



## EL PSICOANÁLISIS ENTRE LOS PROTOCOLOS SANITARIOS Y LA REBELDÍA DE LOS CUERPOS

Marcia Zucchi

Psicóloga, Mestre em Saúde Pública pela Fundação Fernandes Figueiras.

Doutoranda/Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica/UFRJ

Estagiária, com bolsa sandwich/CAPES na Universidad de Barcelona (co-orientação: Prof. Dra. Hebe Tízio).

[marciazucchi@hotmail.com](mailto:marciazucchi@hotmail.com)

### Resumen

Me gustaría tratar aquí algunas de las relaciones entre psicoanálisis y salud pública, más específicamente, entre psicoanálisis y los protocolos que emanan de la actual epidemiología, en especial la epidemiología en salud mental. Estos protocolos son en general contruidos y orientados basándose en la búsqueda de evidencias pero sobretudo en evidencias estadísticas y no clínicas. Lo que quiero destacar es como aquí el protocolo médico, desorientó al analista, hizo que el analista perdiera la buena dirección, esto es, la apuesta en el síntoma como modo de tratamiento de lo real invasor.

Me gustaría tratar aquí algunas de las relaciones entre psicoanálisis y salud pública, más específicamente, entre psicoanálisis y los protocolos que emanan de la actual epidemiología, en especial la epidemiología en salud mental. Estos protocolos son en general contruidos y orientados basándose en la búsqueda de evidencias pero sobretudo en evidencias estadísticas y no clínicas[1]. Pero mi interés es reflexionar sobre algunas implicaciones de la utilización de los conceptos o concepciones - vigilar y prevenir- y de su racionalidad, en el contexto psicoanalítico.

Empiezo por el origen de estos dos campos de saber. Tanto el psicoanálisis cuanto la epidemiología son originarias del siglo XIX. La investigación de John Snow, alrededor de 1850, sobre la relación entre la epidemia del cólera que ocurría entonces en Londres y la contaminación por el agua, es considerada como el origen de las investigaciones epidemiológicas, por lo menos en su acepción científica actual. [2] En 1856 nace Freud. Transcurridos unos 30 años comienza sus estudios sobre la histeria. Podemos decir que Snow y Freud fueron contemporáneos. Sus investigaciones se unen en *la búsqueda de las causas*. Estamos en el período del florecimiento de la ciencia y en este momento hacer ciencia es establecer relaciones de causalidad.

Castiel, en un interesante artículo denominado *Freud y Mill, la Histeria y la Empiria*[3], hace un análisis de las producciones freudianas acerca de la causalidad de la histeria, donde demuestra la clara presencia de un razonamiento compatible con las postulaciones de Stuart Mill[4]. Freud incluso había traducido al alemán la obra de ese filósofo, padre del positivismo científico. No pudiendo proceder por experimentación en su sentido estricto, sin embargo Freud se sirve de la "prueba terapéutica" como modo de verificación de sus hipótesis. Así, si los síntomas histéricos desaparecían con el trabajo analítico, entonces sus hipótesis acerca de la causalidad sintomática eran acertadas.[5] Además de eso, la forma en que Freud lucha para hacer valer su hipótesis de la sexualidad infantil traumática como factor etiológico de las neurosis revela con claridad su perfecto conocimiento de los razonamientos epidemiológicos. Considera la multifactorialidad causal, considera la resistencia individual como factor interviniente en la adquisición de enfermedades, considera aún la existencia de

causalidades necesarias y otras suficientes. Todas estas son categorías típicas de la epidemiología.

Adelante en su obra, la cuestión de la causalidad se vuelve más compleja. El cambio de la teoría del trauma por seducción, por la del fantasma de seducción, ya empieza a hacer de la causa un fenómeno más y más referido al propio aparato anímico. Pero la consideración causal sigue vigente en las hipótesis freudianas siempre. Con la introducción de la pulsión de muerte, algo bastante radical se produce. Esta se vuelve la causalidad por excelencia. El organismo vivo quiere morir, pero, en su propio modo. Vemos ahí la lógica causal adquiriendo nuevos contornos, eso es: la causa la encontramos al final del proceso. Pero Freud no ha querido hacer del psicoanálisis una ciencia positiva. Una ciencia sí, pero positiva, no. Su método interpretativo lo muestra. Las causas inconscientes no necesariamente son aprehensibles en el plano del espacio geométrico o en el plano matemático. Pero son cognoscibles, posibles de traducirse en lenguaje[6]. Con Lacan, las encontraremos productos mismos del lenguaje.

