

Uma clínica para o inconsciente: algumas observações sobre a relação entre escuta psicanalítica e associação livre

RESUMO

Neste breve ensaio, gostaríamos de destacar como a descoberta freudiana do inconsciente e o reconhecimento de sua necessária inclusão como objeto de uma clínica mobilizam a psicanálise a realizar uma inflexão na relação mais tradicionalmente atualizada entre clínico e paciente, inflexão que se diferenciará dentro do método psicanalítico pelos correlatos “atenção flutuante” e “associação livre”.

PALAVRAS-CHAVE: associação livre; escuta flutuante; inconsciente; relação.

Uma clínica para o inconsciente

Em artigo publicado em 2002 para ambos os periódicos *Psiquiatria Francesa* e *Revista Francesa de Psicanálise*¹, Bokanowski observa que ainda ocorre às práticas psiquiátricas de nossa contemporaneidade representar os estados psíquicos em geral à maneira de efeitos ocasionados por alguma espécie de perturbação na massa encefálica, isto é, de uma inconveniente alteração química que acometeria o edifício igualmente químico do encéfalo. