

O Futuro da Psicanálise na Clínica

Trabalho apresentado na IX Jornada da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.
Porto Alegre, 25 e 26 de novembro de 2011.

Gley P. Costa

Membro Titular e Didata da Sociedade Brasileira
de Psicanálise Porto Alegre.

A minha exposição será breve para que eu possa dialogar com vocês sobre uma mudança que me parece estar ocorrendo na clínica psicanalítica dos últimos anos. Quando se trata de pensar a clínica, o meu ponto de vista é de que o nosso olhar deve se dirigir aos pacientes, e não aos livros ou a outros enfoques. Nessa linha, desde logo devo consignar que a minha perspectiva de observação abrange os últimos quarenta anos. Apesar disso, encontro-me totalmente alinhado com Marcelo Viñar (2006) que, recentemente, ao abordar o tema da clínica psicanalítica contemporânea, disse que “É tempo de buscar as boas perguntas”.

Dessa forma, a primeira indagação que eu mesmo me faço é se uma parte dos meus pacientes com aspectos muito parecidos, cujo número tem crescido nos últimos dez anos e que eram raros ou inexistentes antes disso, não predominarão na clínica psicanalítica dos próximos anos?

Esses pacientes apresentam várias características em comum, a começar pelo trabalho: são predominantemente empresários ou executivos que ocupam cargos de presidente ou CEO de grandes companhias. Mas alguns são médicos ou advogados, os quais se destacam pelos postos que ocupam e os ganhos que conseguem auferir. A idade média desses pacientes encontra-se em torno dos 45 anos, tendo como extremos trinta e poucos e sessenta e poucos.

Todos, como já insinuei, são bem-sucedidos profissionalmente, ganham bastante dinheiro, são casados e possuem filhos cuja idade, na média, situam-se entre os 10 e os 20 anos.

Uma metade reside em Porto Alegre. A outra metade tem sua casa em São Paulo, no Paraná, em Santa Catarina ou em alguma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Contudo, essa diferença interfere muito pouco na questão da frequência, pois todos eles, igualmente, passam apenas uma parte da semana em Porto Alegre. Estão sempre viajando e me deixam mensagens de texto ou de voz de diferentes lugares.

Para evidenciar a mobilidade e, principalmente, a “aceleração crescente” desses pacientes, para usar um termo de Paul Virilio (1999), cito um paciente que, na mesma semana, cumpriu compromissos em Porto Alegre, Rio de Janeiro e na cidade do México, indo daí para os Estados Unidos, a fim de participar de uma festa com os ex-colegas de Harvard.

Entre empresários e executivos esse modelo é quase um clichê, mas o surpreendente é que também profissionais liberais, entre os quais médicos muito conceituados academicamente e com uma excelente clínica, consigam acumular tantas milhas por ano, como se não tivessem um lugar fixo para morar ou, como diria Marc Augé (1992), vivessem em um “não lugar”.

Mesmo os que podemos dizer que residem aqui, chegam em casa quinta à noite ou sexta pela manhã e vão embora novamente segunda ou terça. Quando a sede da empresa é em Porto Alegre, eventualmente podem passar alguma semana inteira aqui, mas não é o mais comum.

Um desses pacientes, cuja família de origem é do norte do país, veio morar em Porto Alegre porque ele e a mulher acharam que era um bom lugar para os filhos crescerem e estudarem, advertindo que, em qualquer cidade em que residissem, sempre teriam de tomar um avião para retornar para casa, pois seu trabalho consiste em supervisionar obras de hidroelétricas em todas as partes do Brasil.

Outro, chileno de nascimento, há vinte anos no Brasil, atualmente divide o seu tempo entre Porto Alegre, onde possui uma fábrica com mais de mil funcionários, a China, onde está instalando outra fábrica, e os Estados Unidos, onde nos dois últimos anos a esposa está morando com as filhas para que elas tenham uma escolarização mais qualificada.

