

AUTOR CONVIDADO

Escutar sem apagar o sujeito: defesa, gozo e presença na clínica contemporânea

Listening Without Erasing the Subject: defense, Jouissance, and presence in contemporary clinical practice

Escuchar sin borrar el sujeto: defensa, goce y presencia en la práctica clínica contemporánea

Marcelo Andrés Nilo Urra
Tradução: Bernardo Maranhão

Resumo

Este artigo analisou os efeitos clínicos que surgem quando o analista intervém sem considerar a forma discursiva do paciente nem a defesa que protege seu gozo. A partir de uma hipótese derivada da experiência clínica com pacientes que “sabem, mas não mudam”, desenvolveu-se uma revisão teórico-clínica fundamentada nas contribuições de Freud, Lacan e Minerbo. Abordou-se a cisão do eu como uma estrutura que permite ao sujeito sustentar um saber sem se implicar, preservando um gozo que pode assumir distintas formas (narcísica, masoquista, impotente ou sintomática). Descreveram-se as consequências clínicas de interpretar sem implicações subjetivas e propôs-se uma posição analítica baseada na presença, na implicação e na reserva. Através de exemplos clínicos e desenvolvimentos conceituais, mostrou-se como a escuta atenta à forma do discurso e à defesa permite bordejar o gozo sem confrontá-lo, favorecendo a emergência de uma divisão subjetiva e do desejo. Concluiu-se que uma clínica, que não preenche o vazio do sujeito, mas o preserva como condição estrutural, pode abrir um caminho ético e eficaz para a transformação psíquica.

Palavras-chave: clínica contemporânea, defesa, cisão do eu, gozo, posição analítica

Abstract

This article examined the clinical effects that arise when the analyst intervenes without considering the patient's discursive form or the defense that protects their jouissance. Based on a hypothesis derived from clinical experience with patients who “know but do not change,” a theoretical-clinical review was carried out using the contributions of Freud, Lacan, and Minerbo. The paper addressed ego splitting as a structure that allows the subject to maintain knowledge without implication, preserving a jouissance that may take various forms (narcissistic, masochistic, impotent, or symptomatic). It described the clinical consequences of interpreting without subjective implication and proposed an analytic position based on presence, implication, and restraint. Through clinical examples and theoretical developments, it was shown how attentive listening to the form of discourse and defense allows jouissance to be bordered without confrontation, favoring the emergence of subjective division and desire. The article concluded that a clinical practice that does not fill the subject's void, but instead preserves it as a structural condition, can open an ethical and effective path toward psychic transformation.

Keywords: contemporary clinic, defense, ego splitting, jouissance, analytic position

Resumen

Este artículo analizó los efectos clínicos que surgen cuando el analista interviene sin considerar la forma discursiva del paciente ni la defensa que protege su goce. A partir de una hipótesis derivada de la experiencia clínica con pacientes que “saben pero no cambian”, se desarrolló una revisión teórico-clínica fundamentada en los aportes de Freud, Lacan y Minerbo. Se abordó la escisión del yo como una estructura que permite al sujeto sostener un saber sin implicarse, preservando un goce que puede tomar distintas formas (narcisista, masoquista, impotente o sintomática). Se describieron las consecuencias clínicas de interpretar sin implicación subjetiva y se propuso una posición analítica basada en la presencia, la implicación y la reserva. A través de ejemplos clínicos y desarrollos conceptuales, se mostró cómo la escucha atenta a la forma del discurso y a la defensa permite bordear el goce sin confrontarlo, favoreciendo la emergencia de una división subjetiva y del deseo. Se concluyó que una clínica que no colma el vacío del sujeto, sino que lo preserva como condición estructural, puede abrir un camino ético y eficaz para la transformación psíquica.

Palabras clave: clínica contemporânea, defensa, escisión del yo, goce, posición analítica

Introdução

Na clínica psicanalítica contemporânea, é cada vez mais frequente o encontro com pacientes que, ainda que apresentem um notável nível de consciência sobre seus mal-estares e sofrimentos, parecem permanecer fixados em formas repetitivas de sofrimento. Trata-se de sujeitos que, em termos de seu saber consciente, “sabem, mas não mudam” ou “não conseguem agir em direção à mudança”.

