado na entrada e, na saída, reunificado ou com uma clivagem, em parte compensada, o que implica uma operação de integração.

Na teoria do *self*, e em especial para Winnicott, considera-se o paciente um falso *self* no início e, na saída, um *self* verdadeiro, não produzido, mas reencontrado. Durante o tratamento se produziria uma operação de revelação, de despertar.

Para Lacan, o paciente entra e sai do processo dividido. Ele considera uma mutação que não faz desaparecer a divisão do sujeito, que a trata sem reduzi-la. Algo muda na posição do sujeito em relação ao saber. A psicanálise desloca o sintoma, mas não poderíamos dizer que o cura. Desloca-o e, nesse sentido, o reduz: é o efeito terapêutico.

Qual é, então, o ganho da análise segundo tais teorias?

Resumindo, para a Psicologia do Ego, o benefício é de domínio, de controle. Para os kleinianos, existe um ganho de unidade em relação à clivagem representada pela neurose. Para Winnicott, ao passar do falso self ao self verdadeiro ganha-se em autenticidade, passa-se a ter-se como si-mesmo, saindo de um *como si*.

Uma das questões que Freud se coloca em “Análise terminável e interminável” (1937) é se existe um final natural para cada análise, e se é possível levar uma análise a esse término. Que significa final de uma análise? Na prática, significa o óbvio: o momento em que cessam as sessões.

Para isso, devem-se cumprir duas condições: a primeira, que o paciente já não sofra por causa dos seus sintomas e que tenha superado suas angústias e inibições; a segunda, que o analista considere que se conseguiu fazer consciente um tanto do conteúdo recalçado, esclarecido suficientemente o incompreensível, eliminada parte da resistência interior, esperando-se como resultado que não se repitam os processos patológicos em questão.

E outro significado relacionado com o final da análise é ainda mais ambicioso: a pergunta quanto a se, mediante a análise, se poderia alcançar a “normalidade psíquica” e a capacidade para manter-se estável nesse lugar.

Freud pensava que quase todos os analistas teriam alguns pacientes com essa evolução, mas esclarece que esse resultado favorável é mais fácil quando a origem da perturbação é essencialmente traumática. A etiologia traumática oferece para a análise a possibilidade mais favorável para tentar o fortalecimento do ego e chegar a uma tramitação da situação traumática que remete a outros conteúdos recalçados da infância.

A análise faz com que o ego amadurecido e fortalecido comece ou encare uma revisão dos antigos recalques, alguns sendo eliminados e outros reconhecidos, mas estes se reconstruindo sobre bases mais sólidas. Essas defesas, assim, terão mais força que as anteriores.

Como fatores desfavoráveis teríamos a intensidade pulsional de origem constitucional e a alteração patológica do ego adquirida na luta defensiva, no sentido de um desequilíbrio e uma limitação. Tais elementos são desfavoráveis ao processo de análise e poderiam prolongar sua duração ou até torná-la interminável.

Existem, dessa forma, três fatores importantes para as possibilidades da terapia analítica:

- 1) Influência dos traumas;
- 2) Intensidade constitucional das pulsões;
- 3) Alterações do ego.

Podemos dizer, em teoria, que a análise cura a neurose afirmando o governo do pulsional, o que, no entanto, nem sempre se consegue na prática.

O ego trata de evitar os perigos que vêm do mundo externo e do mundo pulsional. Assim, tenta evitar, através dos mecanismos de defesa, o perigo, a angústia e o desprazer. Esses mecanismos de defesa frente a antigos perigos retornam no trabalho analítico como *resistências*, o que quer dizer que a cura, em si mesma, é tratada pelo ego como um novo perigo.

As *resistências* mais intensas contra a cura, que demonstram a necessidade de ficar apegado à doença e ao sofrimento, provêm do super-ego que submete o ego e que aparece no sentimento de culpa e na necessidade de castigo. Laplanche (1970) diz que a dificuldade maior que se encontra fora de toda possibilidade de controle é a pulsão de morte, que é a responsável pela resistência na análise e, também, causa do conflito.

Existem dois temas que, para Freud, nunca faltam em uma análise e oferecem forte resistência, a saber: a *inveja do pênis* na mulher e a *revolta* contra a *atitude passiva ou feminina* do homem frente a outro homem.

Ferenczi, em “O problema da finalização das análises”, de 1927, sustenta que, para que uma análise possa se considerar exitosa, esses dois complexos teriam que estar dominados. Freud (1937), entretanto, considera a expectativa de Ferenczi uma exigência impossível de cumprir, sendo que essas duas temáticas que levam implícita a aceitação da castração são a “rocha” na qual qualquer análise encontra seu limite (p.253).

Freud não se ancorou nos ideais para definir algo da operação analítica. Por exemplo, levantar a repressão tem uma referência à estrutura. Outra conotação estrutural é a castração e sua impossibilidade, assim como a forma como o sujeito responde a elas. Freud nos dá na *spaltung* (divisão) do sujeito a solução da análise infinita. Levantar a divisão do sujeito é impossível.

Segundo Antonio Quinet (2003), por fim, “o analista não desvela interiormente a verdade do sintoma, não porque esta esteja recalcada, mas por ser impossível dizer toda a verdade”.

Em síntese, dando um fim a este trabalho um tanto mais simples do que qualquer fim de análise, poderíamos dizer que o sintoma está sempre vazando, escapando, pois não há um sentido final. Sempre é possível a atribuição de sentido, pois, ao se chegar a ele, percebe-se que é furado.

#### BIBLIOGRAFIA

Freud, S. (1893-95) “Estúdios sobre la Histeria” (Breuer y Freud)

*Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1996, vol. 2.

----- (1923) “El yo y el ello”, *idem*, vol. 19.

----- (1926) “Inhibición, sintoma y angustia”, *idem*, vol. 20.

----- (1937) “Análisis terminable e interminable”, *idem*, vol. 23.

Lacan, J. (1972-1973) *El Seminario. Libro 20. Aún*. Barcelona, Paidós, 1981.

Laplanche, J. *Vida y muerte em psicoanálisis*. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

Quinet, A. *A descoberta do inconsciente*, Editora Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2003.

Soler, C. *Finales de análisis*, Manantial, Buenos Aires, 1991.