Esse paciente recentemente comentou: “Tu agiste com inteligência quando aceitaste a minha proposta de agendar as nossas sessões mês a mês, pois

se tivesses imposto mantê-las como no início, antes da minha família se mudar para os Estados Unidos e iniciar a construção da fábrica na China, eu teria desistido do tratamento”.

De fato, inicialmente, eu o atendia duas vezes por semana, média de oito sessões por mês, em horários fixos. A mudança que me propôs, e eu aceitei, foi a de reduzir para quatro sessões mensais, as quais são agendadas com um ou dois meses de antecedência, correspondendo, obviamente, aos dias em que estará em Porto Alegre. Como consequência, as quatro sessões mensais geralmente ocorrem ao longo de uma, uma e meia ou, no máximo, duas semanas.

Os pacientes que residem no interior do estado, em São Paulo, Paraná e Santa Catarina, tiveram a indicação do meu nome nas cidades em que residem por meio de familiares e colegas de trabalho que estão em tratamento com analistas que me conhecem. Alguns, por compromissos profissionais, vêm a Porto Alegre de forma mais ou menos regular; outros, em menor número, vêm apenas para se tratar.

A duração do tratamento desses últimos tende a ser menor – de seis meses a um ano e meio –, mas, entre os demais, principalmente entre os que residem em Porto Alegre, há pacientes que se encontram em tratamento há mais de cinco anos. Contudo, a frequência da totalidade desses pacientes é de uma ou duas sessões semanais. Nenhum deles se deita no divã.

Vejamos agora o quadro clínico. Como não poderia deixar de ser, existem diferenças, mas é possível dizer que, de maneira geral, esses pacientes chegaram sem uma definição clara do seu sofrimento. Eles podem apresentar insatisfações na área laboral ou conjugal, por vezes depressão ou insônia, mas não costumam se aprofundar a respeito desses problemas, os quais procuram resolver com medicação e pragmatismo.

É comum esses pacientes apresentarem variados sintomas físicos sem base orgânica que podem ser confundidos com as somatizações dos histericos; contudo, diferentemente desses, seus corpos são simbolicamente desabilitados de emoções. Em alguns casos, observa-se o desenvolvimento de enfermidades psicossomáticas graves no paciente ou, eventualmente, no cônjuge, quando o vínculo é do tipo tóxico.

Como exemplo, cito um paciente de cinquenta anos que se encontra com suspeita de uma inflamação das fibras musculares, conhecida pela sigla IBM, e uma paciente de 32 anos que recebeu recentemente o diagnóstico de Esclerose Múltipla – duas doenças classificadas como autoimunes.

Na verdade, de maneira geral, esses pacientes demonstram uma capacidade muito precária para modular operativamente a angústia, como se faltasse a eles suficiente energia de reserva para irem em busca de uma ação específica, gerando, em consequência, uma alteração interna.

Um aspecto chamativo é o modo como se organiza o pré-consciente desses pacientes, o qual podemos detectar através da linguagem, configurando, de acordo com Maldavsky (1992), três tipos bem característicos de discursos:

O *discurso inconsistente*, ou *sobreadaptado*, que se caracteriza pela adequação do paciente aos supostos interesses do interlocutor.

O *discurso catártico*, por meio do qual o paciente procura se livrar das situações que relata, sem deixar um espaço para a intervenção do analista, como se visasse simplesmente arrasar a parte da mente que aloja o problema.

O *discurso numérico*, ou *especulador*, que traz de volta a relação do mundo psíquico com as frequências, observado, particularmente, nos pacientes com manifestações psicossomáticas, os quais, alijados da riqueza representada pelos símbolos, procuram encontrar valor nos números.

O grande desafio que esses pacientes impõem é o de trabalhar analiticamente sem contar com a *associação livre* e fora do lugar proporcionado pelo *setting* clássico, dentro do qual realizamos a nossa análise pessoal e aprendemos a preservar em nossa formação psicanalítica.