Estes pacientes conseguem descrever com precisão seus sintomas e associá-los àquilo que os aflige. Além disso, conseguem perceber com clareza as relações que os prejudicam e que se tornam repetitivas em suas vidas, sem que “esse saber” produza transformação em sua posição subjetiva. Essa distância entre o que sabem e o que se põe em ato, entre o reconhecimento discursivo e suas implicações psíquicas, coloca um desafio ético e técnico para o analista, que muitas vezes experimenta uma sensação de estancamento ou impotência clínica: tudo parece já ter sido dito, mas nada acontece e nada lhes sucede – nada toca o corpo.

Nesse contexto, o presente artigo sustenta, a partir da prática clínica, a **hipótese de que ignorar a forma discursiva do paciente**

— ou seja, não considerar sua estrutura defensiva que protege o gozo, a imagem narcísica e o modo singular de relação com o Outro pode obstar o trabalho analítico, produzindo resistência no paciente e impotência no analista. Longe de se reduzir a um problema técnico, essa omissão implica um deslize ético: passar ao largo do modo como o sujeito se posiciona subjetivamente, em seu dizer, é também apagar sua implicação naquilo de que sofre.

A partir dessa hipótese, nascida da inquietação clínico-teórica, propõe-se uma revisão teórico-clínica sobre os modos pelos quais o gozo é sustentado na cisão subjetiva e como o trabalho da escuta analítica pode — mediante uma escuta flutuante e atenta à forma, e não apenas ao conteúdo do discurso — favorecer a emergência de uma divisão subjetiva, tal como proposta por Lacan (1964)¹, que abra caminho ao desejo. Em um momento histórico no qual a lógica da transparência, o saber explícito e a busca por livros de autoajuda tendem a colonizar

¹ “O sujeito está dividido, cindido. Há uma divisão entre um saber que não se sabe e um gozo que não se quer saber” (Lacan, 1964, p. 235)

o campo da saúde mental, reafirmar uma clínica do dizer, do não-saber e da subjetivação do gozo torna-se mais urgente do que nunca. Consequentemente, este trabalho se orienta para articular ética, técnica e posição clínica como eixos inseparáveis do ato analítico, sustentando seus desenvolvimentos na transferência e nos conceitos fundamentais da psicanálise como marcos estruturantes da práxis.

Fundamentação teórica

Freud: cisão do eu, defesa e proteção narcísica

Este artigo busca fundamentar sua hipótese e, para isso, se fará uma articulação partindo de Sigmund Freud. Ele introduz o conceito de cisão do eu (*Ichspaltung*) como uma forma particular de defesa na qual o sujeito pode sustentar duas atitudes psíquicas contraditórias, sem que uma anule a outra. Essa ideia aparece em seu livro *O eu e o isso* (Freud, 1923), e é aprofundada posteriormente no *Esboço de psicanálise* (Freud, 1938), em que Freud observa que o eu pode se dividir em dois setores: um que se comporta de acordo com as exigências da realidade, e outro que permanece ligado a uma relação patológica com o objeto ou com uma crença inconsciente. Freud (1938) se refere a isso da seguinte maneira: “O eu pode cindir-se em duas partes, uma das quais se comporta de acordo com a realidade, e a outra persiste na neurose” (p. 189).

Essa cisão não implica um simples conflito entre o isso e o supereu (como seria o caso nas neuroses clássicas), mas uma coexistência de saberes e posições que não se afetam mutuamente, o que permite ao indivíduo saber algo sem que esse saber tenha efeitos subjetivos reais. Nesse sentido, aproxima-se da situação clínica contemporânea em que os pacientes dizem “saber” sobre seu sintoma, suas repetições ou vínculos patológicos, mas esse saber permanece cindido do desejo, do ato e da responsabilidade. Como escutamos isso? Em frases como: “Sei que

me faz mal, mas não consigo deixar”, “Já entendi tudo, mas continuo igual” ou “Sim, eu sei que sempre acabo sofrendo, mas desta vez é diferente”, frases que colocam um desafio clínico central.

Nesse marco, Freud (1923) também sustenta que muitas defesas têm como função a proteção da imagem do eu², especialmente quando esta se vê ameaçada pelo reconhecimento da castração, de uma pulsão ou de uma verdade inconsciente. Nos textos *A negação* (1925) e *O mal-estar na cultura* (1930), Freud se pergunta como o sujeito pode manter à distância certas representações ou afetos, rechaçando-os parcialmente ou admitindo-os sem assumir suas consequências. Essa ambivalência, produto da cisão e não da repressão, e que em certas ocasiões pode tomar a forma de um desmentido (*Verleugnung*) e desorientar o clínico, permite sustentar uma posição narcísica estável³, ao preço de manter dissociado o acesso ao desejo ou à castração simbólica. Por esse motivo, é crucial uma escuta que permita diferenciar dois modos de posicionamento subjetivo diferentes: um causado pela cisão e outro pelo desmentido.

