

O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ!

Tania Coelho dos Santos

A ser publicado em REVISTA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, Berlink, M. (editor), Ed. Escuta S.P.

Este bem humorado ditado popular define uma vertente importante da posição do primeiro psicanalista, S. Freud, diante do aspecto mais inevitável da doença neurótica, a repetição dos acontecimentos traumáticos na transferência e a exigência de decifrá-los no campo da interpretação. O desejo de encontrar atalhos - por meio de soluções psicoterapêuticas - que passem ao largo da transferência e da interpretação, é uma sombra que acompanha a descoberta do inconsciente e a invenção do dispositivo analítico. Nesse momento da história da psicanálise, em particular, travamos uma dura batalha contra a proliferação dos psicofármacos. Penso que a ascensão dessa modalidade de apaziguamento da angústia, é isomorfa dos sintomas contemporâneos. Arrisco-me a dizer que são ambas o efeito do progresso da ciência. Em linhas muito gerais, esse progresso é, talvez, um grande desafio para a inteligência dos cientistas, porém, os mortais comuns, possivelmente, não estão à altura de compreender e simbolizar suas conseqüências.¹

Esse avanço da ciência e da tecnologia alavancou o poder imaginário da medicina. Nunca se viu crença tão desmedida no poder de cura do remédio como nos dias de hoje. Esta modalidade de solução para a angústia cresce, eu prossigo, juntamente com a proliferação de sintomas de difícil classificação. Essas perturbações psíquicas são talvez, também elas, a conseqüência desse avanço do simbólico da ciência. À falta de elaboração psíquica, o sintoma manifesta-se aparentemente como desordem no corpo e não nas vias da imaginação. As pessoas, hoje, não têm mesmo muito tempo para imaginar, devanear,

fantasiar e talvez nossa cultura nem mesmo demande esse tipo de atividade. Da angústia ao pânico, da agitação à insônia, do hábito ao vício, do gosto à compulsão, do prazer ao abuso, da preferência à fixação, pode-se deduzir que tudo, quase tudo que faz parte da existência normal, enseja uma modalidade sintomática pela via do exagero, da separação do circuito de trocas simbólicas.. As afecções contemporâneas típicas são modalidades escancaradas de satisfação pulsional aparentemente auto-eróticas, isto é, que parecem passar ao largo da fantasia. Anorexias, bulimias, toxicomanias, adição ao trabalho, ao esporte e à modelação do corpo, adição às dietas bem como tendência à obesidade, angústia em excesso tanto quanto inibições incapacitantes, insônias assim como quadros depressivos.

O apelo ao medicamento, à solução *ready-made*, está de acordo com a posição subjetiva (melhor seria dizer objetificada) mais adequada ao tempo que vivemos. Tudo leva a crer que o esvaziamento da palavra, da atividade simbólica, dos laços sociais familiares e comunitários se faz acompanhar de uma sintomatologia nova, mais imprevisível, mais idiossincrásica, mais difusa e que confunde as tradicionais fronteiras entre a neurose e a psicose. É nesse novo jardim das espécies que floresce a cultura do psicofármaco. Ele é a resposta imediata, direta, que sem distinguir rigidamente uma angústia da outra, uma insônia da outra, uma depressão da outra, oferece, entretanto, a única dimensão de singularidade a que temos direito, a dose exata. Os medicamentos podem ser dosados conforme o caso. Podem ser administrados como uma dieta personalizada, ao mesmo tempo em que transpõem livremente as classificações estanques, estruturais, distintivas. O remédio é democrático. Ele nivela e homogeneiza. Está mais de acordo com uma cultura

¹ Cf. Coelho dos Santos, T. 2002: págs. 153-158

onde, nem as diferenças geracionais, nem as diferenças sexuais são mais importantes do que a igualdade de todos diante da vida e da morte.²

Para essa nova condição, nem a psicanálise freudiana nem o primeiro ensino do freudiano Jacques Lacan, nos aparelharam suficientemente. Ao contrário, eu diria que este último acentuou nossa crença nas distinções nosológicas: neurose, psicose e perversão. Para fazer face ao poder do medicamento é preciso uma psicanálise que relance os poderes da transferência, para além das fronteiras da classificação. Uma psicanálise que relativize a importância do Nome-do-pai, como operador simbólico, e admita que vivemos num tempo em que o “Outro não existe”. Penso que é disso que se trata, no assim chamado último ensino de Lacan. Passo a construir uma breve história da emergência dos casos inclassificáveis na clínica psicanalítica e seu correlato técnico a chamada contratransferência.

Vou identificar o medicamento à contratransferência do analista. Considero que são recursos da mesma ordem. Enuncio para tanto uma tese: o desejo do analista é um conceito que responde bem aos impasses dos novos sintomas, sem fazer apelo a recursos que só aumentam ou adiam a dificuldade. É uma tese ousada e enigmática. Penso que extraí esse novo conhecimento da minha reflexão sobre o fracasso sistemático dos psicanalistas, em lidar com o final da análise, dos mais inclassificáveis entre todos os seus analisandos, os que se tornam psicanalistas. O desejo do analista é um remédio raro, caro, escasso nesse mercado de transferências – que são as instituições psicanalíticas – além de difícil de inventar, fabricar e de reproduzir. De que substância ele é feito?

² Cf. Coelho dos Santos, T. op. cit. pags.153-158

Para produzi-lo, há alguma coisa que devemos aprender com essas soluções não-analíticas. Elas satisfazem a exigência pulsional, aliviam o sofrimento da angústia e nem sempre o manejo clássico da interpretação pode fazê-lo. Nosso desafio é pensar como é que a interpretação analítica pode visar o real, e não apenas o sentido, isto é, visar o que o sintoma tem de potencialmente imprevisível, de inédito. Para isso é preciso reinventar o poder da transferência de proporcionar uma satisfação substituta ao sintoma.

a) A fuga nas doenças inclassificáveis e o ponto de fuga da teoria lacaniana das psicoses

A intervenção de Jacques Lacan no desencaminhamento teórico que conduziu alguns pós-freudianos à trilha confusa da clínica dos quadros ditos borderline, nos conduziu a separar as estruturas neurótica, psicótica e perversa com base num poderoso operador, a resposta do sujeito à metáfora paterna. Essa solução, de extrema simplicidade teórica, serviu para reorientar a clínica psicanalítica, contornando o obstáculo iminente do rebaixamento da psicanálise à práticas psicoterapêuticas, em que o eixo dominante é a intersubjetividade. Devemos igualmente à Lacan, a crítica ao correlato técnico dos quadros borderline, a exploração da contratransferência. Diferentemente de outros comentadores de Lacan, acredito que ele fez do vício, virtude, pois no rastro de sua intervenção esclarecedora, vimos separar-se o desejo do analista deste conceito técnico que é seu duplo narcísico. Essa reorientação fecunda trouxe à luz o real da angústia, como o ponto onde o sujeito - que não é ainda - está, entretanto, em vias de advir³. O real da angústia é o que precisamos distinguir da necessidade real do paciente. O apelo às necessidades reais do

paciente traz consigo perigosas justificativas para que o analista deixe de lado a disciplina que deve adscrever seu ato ao “horizonte desabitado do ser”.

Se a pontuação de Lacan salvaguardou a clínica psicanalítica, ensinando a proceder diferentemente diante neuróticos e de psicóticos, nos deixou um tanto desamparados diante de casos de difícil classificação. Nesse sentido, as teses de Miller sobre o último ensino de Lacan permitem estabelecer uma nova perspectiva do sujeito como ser falante, relativizando essa primeira abordagem que enfatiza a descontinuidade entre neurose e psicose e promove duas classes estanques. O ser falante, na medida em que o tomamos como idêntico ao seu sintoma (significante + corpo)⁴, não o definimos apenas como o efeito da inclusão simbólica ou da foraclusão do Nome-do-pai. Admitimos que o mais essencial do seu sintoma seja talvez o ponto em que o Outro não existe, $S(\overline{A})$, que dá corpo a uma modalidade inédita de gozo, isto é, de sentido. Essa nova abordagem aponta para a continuidade entre neurose e a psicose, que são somente variações, da existência do ser falante. A vantagem desse ponto de vista é acentuar a igualdade de neuróticos e psicóticos diante da vida e da morte, nos conduzindo a falar de modalidades de gozo em particular. Em lugar de uma abordagem do tipo “ou é isto ou é aquilo”, tomarmos a via aproximativa do tipo “mais ou menos”.⁵ A clínica da foraclusão generalizada, estabelecida por Miller, dá conta das numerosas aporias encontradas nos pós-freudianos acerca das psicoses - que conduziram, tanto à uma multiplicação das categorias nosográficas, quanto à categoria frouxa de pacientes borderline. A potência dessa clínica do gozo deve-se a uma inversão de perspectiva quanto a função da linguagem. Segundo Guéguen “*1. O sujeito da fala, o ser*