Pero la causalidad no es aquí nuestro tema. Se trata de un apunte sobre el lecho común en que empiezan a caminar ambas disciplinas. Y hay algo más al empezar esta reflexión hablando de la "causa", es también la constatación del cambio de esta concepción en el razonamiento epidemiológico. Eso se puede notar en la Introducción al DSMIV. El énfasis en la cuantificación del rasgo sustituye a la concepción de síntoma como vinculado a la subjetividad[7]. En el psicoanálisis al revés, la causa se mantiene como uno de los pilares de la concepción del sujeto y sus avatares. Hablamos de subjetividad gracias a la relación del hombre a su deseo. La subjetividad es efecto de un objeto (objeto a) que le causa. Sin embargo hoy, no solo en la medicina y sus protocolos, sino también en la cultura contemporánea de modo general, la causa ha salido de la escena, ha sido forcluida.

Miller el año pasado en su seminario utilizó otra referencia para marcar el origen del cuantitativismo epidemiológico. Observa que es con Quetelet que comienza la era del "hombre cuantitativo" o del "hombre promedio".[8] También en el siglo XIX este astrónomo belga empieza a aplicar métodos y conceptos de la astronomía a las sociedades humanas. Miller hace allí una interesante comparación entre los modos de investigación en los siglos XVIII y XIX. En el XVIII se ha producido conocimiento acerca de las diferencias sociales pero un conocimiento descriptivo, comparativo, irónico, que, partiendo de una concepción de unidad de la naturaleza humana, comprendía la diversidad como contingencia (como comedia humana). Ya en el XIX el conocimiento se hace por acumulación de datos. Ante la observación de regularidades en los hechos sociales se les extendió los procedimientos de análisis aplicados a los procesos físicos. El espíritu irónico ha sido sustituido por el racionamiento científico.

Miller nos recuerda todavía que las llamadas ciencias sociales no fueron desde siempre cuantitativas. Nos habla de dos tendencias. Una que parte del Otro consistente de las instituciones sociales y representaciones colectivas, con sus efectos sobre los individuos o poblaciones, la de Durkheim, por ejemplo. Otra vertiente, partiendo a su vez de la inconsistencia del Otro, cree que las instituciones sociales y representaciones colectivas resultan de la suma de las acciones individuales. Allí se concibe la regularidad como el promedio y para eso se sirve de los procedimientos estadísticos.

Este punto es importante pues casi[9] toda epidemiología contemporánea está apoyada en esta concepción. La causalidad contingente se volvió distribución en la curva de Gauss. No existen más causas, solo factores de riesgo. Cuando el riesgo es definido, toca entonces vigilar y prevenir.

Vigilar y prevenir son conceptos sociológicos que desvelan el hombre solo, desprovisto de sus grandes referencias de identidad. Ellas le podían proteger. La política del "promedio" es la política del hombre con lazos fluidos. Como indica Bauman, la frenética búsqueda por especialistas de la orientación (dentro de los cuales estamos incluidos nosotros, los psicoanalistas, por lo menos al nivel de la demanda...) nunca ha sido tan grande como en la modernidad líquida. Sin embargo lo que los especialistas de nuestra fluida era moderna hacen es responsabilizar a sus confusos y perplejos clientes[10] (nosotros, a lo mejor, no deberíamos...). Vigilar y prevenir son modos de regulación de goce exteriores al sujeto mismo. Cuanto mucho generan una culpabilidad vacía de responsabilidad. Una culpa por ceder a este mandato superyoico que, como esclarece Freud en *Malestar en la Cultura* [11], no cambia la economía de goce, al revés, impulsa más el sujeto al goce mortificante. ¿Pero qué sería vigilar y prevenir en el psicoanálisis?

Antes cabe recordar que este sintagma está en conexión con el vigilar y castigar, título de la obra de Foucault[12] que investiga las complejas relaciones de poder entre las diversas formas disciplinarias de las sociedades, los sujetos y sus cuerpos. Es necesario recordar, todavía, que la estructura del hospital, tal como nosotros la conocemos hoy, tiene sus orígenes en el hospital del siglo XVIII que, como enseña ese autor[13], inscribe el cuidado en un aparato que tiene como modelo la institución militar, donde se puede vigilar y controlar profesionales y enfermos, siempre en nombre del bien común. En esta misma perspectiva se inscriben los *exámenes*. Los cito porque las múltiples tecnologías de investigación tienen su faz de control, son aparatos en que "las técnicas que permiten ver inducen efectos de poder"[14]. Así que no es posible hablarse de *búsqueda de evidencias* o de *tecnologías preventivas* sin analizarse los juegos de poder intrínsecos a esos procedimientos.

Pero volvamos al campo del psicoanálisis con el "vigilar y prevenir". Me centraré en el tema de la prevención. En la obra de Freud lo vemos muchas veces abordar ese tema. Pero prácticamente en todas ellas para demostrar lo imposible de esa tarea. Por ejemplo: en los *Tres Ensayos...* subtitula un capítulo de "prevención de la inversión". Afirma allí que la prevención efectiva es "la atracción recíproca de los caracteres sexuales opuestos" pero que de hecho no la puede explicar. Luego agrega la inhibición promovida por la cultura, los avatares del Edipo, y otras situaciones como muerte o separación de los padres, como las posibles causas de la inversión. Lo que se observa es que Freud

hace un planteamiento descriptivo sin que con eso indique cualquier modo de prevención.

En otra obra, *Neurosis y Psicosis*, donde retoma sus reformulaciones de la concepción del aparato psíquico, presentadas en *El Yo y el Ello*, utiliza el término "prevención de la psicosis" para formular el contexto de sus investigaciones. Pero en la conclusión de este artículo se verifica, nuevamente, la imposibilidad de una prevención en el sentido pragmático del término. "Es indudable que el desenlace de tales situaciones dependerá de constelaciones económicas, de las magnitudes relativas de las aspiraciones en lucha recíproca."<sup>[15]</sup> Y de la plasticidad del yo para deformarse. Todas situaciones imprevisibles. Solo verificables a posteriori.

Pero el escepticismo freudiano en cuanto a la posibilidad de prevención del sufrimiento humano por la victoria, en el plano social, de Eros sobre Tánatos, se hace evidente en su artículo *El malestar en la Cultura*.<sup>[16]</sup> En el plano de la cura individual, su desconfianza en las prácticas preventivas aparece explícitamente en el capítulo IV de *Análisis Terminable e Interminable*<sup>[17]</sup> donde analiza en detalles la imposibilidad de prevención de un conflicto pulsional. En realidad demuestra que la intervención psicoanalítica depende del sujeto en presencia, en acto, en lo actual, donde queda excluida la idea de prevención.

El tema de la prevención tal como aparece en Freud, no lo encontramos en Lacan. Quizá por el hecho de que las vías que elige para mantener el psicoanálisis en el campo de la ciencia sean tales que este tema no se plantee. La antropología, el estructuralismo lingüístico, la topología, son métodos de aprehensión y descripción del sujeto. La clínica que de ahí se deduce es la clínica de los efectos de sujeto. Esto no se previene, pero se constata y verifica.

#### Fragmento Clínico

Me gustaría presentarles un fragmento clínico donde se puede observar que la desviación del curso del análisis hacia las indicaciones protocolares médicas, ha contribuido a la interrupción del trabajo analítico.

Nuestro objetivo es mostrar como los instrumentos evaluativos de sostén del discurso médico no sólo no son aplicables a la práctica clínica del psicoanálisis, sino que pueden ser dañinos a ella y al sujeto. Las estadísticas, las encuestas, los protocolos, etc...son todos ellos formas de tomar el síntoma como lo particular de un universal y no como un singular.

Hay síntomas que ponen en riesgo la vida. La clínica del vacío<sup>[18]</sup>, clínica que intenta responder a los nuevos síntomas, se encuentra hoy muy frecuentemente con este riesgo. Los así llamados "nuevos síntomas" (anorexias, bulimias, toxicomanías, ataques de pánico, depresión y alcoholismo) son nuevos no por su fenomenología sino por su carácter epidémico; son síntomas no porque sean metafóricos, portadores de sentido, sino porque son ellos los que demandan intervenciones clínicas hoy. En cuanto a estos síntomas no podemos remitirlos al sentido oculto que adquiere el retorno de lo reprimido, sino más bien a defectos en la constitución narcisista del sujeto, que generan prácticas de goce que parecen desconectadas del lazo con el Otro. Son prácticas de goce eminentemente autistas. Prácticas que excluyen el inconsciente. La angustia es el afecto predominante en esta clínica. No hay vínculo entre vacío, falta y deseo. Al revés, el objeto, producto a ser extraído de la relación del sujeto al Otro, se queda estancado de forma narcisista en el cuerpo<sup>[19]</sup>. En este sentido, la clínica de los nuevos síntomas es eminentemente una clínica del cuerpo.

Una joven de 14 años demanda al analista que le ayude a volver a comer con tranquilidad. Relata haber perdido mucho peso en una dieta iniciada 6 meses atrás, dieta de la cual había "perdido el control". La había iniciado cuando pesaba 52 Kg. Quería perder apenas 2 Kg. Ya los había perdido 12. Medía aproximadamente 1.75m y pesaba ahora 40 Kg. Su apariencia, aún muy delgada, no solía ser de una enferma. Parecía más bien una maniquí.

Su demanda viene muy clara en la 1ª sesión: librarse de la angustia y de los pensamientos obsesivos que envolvían el acto de comer desde que había iniciado esta dieta. Quería volver a sentirse bien, volver a tener el cuerpo que tenía, cuerpo que, ahora lo sabía, no había sido percibido correctamente.

Cuando la analista le pregunta si se siente segura de que quiere aumentar su peso, contesta que no. Lo sabe necesario, pero tiene dudas si lo quiere.

Hubo 10 encuentros con esta joven. El trabajo fue interrumpido en favor de otro que incluía una red terapéutica formada por un endocrinólogo, un psiconeurólogo, una terapeuta conductista, y una nutricionista. La finalidad de ese nuevo trabajo era una rápida ganancia de peso.

El desencadenante del cuadro anoréxico fuera la pérdida de los lazos con sus compañeras de instituto. Estas se habían vinculado a nuevos grupos en función de sus intereses por los chicos. Lourdes no podía relacionarse de manera confortable a ninguno de esos nuevos grupos, y al mismo tiempo sentía que perdía sus amigas. Esta situación tenía una fuerte similitud con su historia infantil. La presencia de la hermana menor, portadora de una deficiencia cardíaca grave, había reorientado los lazos familiares quedando Lourdes "aislada", "cerrada", "apartada de la familia". Con la enfermedad ocurre una sensible mejora en sus relaciones domésticas. Débil, Lourdes había logrado insertarse en su grupo familiar.

Podría aportar algunos otros aspectos que fueron elucidados en este corto trabajo (por ejemplo, su dificultad frente a la mirada masculina), u otros que se quedaron sin tocar, pero mi objetivo aquí es destacar el efecto que produjo el contacto con los protocolos médicos, en la conducción de la cura.

Prosigamos con el fragmento clínico. En la 3ª sesión Lourdes pregunta si debería buscar una nutricionista. La analista le devuelve su pregunta y se hace evidente su temor en consultar tal profesional por el miedo de verse todavía más presionada ante el acto de comer. Decide esperar un

poco más una vez que siente que con el trabajo de análisis se está "calmando". Pero su madre se encuentra muy angustiada por la no subida del peso. La angustia de la madre genera culpa en Lourdes. La madre expresa su intención de buscar un médico para evaluar el estado de salud de su hija. La analista da dos indicaciones de endocrinólogos de su confianza y, simultáneamente, busca informaciones sobre los "trastornos alimentarios" en la literatura médica.

En este momento la analista se encuentra con los universales: "índice de masa corporal menor que 18,5"; "menos de 75% del peso normal con amenorrea, necesidad de ingreso hospitalario"; "riesgo de muerte por falencia de órganos vitales", etc., etc., etc. Lourdes cumplía varios de estos requisitos ampliamente... La analista pasa a temer por la seguridad física de Lourdes, pero el trabajo analítico sigue.

Pasadas 3 semanas la madre busca un médico ya que Lourdes, aunque no había perdido más peso desde que iniciara su análisis, tampoco lo había ganado todavía. El médico es indicado por una amiga: un especialista en trastornos de la nutrición. Decide entonces cambiar el tratamiento. ¿Que pasó?

En el momento en que la analista bascula en su posición hacia los protocolos médicos, el *peso*, que hasta entonces, no era el objeto central de la cura, gana la escena. El peso es el elemento nuclear de la definición del trastorno anoréxico como se puede verificar en el DSM-IV. Este no era el síntoma de Lourdes... No era el *peso* el foco de sus producciones discursivas, más bien su *cuerpo*, que venía en diversas cadenas asociativas... Su deseo era de poder "incorporarse" sin ser avasallada por la angustia. Incorporarse a la familia, a los grupos sociales, a su cuerpo femenino. Incorporarse manteniendo el vacío apaciguador entre el sujeto y el Otro, que hasta aquel momento, por razones que no se quedaran claras, sólo podía ser conseguido por el vaciamiento de su cuerpo.

Hay varios puntos que se podrían discutir. Por ejemplo, si la preocupación de la analista por el estado físico de la analizante le habría precipitado hacia una posición "psicoterapéutica" y con eso validado el trabajo médico en detrimento del análisis. Creo que en estos casos el analista debe hacerse cargo, de un modo bastante decidido, de los otros tratamientos que puedan ser necesarios. No basta la indicación... Pero no me parece este el punto central. Lo que quiero destacar es como aquí el protocolo médico, desorientó al analista. La duda en cuanto a la necesidad de un aumento inmediato del peso de Lourdes, hizo que el analista perdiera la buena dirección, esto es, la apuesta en el síntoma como modo de tratamiento de lo real invasor.

Volviendo al tema de la epidemiología en salud mental, parece importante subrayar el error de una práctica que reduzca lo mental al funcionamiento cerebral, o a conductas y comportamientos. Tal reducción no es compatible con la complejidad de los acontecimientos humanos, determinados que son por el lenguaje, esta característica tan peculiar que distingue el hombre de los otros seres vivos. En ese sentido, los protocolos de intervención derivados de esta epidemiología – como el DSM IV, por ejemplo – se encuentran muy distantes de la práctica psicoanalítica. Toda universalización que promueven va contra la singularización que un análisis destaca. No hay una anorexia, una depresión, esto es, no hay un síntoma que sea igual a otro. Y aún más, no hay salida que no por el propio síntoma, una vez que se trata del modo que el sujeto tiene de tratar el imposible de la relación sexual. La consideración estricta de esos protocolos lleva el trabajo clínico al polo opuesto de la cura analítica. Eliminar el síntoma al revés de saber hacer con él.

No digo con esto que estos protocolos no se deban considerar. Al revés, quizá sea necesario conocerlos mucho mejor, pero para que manejemos adecuadamente nuestros puntos de distinción en cuanto a ellos. Frente a las presiones cada vez más intensas en dirección a una práctica clínica evaluable por el éxito, parece necesario que el analista esté bien esclarecido en cuanto al valor clínico, epistémico y político de ese discurso evaluador.

En ese sentido, es extremadamente importante el trabajo que viene desarrollando la Asociación Mundial de Psicoanálisis a través de la Agencia Lacaniana de Prensa, donde se acompaña un extenso análisis de las producciones del discurso hegemónico en la salud, en la educación, con su carácter evaluador generalizado. Se trata de un trabajo de análisis donde se revela la estrategia bélica de intentar borrar la subjetividad, el psiquismo, e así borrar el psicoanálisis del panorama social. Las prácticas clínicas hoy tienden a ser prácticas donde, a la relación medico-paciente, esencialmente se interponen protocolos y tecnología, en nombre de un pseudo conocimiento científico.

Durante el Encuentro Internacional del Campo Freudiano, en Buenos Aires (2000), Miller afirmó que el único antídoto que el psicoanalista tiene en sus manos para enfrentar la expansión de las psicoterapias de masa es la formación del analista.<sup>[20]</sup> Esta formación pasa hoy, sin duda, por un análisis agudo del papel político del psicoanálisis en el panorama científico y social.

Quizás lo que se pueda vigilar y prevenir en psicoanálisis esté del lado del analista. Vigilar el deseo del analista y prevenirse a través del deseo del analista.

Como nos indicó Miller en Comandatura (2004), la práctica lacaniana tiene como principio que la distingue de las otras prácticas terapéuticas el hecho de contar con la falla (*ça rate*), con el error, con el imposible... Saber de ellos incluso nos puede proteger de la presión de los discursos que preconizan que sólo es válido lo que "funciona".<sup>[21]</sup>

[1] Trabalho realizado en la estancia de doctorado en la Universitat de Barcelona sob la orientación local de la Profesora Doctora Hebe Tizio, con apoyo de la CAPES (Brasil).

