

## **“EU VIM PORQUE O DOUTOR MANDOU!”: A TRANSFERÊNCIA IMPLICADA NO ENCAMINHAMENTO MÉDICO**

*Vanusa Balieiro do Rego  
Roseane de Freitas Nicolau*

Articulado a partir de discussões no grupo de pesquisa intitulado “A psicanálise, o sujeito e a instituição”, o presente trabalho tem como objetivo pensar a questão da transferência no contexto institucional, particularmente em casos onde a busca por atendimento é movida por uma queixa orgânica, submetida em primeira mão ao saber médico. Os psicanalistas e psicólogos que atuam em instituições ou mesmo consultórios, recebem com frequência sujeitos que chegam por meio de um encaminhamento médico, dizendo: “Eu vim por que o doutor mandou”. Esta fala, por um lado é recorrente, mas por outro, carrega um sentido diverso para cada sujeito, na medida em que aponta para um desejo, mesmo que não se tenha a priori algum entendimento acerca deste. A transferência é um sinal de que um desejo de saber se configura.

Partimos de uma clínica que vem recebendo sujeitos com o corpo tomado por alguma afecção, que motivou seu encaminhamento ao serviço de psicologia. Também, não podemos deixar de considerar que são muitas as pessoas encaminhadas da mesma forma aos nossos consultórios. Porém, nem todos chegam às vias de buscar um atendimento. Logo, entre um encaminhamento e a chegada de alguém no consultório, existe uma gama de possibilidades. Uma delas, passa pelo desejo de saber sobre o sintoma, uma falta que leva alguém a buscar algo que a recubra. Mesmo sendo o sujeito levado, ou encaminhado, não teria uma implicação aí?

Outra possibilidade, não desligada do desejo de saber, remete a relação do sujeito com o lugar ocupado por aquele que encaminha, relação esta chamada por Freud (1912/1996) de *Übertragung*, que em nossa língua significa transferência, transmissão,

contágio, tradução. Este conceito é fundamental por sustentar a análise, sinalizando os possíveis lugares que o analisando se coloca e se relaciona com o analista. Freud (1912/1996) entende a transferência como uma repetição de protótipos infantis com deslocamento de afetos, afetos estes que não podem ser recordados e elaborados elaborados, por isso são repetidos nas relações diversas da vida.

A transferência, como bem apontou Freud, é um fenômeno inconsciente que permeia todas as relações humanas, como a do médico e seu paciente, sendo assim, não se restringe a relação analítica. Lacan (1964/1998) a definiu como aquilo que manifesta na experiência a atualização da realidade do inconsciente. Ao mesmo tempo que possibilita a emersão do inconsciente, também apresenta-se com resistência ao tratamento. O mesmo autor acrescenta que a transferência existe em todo lugar em que haja um Sujeito Suposto Saber. Partimos então, da transferência com o saber médico em direção a transferência que sustenta uma análise.

Por que tomar esse caminho específico, visto que, como foi dito anteriormente, existe uma gama de possibilidades?

Escolhemos este caminho, porque ele nos sinaliza um quiproquó na clínica psicanalítica, que Nicolau (2010) circunscreve assim:

esta se defronta com impasses diante daqueles pacientes que procuram psicoterapia pela via do sintoma orgânico, da doença física, encaminhados pelos médicos. Tais pacientes, que já vem com um diagnóstico previamente estabelecido de doença psicogênica ou afecção psicossomática, encontram grande dificuldade de se analisar. Mesmo que não venha com um diagnóstico como esse, já vem rotulado pelo saber médico: você não tem nada, vá ao psicólogo. Observa-se que os pacientes que chegam à clínica vêm fixados a um diagnóstico e a uma história que lhe foi dada, em significantes recebidos. (NICOLAU, 2010, p.10).

De acordo com Rodrigues (2003), o corpo sempre apresentou questões desafiadoras para a clínica psicanalítica, interrogando o saber dos psicanalistas e o limite da psicanálise. Freud o tomou como ponto de partida para construção de sua

clínica da histeria e Lacan, mais adiante, retomou o corpo a fim de analisar como se operava o real.

Como sustentar uma clínica da fala em relação a um sujeito que verdadeiramente sofre com algo no real de seu corpo?

Quando o sujeito adoece, ele se recolhe como nos mostrou Freud (1914/1996), retira seu interesse das coisas do mundo e demanda cuidado e atenção, sendo atribuições do médico o cuidar e, quando preciso, reconhecer suas limitações técnicas e encaminhar, partindo do suposto que a doença pode ser uma solução que o sujeito encontrou para um conflito psíquico, como nos ensina a psicanálise. Porém, o discurso ao qual a medicina está submetida, o “discurso do mestre”, como propõe Lacan (1964/2008) no *Seminário 17* é aquele que tudo sabe e responde, aquele que não permite falhas, portanto aquele que ao sintoma cala.

Pensemos em nossas clínicas; Seriam embasados no reconhecimento da subjetividade os encaminhamentos realizados pelos médicos?

Ao Analista cabe reconhecer que, algo na relação com o médico foi transmitido aos sujeitos que chegam, porém, nada podemos falar desta, apenas a partir desta, a partir do momento que recebemos um telefonema de alguém querendo marcar conosco, a partir do momento em que passamos a escutar este sujeito. É neste contexto que nos situamos e de onde partimos para refletir sobre as diferenças existentes entre os discursos do médico e do analista numa instituição.

Num trabalho conjunto, onde a psicanálise se conecta com a medicina, detectamos que

precisamos da adesão da equipe que atende previamente estes pacientes. Para que um saber novo possa ser produzido, é necessário que o não-saber apareça e que não se tente tamponar a falta de explicação, como faz o discurso médico (NICOLAU, 2010, p.11).

Sendo assim, se os encaminhamentos fossem realizados a partir de uma possibilidade de que haja algum sentido do lado dos pacientes, em direção à subjetividade, portanto ao inconsciente, teria mais sentido buscar uma análise?

Aceitar uma pessoa em análise requer do analista uma decisão que se fundamenta na ética da psicanálise, pois se dirige ao sujeito do inconsciente. As condições do tratamento analítico são sustentadas principalmente pela posição do analista para as quais não existem regras prescritas. Por conta destas incertezas, Freud (1913/1996) sugere o *tratamento de ensaio*, que poderá se estender por algumas semanas, até meses, antes da entrada do sujeito na análise propriamente dita. Porém, este tratamento inicial já é terapêutico, mesmo que não se saiba se o paciente formulará uma demanda que possibilite a continuidade do tratamento.

Percebendo que muitos pacientes que chegam até nós, não permanecem, pois

a dificuldade de desprender-se da doença, embora se constitua também como uma resistência inerente a um certo modo de organização subjetiva, pode ser acirrada pelas concepções médicas que geralmente permeiam a equipe de saúde e que são transpostas aos pacientes por ocasião do encaminhamento, ou mesmo resultam em não encaminhamento. Se o profissional da equipe de saúde percebe que o entrave na condução de um tratamento não é técnico, e sim subjetivo, ele pode solicitar a ajuda do psicólogo. (NICOLAU, 2010, p.11).

A demanda verdadeira de análise só é explicitada quando ela se desvincilha da queixa. Quinet (2002) afirma que é necessário que a queixa se transforme em demanda, endereçada ao analista, e que o sintoma saia da posição de resposta passando a ser uma questão. Só assim o sujeito será incitado a decifrá-la.

Deste modo, a constituição do sintoma analítico é correspondente ao estabelecimento da transferência, sendo ambas condições para que uma análise se inicie. Supondo um saber ao analista, o paciente estabelece a transferência e começa a trabalhar na análise, começa a querer saber sobre seu sintoma, sobre o que há por trás dele.

No *Seminário 8*, Lacan (1960-1961/2010), manifesta-se sobre suas concepções a respeito da transferência a partir do tema do amor, nos mostrando que, para ele, a transferência é um amor, um amor genuíno, como nos diz Freud. No entanto, esse amor não é estudado pelo primeiro autor como repetição de um protótipo infantil, mas sim como a crença de que encontramos, na pessoa amada, o objeto que perdemos desde sempre, objeto que buscamos a vida inteira e que, portanto, nos é precioso. Esse objeto que o sujeito acredita ter encontrado na pessoa amada é o *agalma*, palavra grega usada para designar um objeto precioso ou caixa de jóias – local onde se guarda objetos preciosos. Sendo assim, o *agalma* introduzido por Lacan no estudo da transferência diz respeito ao objeto que nos captura, a esse algo do outro que nos apreende e nos fascina, nos deixando enamorados. No entanto, isso que o outro tem não é o que o sujeito busca. Desta forma, não há sintonia no amor, logo, este é uma ilusão.

Com relação ao par amoroso, Lacan (1960-1961/2010), aponta dois termos para falar da posição dos mesmos numa relação amorosa: *erómenos* - amado, aquele que tem alguma coisa; e *erastes* – amante, aquele que vai em busca daquilo que lhe falta.

O analista, no início de uma análise, é colocado pelo paciente na posição de amado, daquele que tem um saber, uma resposta para o sofrimento do sujeito. No entanto, o analista deve direcionar o tratamento não ocupando esse lugar de sujeito suposto saber que o analisando o coloca. O analista sabe que quem tem o saber sobre seu sofrimento, sobre seu inconsciente é o paciente e, assim, não pode conduzir o tratamento nem do lugar de amado nem do lugar de amante.

Frente a esse amor do paciente, o analista deve saber que o mesmo não se direciona a ele como pessoa, que ele não tem o *agalma*. Somente não dando resposta para seu paciente, colocando-o para falar sobre suas questões e seu sofrimento é que o analista permite que o analisando caminhe do amor ao desejo numa análise, saindo do

lugar de amado, passando para o lugar de amante, daquele que vai em busca do que lhe falta, e nessa busca, permitir, então, que surja o desejo do sujeito. Desejo que, para Lacan, surge no deslizamento significante, no deslocamento de um objeto a outro, já que não há objeto que complete o sujeito.

E para permitir que se dê essa passagem do amor ao desejo, o analista precisa estar regido sob seu desejo, desejo de analista, que não é o desejo do analista A ou B, mas simplesmente – se é que podemos dizer que isso é simples – desejo de analisar, desejo de fazer surgir o desejo do sujeito, desejo de colocar o paciente para associar livremente. Somente sob a égide do desejo do analista é que o mesmo pode conduzir a cura não ocupando o lugar de sujeito suposto saber e permitindo que, ao final do tratamento, ele vire, para seu paciente, um resto, algo sem importância e sem função.

Sendo assim, conduzir o tratamento do amor ao desejo, saindo do lugar de ideal para virar um resto é a tarefa do analista, tarefa árdua, sempre singular, mesmo trabalhando nas instituições, não devemos perder essa dimensão do trabalho analítico.

## **BIBLIOGRAFIA**

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

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

\_\_\_\_\_. Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914) In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996

LACAN, J. **O Seminário, livro 8: A transferência** (1960-1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. **Seminário 17: O Averso da Psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MOURA, G.C.M. Urgência Subjetiva e Tempo – o que é isto? In: MOURA, M.D. (Org.). **Psicanálise e Hospital -3. Tempo e Morte – da Urgência ao Ato Analítico**. (p. 17-21). Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

NICOLAU, Roseane Freitas, et al. **A psicanálise, o sujeito e a instituição: um diálogo com os profissionais de saúde sobre os processos sintomáticos do corpo**. Projeto de Pesquisa em andamento na Universidade Federal do Pará / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Faculdade de Psicologia, 2010.

QUINET, A. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RODRIGUES, P.V. Desejo, corpo e sofrimento contemporâneo. In: MOURA, Mariza Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital-3. Tempo e morte**. Da urgência ao ato analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

## **SOBRE AS AUTORAS**

**Vanusa Balieiro do Rego**. Psicóloga, Psicanalista (CEP-SP), Especialista em Psicologia Hospitalar (HC-FMUSP), mestranda em Psicologia (UFPA) e bolsista do CNPq, membro do Grupo de Pesquisa intitulado “A Psicanálise, o sujeito e a instituição”, coordenado pela Profª Drª Roseane de Freitas Nicolau.

**Roseane de Freitas Nicolau**. Psicanalista, Professora Doutora da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará e coordenadora do Grupo de Pesquisa “Psicanálise, sujeito e instituição”, cadastrado no CNPQ.