³ Coelho dos Santos, T. 1994: págs.45-59

⁴ Cf. Miller, J-A. 2000, págs. 24, 25 e 26

falante, pode encontrar na linguagem um modo de defesa contra o real. 2. Essa defesa pode, dependendo do caso, tomar diferentes formas que não são equivalentes, mas que todas têm por função, apoiar-se nos semblantes para colocar o sujeito ao abrigo da invasão de gozo que o retorno do real no corpo produz. 3. Aquilo que chamamos aqui, invasão de gozo, pode ser apreendido na clínica por meio de vários fenômenos: alguns são maciços e espetaculares (crimes, passagens ao ato suicidas ou passagens ao ato hétero ou autoagressivas, dispersão na pulvirulência do delírio e também anorexias graves), outros, menos aparentes, são mesmo assim preocupantes (assim depressões intensas, estados de angústia agudos, queixas hipocondríacas que pode ter relação tanto com a neurose, quanto com a psicose).”⁶

Fazendo do vício, virtude, não há mais casos inclassificáveis na clínica psicanalítica pela razão, pura e simples, que todos os casos são, mais ou menos classificáveis. Quando muito, podemos alimentar a ambição de distinguir graus de inclusão de um sintoma em uma classe ou outra. Paradoxalmente, por isso mesmo, como reconhece Miller, precisamos mais do que nunca recorrer a matemas para formular um pensamento por aproximação.

Se a clínica psicanalítica não pode contar tanto com a classificação prévia, dependerá, mais do que nunca do manejo da transferência. O que nos servirá de orientação é a incidência do real. Nossa atenção deverá incidir sobre o ponto onde os semblantes vacilam, e a livre-associação dá lugar a manifestações psíquicas que ameaçam romper o enquadre analítico. Eventos no corpo, *acting-outs*, passagens ao ato, e a transferência

⁵ Cf. Miller, J.-A . 1999, pág. 231

⁶ Guéguen, P -G. 2000, pág. 62 (tradução de minha responsabilidade)

negativa são o índice privilegiado da angústia, único afeto que não engana.⁷ Sobre o valor clínico desse momentos, avanço uma tese conforme se segue. Quando Lacan desenvolve um debate acerca da clínica da contratransferência, acredita tratar-se aí, tão somente, de uma estratégia para manejar as incidências da angústia, único índice do real no tratamento analítico. A emergência da angústia é o sinal da queda da suposição de saber, ela desvela o objeto *a* como causa do desejo, esse semblante-real que fica velado sob a demanda de saber. Ele declara, na ocasião, que a contratransferência é apenas a emergência da transferência do lado do analista. *Minha hipótese é a de que sua crítica à redução do real em jogo na experiência analítica à intersubjetividade, ou à incidência do material inconsciente não-analisado do analista, visa elevar os sentimentos, pensamentos e atos contratransferenciais à dignidade de significantes do desejo do analista. Antecipo minha tese de que a contratransferência deve ser tomada como o único índice da angústia do lado do analista, isto é do desejo do analista em vias de advir. Ante a emergência do real de uma carência de interpretação, diante de uma falta de classificabilidade do material do analisando, é preciso que o analista engaje-se na transferência - onde ele se inclui, não apenas como uma forma de retorno do recalado, mas também, como um corpo. Nessa modalidade transferencial, o analista é muito mais claramente o objeto de uma exigência libidinal atual, isto é, real.*

Nessa condição, é preciso que ele faça um novo uso da interpretação. É preciso que ele se abstenha de usar a interpretação para remeter o real em jogo, na cena analítica, à repetição de imagos infantis. É preciso servir-se da interpretação de um modo inédito, que o

⁷ Coelho dos Santos. T. 2000a: págs. 40-47

inclua como causa. Para não deixar esse suposto ineditismo no terreno dos inefáveis da clínica psicanalítica, adianto, para só justificar mais adiante, que só podemos reconhecer o real como sem-sentido ou ainda, como fora-do-saber, se acreditamos que o que acontece é atual, e nos diz respeito diretamente. Foi isso, que as analistas que enveredaram pelo caminho equivocado da contratransferência, fizeram de modo selvagem, mas que precisamos mostrar que se pode fazer da maneira correta. E de acordo com a disciplina que herdamos de Freud, sem abrir mão da abstinência analítica, mas também sem confundi-la com a neutralidade científica.

3) Hipótese sobre a gênese da “inclassificação” como correlata à clínica da contratransferência

Lacan concedeu uma grande importância à discussão da estratégia clínica da contratransferência, em seu Seminário X: “A Angústia” e não menos em seus Escritos. Ele recusa a concepção alargada da resposta Real do analista por meio da contratransferência⁸, reiterando que se trata aí, sempre, da transferência do lado do analista. E o que é isto? É a intervenção do imaginário, do eu (*moi*) do analista na escuta do inconsciente. O que justifica esse desvio da técnica? Minha hipótese é a seguinte: a existência de quadros clínicos de difícil classificação. Porque que colocavam em dúvida o diagnóstico de neurose ou psicose, provocavam uma vacilação do analista de seu lugar de sujeito suposto saber⁹. Esses casos preocupavam muito aos analistas porque havia sempre o risco, mais acentuado,

⁸ Tal como propõe Margareth Little, 1956, pág. 32

⁹ Coelho dos Santos, T. 2000b: op. cit. págs 40-47

do comparecimento de *acting-outs*, atuação de conteúdos inconscientes, supostamente oriundos da primitiva relação simbiótica com a mãe. Segundo se acreditava, eram de natureza pré-verbal. Alguns analistas pós-freudianos acreditavam também que o analista freudiano clássico, habituado à clínica com neuróticos, refugia-se numa posição pretensamente neutra e não se inclui - a si mesmo e ao seu inconsciente - na compreensão dos estados psíquicos de seu paciente. O passo seguinte foi a inclusão da subjetividade do analista no *setting*, pois se acreditava que seu eu refletia, adequadamente, aquilo que o paciente não tinha palavras para formular.

O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez por Wilhelm Reich (1925)¹⁰. Ele observa nesses pacientes a marcada ambivalência, o primado da agressão pré-genital, o prejuízo do eu e do supereu e do narcisismo acentuado. Oficialmente, foi Adolph Stern (1938)¹¹ quem estabeleceu o uso do termo para nomear as seguintes manifestações clínicas: narcisismo, hemorragia psíquica, hipersensibilidade extraordinária, rigidez psíquica e física, reação terapêutica negativa, sentimentos constitucionais de inferioridade, insegurança orgânica ou angústia, masoquismo, uso excessivo de mecanismos projetivos, dificuldades no uso do teste de realidade – em particular nos relacionamentos interpessoais. Como se pode depreender facilmente dessa caracterologia, a idéia central é a de que não se tratava de sintomas neuróticos, isto é, das restrições da vida sexual mas, dos efeitos da frustração de necessidades primárias. Phyllis Greenacre (1941)¹² fala de uma predisposição constitucional à angústia nesses pacientes. Hélène Deutch (1942)¹³ os redefina como personalidades *as-if*, apoiando-se em Winnicott que fala de falso-self. Ambos se

¹⁰ Reich, W. , 1925

¹¹ Stern, A . 1938:467-489

¹² Greenacre, P. 1941: 610-638

¹³ Deutsch, H.: 1942, 301-321

aproximam do diagnóstico de uma patologia do caráter. Todos vão na direção de alargar a categoria de psicose, de modo a abranger indivíduos cuja personalidade é psicótica, mas não suas produções sintomáticas. As patologias de caráter, a rigor, contornam a centralidade do Édipo e da castração na constituição do sujeito, erigindo em seu lugar, como operador estrutural, a relação mãe-bebê. O ego narcísico, para constituir-se, parece prescindir amplamente da metáfora paterna, dependendo principalmente de uma mãe suficientemente boa.