[2] Los ensayos clínicos de donde son extraídas las evidencias son, en su gran mayoría, ensayos sobre la clínica de los medicamentos y no hacen referencia a la relación médico-enfermo.

ROUQUAYROL, M.Z. "Epidemiologia, Historia Natural e Prevenção de Doenças". Disponível en: [www.psiquiatriageral.com.br/epidemiologia](http://www.psiquiatriageral.com.br/epidemiologia) - consultado en 20/02/2005.

[4] CASTIEL, L.D. (1996) **Metáforas, moléstias e moléculas. O senso dos humores**. São Paulo: Ed. Unimarcos, p. 65-80.

[5] Resumen de los Postulados de S. Mill:

**concordancia** – si dos o más casos tienen apenas una circunstancia en común, esta es su causa o su efecto;

**diferencia** - dadas dos situaciones de investigación donde todos los fenómenos varían de modo igual menos uno que se vincula solo a una de ellas, este es su causa o su efecto o participa de ellos;

**variación concomitante** - tiene relación causal un evento que varía igualmente con otro;

**residuos**- la retirada de variables causales ya conocidas deja un residuo que por supuesto es debido a otras causas.

[6] CASTIEL, idem, ibidem, p. 68.

[7] LÉBOVITS, A. "Ce que la philosophie autorise à la science en quelques mots". In: Agencia lacaniana de prensa n. 62 del 01/04/2005. Disponível en: [http://www.forumpsy.org/Resource/ALP3\\_62.html](http://www.forumpsy.org/Resource/ALP3_62.html). Consultado en 13/02/2005.

[8] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (D.S.M. IV)**. Porto Alegre: Artes Médicas.1995.

[9] MILLER, J.-A. **Seminário 2003-2004**, 6ª aula. Inédito.

[10] Hablo aquí "casi" una vez que existe una epidemiología cualitativa pero de ningún modo hegemónica. (Sobre el tema de la epidemiología cualitativa conferir MINAYO, M.C.S. (1992) **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco).

[11] BAUMAN, Z. (2004) **Amor Líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 77.

[12] FREUD, S. (1931/1974) "O Mal-Estar na cultura". In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, vol. XXI, p. 81-171.

[13] FOUCAULT, M. (1977) **Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión**. México: Siglo Veintiuno Editores, 1987.

[14] Id., ibid., p. 175.

[15] FREUD, S. (1905/1972) "Três Ensaio sobre a Sexualidade". In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p. 129-250.

[16] FREUD, S. (1923/1972) "Neurose e Psicose". **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, v. XIX, p. 189-193.

[17] "A questão fatídica para a espécie humana parece-me ser saber se, e até que ponto, seu desenvolvimento cultural conseguirá dominar a perturbação de sua vida comunal causada pelo instinto humano de agressão e autodestruição. Talvez, precisamente com relação a isso, a época atual mereça um interesse especial. Os homens adquiriram sobre as forças da natureza um tal controle, que, com sua ajuda, não teriam dificuldades em se exterminarem uns aos outros, até o último homem. Sabem disso, e é daí que provém grande parte de sua atual inquietação, de sua infelicidade e de sua ansiedade. Agora só nos resta esperar que o outro dos dois 'Poderes Celestes', o eterno Eros, desdobre suas forças para se afirmar na luta com seu não menos imortal adversário. Mas quem pode prever com que sucesso e com que resultado?" (FREUD, 1931/1974, p. 170-171).

[18] FREUD, S. (1937/1975) "Análise terminável e interminável" In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, p. 247-287.

[19] RECALCATI, M. (2003) **Clínica del Vacío. Anorexias, Dependências, Psicoses**. Madrid: Editorial Síntesis p. 10-15.

[20] Id., ibid., p. 13.

[21] MILLER, J.-A. apud SANTIAGO, A.L. "O que a psicanálise aplicada ao tratamento da angústia em crianças ensina à psicanálise pura". Boletim da XI Jornada da EBP-MG, n. 6, 2005.

[22] MILLER, J.-A. "Uma fantasia". In: **Opção Lacaniana** n. 42, São Paulo: Eolia, fevereiro, 2005. p. 7-18.