Dando continuidade a essa ideia, a cisão não opera apenas como defesa diante da angústia, mas também pode sustentar um tipo de gozo: uma satisfação inconsciente que se enlaça ao sintoma e da qual o sujeito não está disposto a abrir mão, mesmo quando reconhece seu sofrimento. Embora Freud não use o termo “gozo” (Lacan, 1969-1970), sua teorização sobre a sujeição libidinal ao sintoma antecipa essa dimensão: o sintoma satisfaz, protege uma posição subjetiva, e

2 “Assim como o eu, sob a pressão do mundo exterior, aprendeu a técnica da repressão, também a colocou a serviço de suas próprias tendências, e reprimiu o que parecia perigoso para sua coesão” (p. 47).

3 “O eu (...) se sente assediado pelos clamores do isso, pela severidade do supereu e pela realidade, e trata de burlar essas exigências mediante defesas que, no fundo, são tentativas de preservar seu bem-estar narcisista.” (Freud, 1930, pp.111-115).

sua dissolução implicaria uma perda que o sujeito nem sempre está disposto a assumir; por isso, desprender-se do sintoma implica fazer surgir a divisão subjetiva a partir do objeto *a*. Nas palavras de Lacan (1969-1970), o discurso do analista “é o único que parte do lugar do objeto *a*, para fazer surgir o sujeito dividido” (p. 113).

Lacan: divisão subjetiva, saber e gozo

A seguir, apresenta-se um percurso seletivo pelo ensino de Lacan, centrado nos conceitos que se consideram fundamentais para sustentar a hipótese proposta, particularmente no que se refere à divisão subjetiva, ao gozo e ao ato analítico.

No ensino de Jacques Lacan (1964), o conceito de “divisão subjetiva” ocupa um lugar “fundamental”. Como já foi indicado, a cisão freudiana descreve uma coexistência de saberes contraditórios no interior do eu. Lacan (1964), em contrapartida, refere-se à própria estrutura do sujeito do “inconsciente como dividido”⁴, como efeito da linguagem e de sua inscrição no campo do Outro. Esse sujeito não é idêntico a si mesmo, e se constitui em uma falta: não sabe tudo o que diz, e não diz tudo o que sabe.

Nesse sentido, o gozo se apresenta como aquilo que não pode ser completamente simbolizado, o que excede o princípio do prazer e se sustenta no sintoma como satisfação paradoxal. O gozo não é simplesmente prazer, mas uma forma de satisfação ligada ao corpo, ao excesso, ao sofrimento inclusive, que escapa à regulação do desejo consciente e que “não serve para nada” (Lacan, 1964, p. 247)⁵. Essa proposição permite compreender por que um paciente pode “saber” de sua repetição, de seu sintoma, de seu mal-estar, e, no entanto, permanecer fixado a

esse circuito de gozo. É esse gozo que, muitas vezes, as defesas — como a cisão — buscam proteger, inclusive à custa do sofrimento para o eu do indivíduo. Há uma dupla satisfação: defesa e inconsciente cindido. A psicanalista brasileira Marion Minerbo (2022) a menciona da seguinte maneira: “A defesa não visa evitar o sofrimento, mas evitar a castração. Em muitos casos, o sofrimento é o preço que se paga para continuar gozando.” (p. 67).

Em relação a isso, Lacan (1969-1970) desenvolve, no *Seminário 17*, sua teoria dos discursos, situando o discurso do analista como aquele que, ao operar a partir do lugar do objeto *a*, não se dirige a reforçar o eu nem a dar sentido a ele, mas a provocar uma divisão subjetiva que permita o surgimento do desejo. Lacan (1969-1970) o assinala da seguinte maneira: “O discurso do analista é o único que parte do lugar do *a*, para fazer surgir o sujeito dividido.” (p. 113). Nesse sentido, a interpretação não denuncia o gozo nem o explica, mas o bordejia, produzindo um efeito de estranheza que permite ao sujeito escutar algo de sua verdade.

Dessa maneira, o “ato analítico” (Lacan, 1964) não visa corrigir, confrontar ou educar o sujeito, e sim criar as condições para que ele possa interrogar sua própria posição no gozo que sustenta ou, como se refere Minerbo (2022), o ato analítico “consiste em possibilitar que o sujeito se depare com o ponto em que goza, e se pergunte sobre o sentido disso. Ele não visa à adaptação, mas à implicação” (p. 92). E, eventualmente, propiciará ao sujeito ceder algo desse gozo para que o desejo se abra. Ou seja, o ato analítico “não é outra coisa senão a colocação em jogo, no discurso do sujeito, dessa divisão constitutiva que o torna sujeito do inconsciente” (p. 235). Por isso, intervir sem escutar a forma discursiva do paciente — sem considerar a defesa que estrutura a sua relação com o gozo — pode obstar esse processo e deixar o analista em uma posição de impotência clínica.

4 “O sujeito está dividido, cindido. Há uma divisão entre um saber que não se sabe e um gozo que não se quer saber” (Lacan, 1964, p. 235)

5 “O gozo é aquilo que não serve para nada. Não está do lado do desejo, e sim no do excesso” (Lacan, 1964, p. 247).

Minerbo e a clínica contemporânea: defesa narcísica, gozo e dificuldade de implicação subjetiva

Marion Minerbo, em sua leitura clínica do sujeito contemporâneo, propõe que o núcleo de muitas consultas atuais não é tanto o conflito neurótico clássico, mas uma forma de sofrimento ligada ao narcisismo, em que a defesa não procura evitar o sofrimento, mas evitar a castração. Ou seja, não há sintoma no sentido freudiano estruturado pela repressão e seu retorno, mas um mal-estar que se experimenta como ataque à imagem do eu ou à autoestima. Nesse quadro, a defesa não busca evitar o desprazer, e sim proteger uma posição narcísica e preservar o gozo que esta sustenta, ainda que isso implique um sofrimento persistente.

A autora conceitua essas defesas como defesas narcísicas (Minerbo, 2022), nas quais o sujeito projeta a culpa, evita a responsabilidade e se coloca em um lugar de sofredor, como forma de não ceder do gozo e de evitar a queda de sua imagem ideal (eu ideal). Esse tipo de defesa não opera por repressão, mas muitas vezes por cisão do eu: o sujeito pode saber que algo lhe faz mal, mas continua preso a uma posição que não quer ceder, porque nela sustenta uma forma de “satisfação inconsciente” (Freud, 1905/1915).

Essa configuração clínica gera uma **dificuldade para que o paciente se responsabilize subjetivamente**. O paciente pode falar sobre seu sofrimento, mas **não se implica nele como sua própria produção**; ao contrário, tende a explicá-lo em termos de injustiça externa, dano sofrido ou erros alheios. Segundo Minerbo (2022), essa clínica requer que o analista não busque adaptar o paciente nem interpretá-lo a partir de um saber exterior, mas trabalhe para **favorecer o surgimento de uma pergunta subjetiva em que o desejo de saber seja em torno de seu próprio gozo**. Isto é, o ato aponta para desejo de saber de seu gozo. Nas palavras da autora, o lugar do analista indica que o “ato analítico consiste em possibilitar que o sujeito se

confronte com o ponto em que goza e se pergunte sobre o sentido disso. Não visa à adaptação, mas à implicação” (p. 92).

O que foi mencionado está em plena sintonia com a hipótese deste trabalho: **uma escuta que não considere a forma discursiva do paciente, sua defesa e seu gozo, corre o risco de produzir um estancamento no trabalho clínico e, em contrapartida, a impotência no analista**. De modo contrário, considera-se que uma posição que escute a defesa sem confrontá-la, que bordeje o gozo sem denunciá-lo, e que aponte para a produção do desejo ao introduzir a divisão subjetiva, pode abrir o caminho para uma implicação ética do sujeito naquilo que o faz sofrer. A escuta aponta para a abertura a partir de um lugar de implicação, presença e reserva.

Desenvolvimento clínico

A forma discursiva do paciente como defesa

Na clínica contemporânea, não importa apenas o que o paciente diz, mas “como o diz”. A forma discursiva estrutura uma posição subjetiva: o indivíduo sustenta uma defesa e, muitas vezes, protege um gozo de que o sujeito não está disposto a ceder (“Sei que sempre acabo com pessoas que não me valorizam, mas quando me deixam, sinto que vou morrer”). Nesse sentido, certos torneios de linguagem, frases feitas e ditos não devem ser tomados como simples recursos expressivos, mas também como verdadeiras “formações do inconsciente”, que revelam o modo como o sujeito se posiciona diante de seu mal-estar. Para compreender essa ideia, é fundamental perguntar-se como o dizer sustenta uma defesa: o “mas”, o “mesmo assim”, o “não consigo evitar”.

Escutamos frases como “eu sei que me faz mal, *mas* não consigo deixar”, “*mesmo assim* eu continuo fazendo” ou “*não consigo evitar*” — todas elas manifestações clínicas daquilo que Freud (1923) denominou “cisão do eu” (*Ichspaltung*): uma coexistência de dois

saberes contraditórios que não se integram nem se afetam mutuamente. Por um lado, o paciente reconhece sua implicação, o caráter nocivo de sua repetição, sua posição na cena; por outro, continua repetindo a mesma conduta, como se esse saber não tivesse efeito algum (“Sei que toda vez que me deixo levar por ele acabo angustiada, mas, mesmo assim, ontem voltei a escrever para ele como se nada tivesse acontecido”).

Esse tipo de discurso não expressa ignorância nem neurose de transferência em sua forma clássica. Expressa algo mais estrutural: uma defesa que protege uma zona de gozo, muitas vezes ligada ao narcisismo, a uma fantasia ou a uma imagem do eu que o sujeito não quer perder. O “mas”, nesse contexto, é uma dobradiça defensiva. Ele permite ao sujeito admitir algo e, ao mesmo tempo, neutralizar seus efeitos — o ato. O “mas” introduz uma **cisão entre o saber e o ato**, habilitando uma zona de impunidade subjetiva a partir da qual o gozo se conserva, por exemplo quando escutamos: “Sei que isso não me faz bem, *mas* não consigo viver sem isso”.

Em relação ao exposto acima, o mal-estar não é simplesmente um sintoma que se busca eliminar, mas **o efeito de uma defesa que preserva uma satisfação inconsciente**, sustentada por uma determinada forma de dizer (o “mas”, o “mesmo assim”, o “não consigo evitar”).

Desse ponto de vista, que em todo caso não é o único, intervir somente sobre o conteúdo do que é dito — sem escutar sua forma e sua estrutura — implica perder o ponto onde se aloja a defesa e, com ela, o gozo. Isso pode levar o analista a atuar a partir de uma posição de saber, interpretar de maneira prematura ou confrontar o paciente, produzindo resistência ou retraimento e, como consequência, viver uma experiência de impotência clínica.

O trabalho analítico, por outro lado, requer uma escuta atenta aos modos discursivos que organizam a defesa, uma capacidade

de ler o gozo que essas formas protegem, e um tato clínico para bordejá-las sem anulá-las. Só assim se pode abrir uma possibilidade para que o sujeito deixe de saber sem se implicar e comece a interrogar o lugar a partir do qual fala e repete.

O gozo que se sustenta na cisão

A cisão do eu, tal como foi conceituada por Freud (1923) e aprofundada por Lacan (1964), **não apenas cumpre uma função defensiva diante do conflito psíquico ou da angústia**, mas também permite **preservar uma forma de gozo de que o sujeito não está disposto a ceder**, inclusive se ele reconhece os efeitos danosos de sua repetição (“Sei que eu me coloco nesse papel de salvadora e que ninguém me pede isso, mas, se eu não estiver lá, tudo desmorona”).

Essa cisão entre saber consciente e ato não se explica simplesmente por uma fraqueza do eu ou por falta de vontade do indivíduo, mas pela presença de uma satisfação inconsciente que habita o sintoma e que está sustentada pela defesa. Satisfazem-se o inconsciente e a defesa e, nesse sentido, o sintoma cumpre essa dupla função. Freud (1926) o assinala da seguinte maneira: “O sintoma é um signo e um substituto de uma satisfação pulsional que não se produziu; é uma consequência do processo de repressão” (pp. 101–102).

Do ponto de vista clínico, é possível identificar diferentes tipos de gozo que se enlaçam a essa estrutura cindida e que permitem ao sujeito manter uma posição subjetiva fixa, ainda que às custas de seu mal-estar:

Gozo do sintoma

O sintoma não é apenas um incômodo que o sujeito deseja eliminar (“Sei que somatizo toda vez que tenho que enfrentar algo importante, mas não consigo evitar”). Como afirma Lacan (1964), “o sintoma é um modo de gozo do inconsciente” (p. 247). Nesse sentido, o sintoma satisfaz algo do sujeito, ainda que seja por meio da dor ou do conflito repetido. A cisão permite ao sujeito

saber que “isso lhe faz mal”, mas seguir repetindo-o porque ali há um gozo silencioso que não pode ser simbolizado.

Gozo masoquista

Aqui, o gozo está ligado a ocupar um lugar de sacrifício, submissão ou vitimização (“Sempre acabo fazendo tudo pelos outros e depois ninguém se preocupa comigo, mas, se eu não o fizer, tudo desaba”). A cisão permite sustentar esse lugar enquanto o sujeito se queixa dele. Essa forma de gozo costuma estar associada a fantasias de ser necessário, bom, fiel ou sofredor, que conferem valor subjetivo inclusive a experiências de dor (“Sei que sempre passam por cima de mim, mas, se eu não fizer, ninguém faz”).

Gozo de impotência

O indivíduo se mantém em uma posição na qual **nunca pode fazer nada de diferente**: é sempre vítima das circunstâncias, dos outros ou de suas próprias limitações (“Eu gostaria que as coisas fossem diferentes, mas não depende de mim, sempre acontece algo que estraga tudo”). A impotência, paradoxalmente, **satisfaz**, porque evita a angústia de ter que escolher ou se responsabilizar por um desejo. A cisão aqui permite que o sujeito saiba que está repetindo, mas mantenha isso intacto com frases como: “eu sou assim”, “não posso mudar” ou “isso sempre acontece comigo”.

Gozo narcísico

O sujeito goza de preservar uma imagem ideal de si mesmo, amiúde como inocente, vítima, coerente ou bom (“Sei que foi um erro, mas não sou uma má pessoa”). Reconhecer plenamente sua implicação, seu desejo ou sua agressividade implicaria uma ferida narcísica que é defendida por meio da cisão. Sabe-se que há uma responsabilidade, mas ela é neutralizada para não afetar a consistência do eu.

Pode-se formular a seguinte questão clínica: por que o sujeito não quer ceder desse

gozo? Porque isso implicaria atravessar uma perda subjetiva: renunciar a uma posição fantasmática, desidealizar uma imagem do eu ou confrontar uma castração simbólica. A defesa não busca evitar o sofrimento, mas evitar a castração — evitar atravessar a perda de uma satisfação inconsciente.

Isso significa entender clinicamente que o sintoma não desaparece simplesmente porque se torna consciente, e que o ato analítico não visa interpretar a partir de um saber, mas criar as condições para que o sujeito interroge o sentido desse gozo e possa — se assim o desejar — ceder algo dele.

Risco clínico: intervenção sem implicação

Interpretar sem ter escutado a defesa que protege o gozo do paciente implica correr o risco de intervir a partir de um saber que não toca o sujeito. Essa intervenção — ainda que teoricamente correta — pode ser vivida como intrusiva ou prematura, gerando aumento da resistência, promovendo o *acting out* ou mesmo o retraimento. Minerbo (2022) refere-se a isso ao assinalar que “a **interpretação pode ser tecnicamente impecável, mas se for feita antes que o sujeito se implique, ela será vivida como intrusão, e não como revelação**” (p. 94). O paciente se defende, não porque rejeite o conteúdo da interpretação, mas porque ainda não foi implicado subjetivamente em seu dizer — não se sente escutado nem compreendido.

Esse tipo de intervenção pode instaurar uma experiência de impotência clínica: o analista tem a impressão de que “tudo foi dito”, mas nada mudou. Não há ato, não há perda, não há desejo. A transferência se interrompe. O trabalho analítico permanece estagnado porque a defesa não foi bordejada e o gozo não foi interrogado.

Uma intervenção que não respeita o tempo subjetivo nem escuta a defesa pode fechar a transferência em vez de abri-la. Minerbo (2022) sublinha que a eficácia da interpretação não depende apenas de seu conteúdo, mas também do momento e do

lugar em que o sujeito se encontra em seu dizer.

Proposta clínica

Diante de uma clínica na qual o sujeito pode falar de seu sofrimento sem se implicar nele, e na qual o gozo se protege por meio de formas discursivas cindidas, o trabalho do analista requer uma posição analítica ética e estruturalmente distinta daquela do saber que interpreta ou explica. Trata-se de “sustentar uma presença” (Figueiredo, 2000), que não force, não antecipe nem desmonte prematuramente as defesas, mas escute a partir do lugar do objeto *a*, como propõe Lacan (1964), para quem “o analista não interpreta a partir de um saber constituído, mas a partir de uma posição que faz surgir a verdade como um semi-dizer” (p. 235). Para permitir que algo do sujeito dividido emergja.

Estar presente na clínica não é simplesmente “estar aí”, mas assumir uma posição de disponibilidade e espera, sem se apressar em fechar o discurso do paciente com uma leitura imediata ou uma interpretação explicativa. A presença clínica implica não se adiantar ao sentido, porque fazê-lo muitas vezes significa cobrir o vazio de onde pode surgir uma pergunta subjetiva. Em vez de intervir a partir de um “eu já sei (lugar do saber) o que acontece com você”, trata-se de sustentar o tempo do não saber, até que o sujeito diga algo que o implique.

A implicação clínica do analista não se reduz à empatia, mas à leitura da forma como o sujeito fala — sua posição no discurso: como se repete, como se cinde, que lugares sustenta com seu dizer. É na forma discursiva que se manifestam as defesas e que se pode escutar o gozo. Implicar-se é, então, escutar a partir do desejo do analista, a partir do vazio que possibilita que o sujeito se encontre com aquilo que diz sem sabê-lo (Lacan, 1964).

Interpretar não é dizer o que está “de trás” do sintoma, mas fazê-lo ressoar para que o sujeito possa se implicar em sua repetição.

A reserva clínica não é passividade, mas tato estrutural: saber esperar o momento em que começa a vacilar a certeza do sujeito, em que ele se pergunta por seu lugar ou deixa entrever uma fissura. Uma interpretação, se for feita antes de o sujeito ter se implicado, será vivida como uma intrusão e não como uma revelação (Minerbo, 2022).

Introduzir a divisão subjetiva

Na clínica psicanalítica, a interpretação não tem por objetivo transmitir um saber consciente, uma verdade, nem revelar ao paciente um sentido oculto. A interpretação “não tem por função ser compreendida. O que conta nela é seu efeito: o de fazer surgir um novo sentido, ou melhor ainda, o de perturbar o sentido preestabelecido” (Lacan, 1964, p. 257). Trata-se de provocar uma vacilação no saber do sujeito, um corte em seu discurso que introduza uma divisão subjetiva: uma pergunta que desestabilize sua certeza egoica, sua posição gozosa ou sua imagem de inocência. Para isso, o analista não se apressa em interpretar nem confronta o gozo, mas intervém com frases breves, abertas e ambíguas que abrem um espaço de interrogação sem impor uma resposta.

As intervenções não buscam corrigir nem explicar. Tampouco oferecem um sentido. São devoluções que devolvem ao sujeito seu dizer de forma ligeiramente deslocada, gerando um efeito de estranheza:

Paciente: “Eu sempre termino no mesmo lugar.”

Analista: “E o que é que esse lugar tem que continua sendo seu?”

Paciente: “Eu sei que não deveria, mas mesmo assim eu faço.”

Analista: “Quem é esse que faz mesmo assim?”

Paciente: “Não sei por que eu sempre me calo quando tenho que dizer algo.”

Analista: “Quem é que se protege quando você se cala?”

Essas intervenções introduzem uma pequena ruptura na unidade do eu, permitem

que o paciente se escute a partir de outro lugar, e poder ser o início da pergunta por seu desejo, por sua responsabilidade e por seu gozo.

Bordejar o gozo sem acusá-lo

“O princípio do prazer está feito para evitar o acesso a uma satisfação mais profunda, mais obscura, mais perigosa — aquela que chamamos gozo.”
(Lacan, 1959-1960, p. 190).

O gozo, como satisfação obscura e inconsciente (Lacan, 1959-1960), não pode ser denunciado sem consequências clínicas. Acusá-lo diretamente costuma produzir fechamento, resistência ou retraimento. Em contrapartida, bordejar o gozo implica assinalar seu contorno, sua função, sem nomeá-lo explicitamente.