Um segundo período se inicia com um artigo clássico de Robert Knights (1953)¹⁴, defendendo a idéia de que o ego do paciente borderline é frágil e incapaz de mantê-lo funcionando. Essa é a consequência psíquica de relações interpessoais perturbadas ou de eventos traumáticos. Nesses casos, a interpretação é desaconselhável porque pode fragilizar as poucas defesas do ego. Otto Kernberg (1967-75)¹⁵ é, talvez, o nome mais expressivo de um terceiro período. A tese, de que há patologias do caráter, permite agora atravessar as fronteiras entre neurose e psicose. As organizações borderline da personalidade seriam o resultado de um estágio mais avançado da repressão do que na neurose. As defesas contra a fragmentação do eu e o teste de realidade funcionariam, entretanto, melhor do que na psicose. O que nos interessa, especialmente, é que ele reúne na categoria borderline, muitas das manifestações clínicas que hoje chamamos de casos inclassificáveis. Por exemplo: patologias do caráter (estados pré-psicóticos, esquizóides, paranóides e ciclotímicos), personalidades anti-sociais, quadros de auto-mutilação, drogadicções severas, comportamentos impulsivos aparentando uma perversidade polimorfa.

¹⁴Knight, R. 1953 17: 1-12 apud Kouretas, N. 1998 págs. 44-61

¹⁵ Kernberg, O . 1967 : 641-685

----- 1975

----- 1984

Quanto ao tratamento dessas patologias, penso que essa é a chave do nascimento da clínica da contratransferência, pois trata-se da história das práticas destinadas a suprir as supostas insuficiências da interpretação psicanalítica. Paula Heinmann (1949)¹⁶ faz a crítica da ortodoxia freudiana que reduz a contratransferência a um obstáculo, uma perturbação da ordem do não-analisado do analista. Defende a idéia de que a contratransferência é um instrumento de trabalho e de pesquisa. O analista deve acolher, e interrogar seus sentimentos pelo seu paciente, pois essa é a chave que abre o inconsciente do paciente. Margareth Little (1956)¹⁷ adota o conceito alargado de contratransferência cunhado por Paula Heinmann mas, ela o rebatiza, retirando-o da esfera restrita de uma resposta à transferência do paciente, uma vez que ela aloca todo inconsciente na relação intersubjetiva. Introduziu-se na experiência analítica, justamente, aquilo que Freud – esse difamado sujeito da ciência - havia cuidadosamente excluído, a subjetividade do analista. O que justifica essa inclusão do ego do analista, é a suposta regressão do ego encontrada no paciente do tipo borderline. O grau de regressão do paciente requereria, como contrapartida, a transferência do analista, deslocando-o do lugar dissimétrico ou abstinente que Freud lhe designara. Esses pacientes levariam o analista a uma exacerbação da contratransferência, apresentando sentimentos imprevistos, reações às identificações precoces do seu paciente. Em nome dos pacientes impossíveis, foi possível legitimar o rebaixamento da escuta analítica às práticas psicoterapêuticas, onde o que domina é a suplência da suposta incapacidade simbólica dos referidos pacientes.

