

## CLÍNICA PSICANALÍTICA: UM ESTILO

Eliane Reis Neves Bezerra de Melo

Ao escrever este texto, na realidade estava tentando responder algumas questões minhas sobre: Como se chegar a um estilo na clínica psicanalítica? Que ferramentas utilizar? Qual a função do tripé: Análise-Supervisão-Ensino? Não sei se conseguirei responder a todas estas questões, mas pelo menos tentarei amenizar minha angústia quanto a elas, e para isto gostaria de falar um pouco sobre o artigo escrito por Freud em 1910 que fala sobre o tema Técnica Psicanalítica, onde nos deixa informações valiosas quanto ao procedimento clínico que permite definir o quadro do tratamento psicanalítico. Refiro-me ao artigo “Psicanálise Selvagem”, onde Freud nos fala de uma mulher de aproximadamente 40 anos que o procura por solicitação de um médico, com o objetivo de ver seu diagnóstico confirmado.

A queixa principal era de estados ansiosos tendo estes surgidos quando se divorciara de seu último marido. Deixa transparecer uma ansiedade acentuada ao relatar que este médico a informara ser a causa de sua ansiedade a falta de *satisfação sexual*, não tolerando assim, a falta de relações sexuais, tendo sido indicado três alternativas: voltar para o marido, ter um amante ou masturbar-se. Mediante estas recomendações médicas a paciente considera-se incurável por se ver impedida de realizar-se ao menos em uma delas.

Freud através de sua experiência clínica está ciente de não poder aceitar de imediato o que acaba de escutar como uma verdade, senão como uma verdade parcial, por já ter tido experiências anteriores com seus pacientes, estes, nesta época considerados *pacientes nervosos*. Mas ainda assim, faz algumas considerações e as vincula no artigo em foco, contribuindo para a clínica psicanalítica e possivelmente evitando que outros médicos incorram nestes equívocos.

Considerando que o dito da paciente fosse a sua verdade leva-o a pensar que ao se falar de sexualidade deve-se levar em conta um manejo em escutar, no sentido de não colar no que está a princípio sendo dito, como uma verdade que se encerra, mas ao contrário, encorajar a paciente a dizer mais acerca desse primeiro relato, isto é, refiro-me as associações acerca desse dizer, provocando fala. Atento a essas digressões nos encaminha em preceitos de uma prática psicanalítica familiarizando-nos com a natureza e finalidade das mesmas.

Destaco por hora os *erros científicos* cometidos pelo médico dando-nos a entender que ele não tem clareza do verdadeiro sentido da expressão "vida sexual". Com a leitura psicanalítica fica possível encaminhar um sentido para além do popular no que se refere comumente a sexualidade como se esta pudesse ser suprida através do coito ou atos análogos, do que se costuma chamar de orgasmo. O conceito do que é sexual é muito mais abrangente, ou seja, reconhecem-se como pertencentes a "vida sexual" todas as relações afetivas de trocas e que o humano não pode prescindir, destes sentimentos ternos que têm os impulsos sexuais primitivos como fonte, mesmo quando esses impulsos se tornaram inibidos com relação a seu fim sexual original, ou tiveram de trocar esse fim por outro.

A sexualidade, a qual enfatizamos recai sobre o ponto de que a realidade psíquica seja as fantasias de qualquer ordem sexual, desde as teorias sexuais infantis não devem ser desdenhadas nem tão pouco subestimadas. Cabe-nos escutar a partir deste aprisionamento primeiro, o que daí deriva, desloca e possibilita outros sentidos. O termo sexualidade tem o mesmo sentido que o da língua alemã *lieben* (amor), sabemos que a ausência psíquica de satisfação e o que daí decorre, as suas conseqüências, não são menores diante da existência das relações sexuais ditas *normais*, e na clínica psicanalítica, sempre temos em mente que as tendências sexuais insatisfeitas (cujas satisfações na forma de *sintomas nervosos* acompanhados pela psicanálise) podem amiúde encontrar apenas uma derivação muito inadequada no coito ou em outros atos sexuais, sendo assim, ao se acentuar exclusivamente o fator somático da sexualidade excluindo a importância etiológica, só estaríamos simplificando o que reconhecemos o quanto de preciosidade clínica poderão advir, uma ordenação de um sujeito, os seus laços edípicos em que cada sujeito encontra-se inscrito.

Outra incompreensão a qual foi apontada por Freud no artigo citado é a de se acreditar que a satisfação sexual, por si só, constitua um remédio de universal eficácia para os sofrimentos dos neuróticos. Mas não é assim que acontece, por existirem as resistências, as quais conscientemente não se tem o controle e nem se trata tão pouco de uma adaptação. Sabemos que os sintomas se originam de um conflito entre duas forças – de um lado a libido e de outro uma rejeição da sexualidade ou um recalque sobremodo intenso, como no caso desta paciente, que foi consultar-se com Freud, se ela não tivesse resistências contra a masturbação ou contra uma ligação amorosa, e tivesse seguido às recomendações do médico, naturalmente que já teria adotado uma dessas medidas, ainda que não fosse esta uma solução. A escuta, a qual devemos nos ater, é para além dessas queixas e insatisfações.