Paciente: “Eu sei que isso me faz mal, mas, sem isso, eu me sinto vazio.”

Intervenção: “Talvez não se trate apenas de deixar isso, mas de perder algo do que isso te assegura.”

Sustentar a transferência sem fechar o sentido

Toda interpretação eficaz se apoia na transferência, mas não deve esgotá-la com um sentido fechado ou uma revelação prematura. Ao contrário: deve sustentar o desejo de saber do sujeito, sua pergunta, sua divisão. O analista não deve preencher o vazio, mas preservá-lo o suficiente para que o sujeito o habite e para que o campo do desejo permaneça aberto. O analista, então, “não deve responder à demanda, mas sustentar o lugar do vazio onde algo do desejo pode se inscrever” (Lacan, 1964, p. 238-240).

Resumindo, intervir para favorecer a divisão subjetiva requer escutar no limite do gozo e do sentido, devolver ao sujeito algo de seu próprio dizer e não interromper o processo com uma interpretação que feche o que

ainda está em jogo. Trata-se de um trabalho de precisão, presença e ética clínica, em que o analista renuncia a saber pelo paciente para que o paciente possa começar a se interrogar.

Conclusões

Ao longo deste trabalho, sustentou-se a hipótese de que ignorar a forma discursiva do paciente — sem atentar para seu narcisismo primário, sua posição diante do Outro e a defesa que protege seu gozo — pode gerar resistência, retraimento da libido e estancamento clínico, ao mesmo tempo em que coloca o analista em uma posição de impotência. Na clínica contemporânea, marcada pela repetição de frases autoconscientes (“sei que isso me acontece, mas não consigo evitar”) e por discursos em que o saber não transforma, torna-se fundamental escutar não apenas o conteúdo, mas a forma como o sujeito fala de seu sofrimento.

A revisão dos conceitos teorizados por Freud, e posteriormente aprofundados por Lacan, permitiu fundamentar a noção de cisão do eu como uma defesa que possibilita ao sujeito saber sem se implicar, sustentando simultaneamente o reconhecimento de sua repetição e a conservação de um gozo estrutural. Esse gozo pode assumir diversas formas — masoquista, narcísica, de impotência ou sintomática — e se apresenta como uma satisfação inconsciente, obscura, da qual o sujeito não quer ceder, mesmo às custas de seu mal-estar consciente. Assim, a defesa não busca evitar o sofrimento, mas evitar a perda que implicaria confrontar a castração e renunciar ao gozo.

Nessa perspectiva, o ato analítico não consiste em interpretar a partir de um saber ou confrontar a defesa, mas em ocupar uma posição ética que permita que o sujeito se escute dividido em seu dizer. Como se argumentou, isso requer uma posição analítica baseada em três pilares fundamentais: presença, implicação e reserva. Estar presente sem forçar o sentido, implicar-se na leitura

da forma do discurso mais do que em seu conteúdo, e reservar a interpretação até que o sujeito esteja em condições de implicar-se subjetivamente.

As intervenções que introduzem divisão subjetiva não buscam revelar um saber oculto, mas bordejar o gozo sem acusá-lo e sustentar o vazio necessário para que o desejo do sujeito emerja. Não se está ali para dizer o que há, mas para que o paciente fale onde não há nada, salvo o vazio. Só, a partir desse lugar, a análise pode operar como uma experiência de transformação subjetiva, em que o saber não anestesia, mas desestabiliza o eu e permite que o sujeito se interroge sobre sua posição no gozo.

Referências

- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. VII). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIV). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). La negación. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XX). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1938). Esquema del psicoanálisis y La escisión del yo en el proceso de defensa. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XXIII). Amorrortu Editores.
- Figueiredo, L. C. & Coelho Junior, N. (2000). *Ética e técnica em psicanálise*. Brasil. Editora Escuta Ltda.
- Lacan, J. (1959-1960/1988). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1964/1987). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Minerbo, M. (2022). *O sujeito na clínica contemporânea*. Blucher.

Recebido em: 08/04/2025

Aprovado em: 23/06/2025

Sobre a autor:

Marcelo Andrés Nilo Urria

Mestre em psicanálise.

Professor Adjunto na Universidade San Sebastián – USS – e na Universidade Católica da Santíssima Trinidad – UCSC –, no Chile.

E-mail: marcelo.nilourrapsi@gmail.com