O que se segue, exemplifica o ângulo muito particular por meio do qual interpreto a contribuição de Lacan a esse debate. Penso que os psicanalistas que promoveram o recurso

¹⁶ Heinmann, P., 1950, pág. 81-84

à contratransferência, atiraram no que viram e acertaram no que não viram. Com essa ferramenta nova, o desejo do analista, podemos visar a dupla face da interpretação a que visa o real vazio de simbólico, e a que vivifica a presença real do analista que nada tem de vazia. A presença real é presença de espírito. Isso é muito diferente de apostar que os sentimentos, emoções, e experiências da pessoa do analista devam ser comunicados ao analisando. Ao contrário, trata-se de tomar a contratransferência como o único índice do inconsciente do lado do analista. Trata-se de torná-la um instrumento que prenuncia o desejo de analista, também, ele mesmo sempre em vias de advir. Precisamos parar de supor que quando alguém termina uma análise devém analista de uma vez por todas. Um analista presentifica-se em ato. Um analista é uma resposta do real. Um analista não é uma condição garantida, antecipável, sustentada graças ao suposto término de sua própria análise. Um analista deve dar provas de seu desejo sempre em vias de advir, no ato de fazer da sua contratransferência, o sinal de angústia, onde ele se antecipa como intérprete do inconsciente.

3) Como tratar o que é impossível de classificar?

Ana Laura é portadora de uma doença rara, bastante desconhecida, que ocasiona diarreias letais, causa obstruções intestinais graves e provoca o aparecimento de fístulas no intestino. Para tratá-las, precisou submeter-se a várias intervenções cirúrgicas. Se tomarmos o viés mais clássico, não se trata de histeria pois a causa anátomo-patológica está bem patente, para não nos confundirmos. Todo portador dessa doença é muito magro, e esse fato

¹⁷ Little, M. op.cit. 1956, pag.32

está diretamente ligado à razão pela qual, eles nunca sobrevivem. Entretanto, ela é gorda. Por essa razão seu médico lhe diz que ela não vai morrer disso, e aconselha, enigmaticamente, um tratamento psicológico. Pouco depois de suas primeiras sessões ela é internada com septicemia. O rompimento de uma fístula ocasiona o vazamento do conteúdo do intestino na cavidade abdominal, e isso costuma matar por infecção generalizada. Entretanto, ela não morre, mas prossegue seu tratamento entre internações de emergência, cirurgias, e um sofrimento físico incomparável. Nos encontramos, enquanto ela não morre, e esse assunto é o tema principal do seu tratamento. Invariavelmente, ela chega ao meu consultório acometida de diarréias fétidas e dolorosas e precisa interromper a sessão para ir ao banheiro. Nossos encontros são tediosos, deprimentes, pois a ameaça de morte é uma eterna assombração.

Certa vez, depois de uma sessão difícilíssima em que falamos das mortes de seu pai, de um antigo caso amoroso, de seu irmão, além de outras pessoas a quem era muito ligada, ela retorna queixado-se ruidosamente, enfaticamente, num tom mais desesperado do que o habitual de diarréia. Eu lhe disse, essa diarréia não foi causada pela sua doença, foi desencadeada pela sua análise. Ela me chamou de louca, disse que seu caso era indiscutivelmente médico e saiu revoltada pela porta, interrompendo a sessão. Seguiu, segundo eu soube depois, diretamente para o consultório do seu clínico e lhe contou o acontecido. Ele diz que sua analista pode ter razão e, que talvez a diarréia que ela tem hoje, não tenha sido provocada pela sua doença.

Não penso em desenvolver nesse momento uma discussão mais profunda acerca de uma doença orgânica que responde, na transferência, como uma doença histérica. Também não é minha intenção discutir se uma doença real, pode ou não, ser também um sintoma

histórico. O que me interessa é tomar a diarreia, na sessão analítica, como uma incidência do real, um índice da angústia - único afeto que não engana – sinal do sujeito em vias de advir.¹⁸ Elevar a diarreia à dimensão do significante, mesmo não podendo interpretá-la na sua relação aos significantes da história dessa mulher, elevava também a mim, como analista, à dignidade do objeto causa do desejo. O manejo da diarreia à serviço da transferência permitiu, pelo menos, que a repetição pulsional encoberta pela doença orgânica, revelasse sua dependência do objeto inconsciente.