A princípio o que pareceu claro ao médico proporcionando a ele dar um diagnóstico, vale ressaltar que existe aí um fator que não se pode deixar de levar em consideração, que é o fato de certos estados nervosos que chamamos “neuroses atuais”, tais como a neurastenia (estado de fadiga física e mental) típica e a neurose de angústia simples, que dependem também do fator somático da vida sexual que nos leva a dificultar a formação de uma opinião por não se ter um quadro nítido do papel neles desempenhado pelo fato psíquico e pelo recalque.

Observa-se também outra incompreensão por parte do médico por recomendar-lhe uma terapêutica somática, ao supor que esta sofria por apresentar uma neurose de angústia. Este fato deve-se a precipitação de um diagnóstico com pouco tempo de escuta da paciente por parte do médico, pois o fato de a paciente estar padecendo de ansiedade, não significa necessariamente que sofre de neurose de angústia, pois não se pode diagnosticar em cima de um sintoma, têm-se primeiro saber que sinais constituem a neurose de angústia e ser capaz de distingui-la de outros estados patológicos que também se manifestam por ansiedade.

Para Freud esta paciente sofria de histeria de angústia, proporcionando assim uma etiologia e um tratamento diferente do indicado pelo médico anterior.

Outro dado é que o médico ao indicar as três alternativas terapêuticas, não deixa lugar para a psicanálise, no qual teceremos alguns comentários sobre esses *erros técnicos*. Um deles foi o de não levar em consideração a ignorância

(o não saber) da paciente, ignorância esta que não se consegue atenuar dando-lhe informações, pois se sabe que esta ignorância tem um sentido próprio e está fundada nas resistências da paciente e foram elas que primeiro produziram esse ignorar e presentificando-se, sendo assim, o objetivo do acompanhamento é a análise dessas resistências, descobrindo num trabalho conjunto com a paciente aquilo que ela não sabe, ou seja, o que é inconsciente, mas antes se precisa levar em consideração que duas condições são fundamentais: primeiro, a de que alcançou uma proximidade do que foi recalcado outrora e, segundo, ter estabelecido uma transferência entre analisante e analista, para daí efetivar o que constitui o seu desejo, vindo-nos através de suas queixas; sendo possível ao paciente reconhecer os elementos que portam as suas resistências que a conduziram a um recalque e o seu não saber, a sua ignorância depois que as duas condições citadas acima forem analisadas

Essa intervenção requer um tempo mais longo de sessões com a paciente, pois se denunciarmos de imediato o que é possível constatar, atropelaríamos, e equivocadamente faríamos interpretações selvagens, fortalecendo ainda mais suas resistências. Além disso, pode trazer uma franca inimizade pelo médico, impedindo-o de ter qualquer resultado mais eficaz ulterior.

Através desses relatos deparo-me com estas questões concernentes a Clínica Psicanalítica quando constato que o fato de se saber alguns conceitos da psicanálise não é o suficiente para sustentar uma clínica, é mais que isso é estar familiarizado com a técnica, e esta familiarização não pode ser adquirida só através dos livros e nem pode por certo ser descoberta independentemente, sem que aquele que se propõe a esta prática, permita-se analisante. Pois como escreveu Juan-David Nasio na obra *Como Trabalha um Psicanalista?* quando diz: *"A Técnica Psicanalítica é hoje um dos traços distintivos, um Ideal do Eu, no qual reconhecemos nossa identidade de analista. É um Ideal do Eu que deve ser preservado cuidadosamente, firmemente, e que deve durar além de nós se, na verdade, desejamos que essa experiência que é a nossa também perdure."*

Se há aprendizagem decorrente da experiência clínica, ou seja, investimento na clínica significa fazer valer de uma formação psicanalítica, formação esta que se obtém através do tripé: análise – supervisão – estudos, estes tanto com leituras individuais como em pares, provocando assim interlocuções que nos levam a pensar a clínica e assim fazer-se valer a transmissão da psicanálise.

Constato, portanto que não se trata de um investimento externo, reduzido a um espaço físico para atendimento, mas um processo onde está implicado como instrumento a transferência, única propulsora de uma análise, transferência de palavras dirigidas a outro. Assim, é possível dizer através do artigo “Psicanálise Selvagem” a importância desta escuta clínica de um saber sobre os preceitos técnicos, eis aí uma via de comprometimento, implicar-se com uma formação psicanalítica, decorrente de inquietações as quais ficamos implicados. Uma clínica não no sentido do mágico, do ideal, mas o que um sujeito ao longo de uma análise levanta como questões acerca dos seus sintomas. Com isso formando o seu próprio estilo como analista, estilo este respaldado na análise-supervisão-ensino e sua própria experiência clínica.

Finalizo recorrendo a Lacan quando ele afirma nos Escritos que “O estilo é o homem, o homem a quem nos endereçamos”. Estilo este no sentido da singularidade, da subjetividade cabendo ao analista dar plasticidade, ou seja, forma própria a realidade construindo assim o seu estilo, recriando, reinventando a cada ato analítico.