Diante desse quadro, eu me pergunto se não caberá ao analista de um futuro que já é hoje se preparar para receber um paciente absolutamente estrangeiro, recém-chegado, não identificável e imprevisível, em suma, “totalmente um outro”, como refere Derrida (2003) ao abordar o tema da hospitalidade incondicional.

Mesmo com as mudanças técnicas implicadas, no lugar de ameaçar a indispensável neutralidade, essa nova forma de trabalhar inaugura o que poderíamos chamar de uma verdadeira ética da neutralidade, marcada pela aceitação plena e absoluta do outro totalmente distinto de mim, estabelecendo na psicanálise a metapsicologia das concepções relacionadas de infinito e genitalidade, tema que outro palestrante desta Jornada, Leopold Nosek, abordou em 2009 no Congresso de Chicago.

Trata-se de um trabalho diferente, quem sabe se possa dizer “estrangeiro”, que não consiste em enfrentar resistências, levantar repressões, mas em criar um lugar de narrativas e de trocas afetivas.

Em outras palavras, um lugar da busca de um gesto introspectivo, mediante o qual os trabalhos de inscrição psíquica e de resignificação são mais efetivos. Na falta disso, o psiquismo se estrutura de forma rasa, com um conteúdo pouco consistente, pouco espesso, insuficiente para dar conta das exigências que lhes são feitas.

Como resultado, o trabalho do analista com esses pacientes se equipararia ao de um criador de espaços: espaço para pensar, espaço para sentir, espaço para viver, como sugere Márcio Giovannetti (2006).

O risco que corremos com essa mudança é nos afastarmos dos pressupostos básicos da psicanálise, relacionados à transferência, à contratransferência e à neutralidade.

O antídoto, paradoxalmente, é uma formação analítica bem mais exigente, pois a falta de um *setting* clássico, como adverte Magdaleno Jr. (2010), nos impõe a necessidade de construção de um *setting* interno muito bem estruturado, a fim de garantir a indispensável neutralidade que garante o desenvolvimento do processo.

Caberia ainda pensar na razão do surgimento e/ou do crescimento numérico desses pacientes, mas essa questão abriria mais um leque de interrogantes, cuja abordagem alongaria excessivamente esta exposição.

De qualquer maneira, eu pergunto, por fim: vocês concordam comigo que nos encontramos diante de uma nova clínica psicanalítica? Se é verdade, o caminho para identificá-la e enfrentá-la é a própria psicanálise:

uma ciência revolucionária pela sua originalidade, pela sua ousadia e, principalmente, pela sua capacidade de renovar padrões estabelecidos.

Referências

AUGÉ, M. **Non-lieux**. Introduction à une anthropologie de la modernité. Paris: Seuil., 1992.

DERRIDA, J.; BORRADORI, G. (Ed.). **Philosophy in a time of terror**: Dialogues with Jürgen Habermas and Jacques Derrida. Chicago: University of Chicago, 2003.

GIOVANNETTI, M. F. Hospitalidade na clínica psicanalítica hoje. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.35, n.3, p.463-470, 2006.

MAGDALENO Jr., R. Os novos ritmos do século XXI e a clínica psicanalítica contemporânea. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.44, n.2, p.101-109, 2010.

MALDAVSKY, D. **Teoría y clínica de los procesos tóxicos**: Adicciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.

NOSEK, L. **Corpo e infinito**: notas para uma teoria da genitalidade. Trabalho apresentado no 46° IPA Congress, Chicago, 2009.

VIÑAR, M. N. Inquietudes em la clínica psicoanalítica actual. **Boletim do Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região**, v. 14, p. 31-44, 2006.

VIRILIO, P. **The information bomb**. Londres: Verso, 1999.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA

Gley P. Costa

Rua Mariante, 288/1308

90430-180 Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: gley@terra.com.br