Do lugar de analista, trata-se de tomar o real presentificado na sessão como algo que necessariamente o inclui. Entretanto, não é a mesma coisa incluir-se como um eu, na intersubjetividade, e incluir-se como objeto inconsciente, preservando o enigma acerca de que objeto se trata. Casos inclassificáveis são aqueles que fogem à tipologia mais conhecida. Desafiam os limites da interpretação psicanalítica, e nos obrigam a alargar o campo de abrangência do que deve ser, de direito, da ordem do inconsciente. Acima de tudo, eles nos servem para aclarar a natureza da tarefa analítica. Penso que casos como esses nos ensinam, por analogia, como devemos agir em situações igualmente críticas, isto é, nos momentos em que a repetição em análise empurra para a interrupção. São momentos em que a angústia está velada sob o *acting-out*. Penso que se trata sempre da queda da suposição de saber, quando a repetição em ato faz aparecer, de um modo insuportável, insustentável, aquilo que teríamos sido, até então, como objeto para o analisando. A queda do analista do lugar de sujeito suposto saber - quando não é recuperada pela presença de espírito da interpretação adequada – pode provocar o *acting-out* do lado do paciente ou, ensejar o prolongamento de uma análise que já poderia ter sido concluída.

¹⁸ Coelho dos Santos, T. 2000, págs.173-195

O término de uma análise, por sua vez, requer do analisando uma passagem ao ato, uma separação de seu analista. Esse gesto não prescinde de um consentimento do analista, isto é, da interpretação que o precipita e sanciona.

Referências

Coelho dos Santos, T. A angústia na teoria e na clínica in: *Revista do Tempo Psicanalítico*, V. 27, págs. 45-58, 1994

~~~~~Da lógica da fantasia à finalidade do ato psicanalítico, in: *Revista do Tempo Psicanalítico*, v.28, págs. 155-164, 1995

---

De que desejo do Outro a angústia é o sinal? in: *Latusa – Revista Brasileira de Psicanálise*, v.4-5, págs. 173-195, 2000

~~~~~Acting-out: o objeto causa do desejo na sessão analítica in: *Opção Lacaniana, Revista Internacional de Psicanálise*, no. 29, págs. 40-47, 2001a

A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica in: *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v.IV, págs. 105-125, 2001b

Um estudo comparativo da angústia na neurose obsessiva e na histeria in: Besset, V. (org.) *Angústia*, págs. 37-52, Ed Escuta, 2002a

O analista como parceiro dos sintomas inclassificáveis in: *Latusa: Revista da Escola Brasileira de psicanálise*, no. 7, págs. 153-168, 2002b

Deutsch, H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to shizophrenia, in: *Psychoanalytic Quaterly* 11: 301-321, 1942

Greenacre, P. The predisposition to anxiety. Part II, *Psychoanalytic Quaterly* 10: 610-638, 1941

Guéguen, P -G., Freud et la clinique du réel, in: ECF\ACF (eds.) Quand les semblants vacillent , *Actes des Journées d'études*, pags. 62-67, 2000

Heinmann, P. On countertransference, in: *The International Journal of Psycho-Analysis*, Volume XXI, 1950, Paris 1 e 2, pags. 81-84

Kernberg, O . Borderline Personality Organization in: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15: 641-685, 1967

----- Borderline Conditions and Pathological Narcissism, N.Y.: Jason Aronson, 1975

----- Severe Personality Disorders, New Haven, CT: Yale University Press, 1984

Knight, R. "Borderline states" in: *Bulletin of the Meninger Clinic*, 1953 apud, Kouretas, N. "The development of the concept of the 'Borderline' in psychoanalytic Diagnosis and treatment", in: Gurewich, J.F. et Tort, M. (orgs.) *The subject and the self*, Jason Aronson INC, N.J., London, 1998 pags. 44-61b

Little, M., "R" – The analyst's total response to the patients's needs: *International Journal of Psycho-analysis*, pags. 32 , 1956

Miller, J.A . Biologie lacanienne et événement de corps, in: *Événement des corps, La Cause freudienne – Revue de Psychanalyse*, no 44 , pags.7-60 Paris, 2000

Cf. Miller, J.A . in De Georges et alli (org.) *La Convention D'Antibes*, Collection Le Paon, Ed. Agalma, Seuil, Paris, 1999

Reich, W. Der triebhaft Character: *Leipzig Internationaler Psychoanalytischer Verlag*, 1925

Stern, A . “Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neurosis”,

Psychoanalytic Quaterly, 7:467-489, 1938