



**SIMPÓSIO INTERAMERICANO 2025**  
**O ANALISTA E O CLÍNICO**  
Carolina Zaffore - Gabriel Lombardi

Lacan considerava indispensável que o analista fosse pelo menos dois; o que causa o trabalho analisante e o que teoriza seus efeitos (*R.S.I.*, 10 dezembro 1974). Cada uma dessas posições controla os extravios da outra, realiza seu *cont-role*. Ocasão de revisar a interação entre ambas, em cada uma das práticas atuais do analista.

A partir dos debates sustentados durante e após o Simpósio de San Juan de Porto Rico, diversos temas se propuseram. Ao título finalmente eleito, *O analista e o clínico*, se ligam diversos subtemas possíveis, entre os quais:

1. Ato analítico, experiência de análise e elaboração clínica.
2. O que é um caso clínico em psicanálise? Uso e funções.
3. Do conhecimento do sintoma à lógica do caso. O diagnóstico na entrada, durante e no fim da análise.
4. Validade dos históricos freudianos. As apresentações de doentes de Lacan.
5. “Casos de urgência”. A introdução do tempo na análise.
6. Quando o analista traz o caso. Supervisão, controle, *contra-role*?
7. Passe e clínica. Articulações e incompatibilidades. Testemunho direto e indireto na transmissão da psicanálise.
8. “O inconsciente do analista”. Liberdade interpretativa, destituição subjetiva, entusiasmo causal e responsabilidade.
9. Políticas do sintoma e da transmissão em psicanálise.

***Algumas referências iniciais***

Lacan situa a ação do analista a partir de sua concepção sobre o passe, o analista se autoriza por si mesmo, de uma posição de “destituição subjetiva” que “...jamais deterá o inocente, que não tem outra lei senão seu desejo”. *Proposição 9 de outubro de 1967 para o psicanalista da Escola*. pg. 258

Nove anos depois, em sua *Abertura da Seção Clínica*, propõe compensar essa eficácia cega (marcada por sua *Verleugnung*, o desconhecimento estrutural do ato) colocando o “inocente” no banco: a clínica psicanalítica consiste em interrogar o analista, incitá-lo a declarar suas

razões sobre os efeitos de sua intervenção, sobre sua leitura de Freud e sobre o que sua prática implica de fortuito e arriscado. *{hasardeux}*.

Por sua vez, num movimento de feedback, o *analista causa* compensa os excessos do clínico, inclinado desde sempre a objetivar de fora os signos do sofrimento. “Chamamos sintoma o que o sujeito situa como tal”, disse Colette Soler n’*A querela dos diagnósticos*.

Entre os problemas cruciais para a psicanálise, Lacan assinalou que “...se o clínico não sabe que uma metade do sintoma está a seu cargo, sua metade de saber, e que sem esta segunda pessoa o sintoma não termina por se constituir, estará condenado a deixar cair a clínica na via psiquiátrica, da qual a doutrina freudiana deveria tê-lo resgatado”. (*Problemas cruciais*, aula 5 de maio de 1965).

Entre causa e interrogação clínica, talvez possa situar-se melhor a posição oscilante que convém ao analista, entre *Verleugnung* do ato analítico e horror de saber. Problema crucial da psicanálise, situado assim na resenha desse seminário: “Que o ser-de-saber deva reduzir-se a não ser mais que o complemento do sintoma, é o que causa horror ao analista; se isso se elide, o estatuto da psicanálise como científico se estanca indefinidamente...”

Também em nossa Escola o déficit dessa articulação pode advertir-nos, e talvez mais claramente que nunca. Inclusive nas experiências e testemunhos do passe “exitoso”, com nomeação de AE, costuma ser escassa tal articulação, entre ato e clínica, e costuma confundir-se um com outra. Escutamos regularmente histórias de análises e de sua *saída (exit)* desde a narração de um analista em potencial, sem referências a um parceiro com quem se autorizou como analista; além de que se o faz também em público como testemunho direto, sendo que a proposta fundamental de Lacan era a do *testemunho indireto* através dos passadores.

Os outros arranjos clínicos habituais em nossa comunidade também merecem ser revisitados a partir desta dupla perspectiva. *A elaboração de um caso*, já desde Freud, não poderia ser positivista (analista sujeito cognoscente - paciente objeto conhecido), muito menos technompirista (informação sem sujeito). Freud não publicou a transcrição de seus registros originais, mas históricos dialogados nos quais ele está concernido nos efeitos de sua intervenção, estilizando o monólogo do analisante.

É a *supervisão* que se pratica atualmente a que concebia Lacan, ou seja, o caso de um analista que se vê superado por seu ato, o qual é frequentemente mais eficaz do que adverte? (Lacan, *Discurso na EFP de 6 de dezembro de 1967*).

Podemos estar advertidos que a *transferência* é o pivô de uma alternância, um balé entre sujeito e objeto, sustentada entre os dois corpos com os quais o vínculo analítico se organiza? (Proposição de 9 outubro de 1967). A posição do analista não é fixa, nem sequer dinâmica, mas enérgica, em ato, alternante entre essas duas perspectivas.

*O discurso analítico* se realiza na troca de discurso e não na estabilização do analista-causa (Seminário *Encore*, 19 de dezembro de 1972).

Também a *prática de apresentação de doentes*, na qual o analista é envolvido, não é mera mostraçã, mas sim “...diálogo entre duas pessoas, sem o qual o sintoma não termina de constituir-se como tal” (*Problemas cruciais*, 5 de maio de 1965).

A proposta é repensar a clínica freudiana tal como Lacan a apresentou em 1975: *É o real enquanto impossível de suportar. O inconsciente é marca e caminho para o saber que o constitui, devendo-se repudiar tudo que implica a ideia de conhecimento*. Reservando este termo para o caso do sintoma, conhecido do sujeito que sofre e que o ativa sem reconhecer-se nele. A *Spaltung* do sujeito entre conhecimento e reconhecimento é o nome freudiano do sujeito.

Caso e sintoma são, a partir desta dupla perspectiva, indissociáveis. A história desses termos indica: o *sintoma* é o *caso* particular da divisão do sujeito que *ocorre* em coincidência com a singularidade que o *causa*.

Este Simpósio pode ser também momento de avaliar a aposta que representa para o analista de hoje em dia a transformação do saber incorporado localmente em informação digitalizada, com consequente efeito de camuflagem dos tipos clínicos freudianos de sintoma. A consulta chega hoje tanto extraviada na imensidão das redes “sociais”, onde as injúrias do bullying se revertem em insígnias de dignidade e vice-versa, como pelas identificações que se intercambiam com emblemas de identidade. Falta agora reconhecer os tipos mais elementares de sintoma real ou divisão subjetiva, essa que se escreve no corpo sem outra tinta que não a que deposita o significante como letra ou substância gozante. Como voltar hoje, quase meio século depois, ao último Lacan, o da Seção Clínica e do seminário *Dissolução* tentando restituir o dizer de Freud na psicanálise, na práxis da teoria, na clínica, no ensino?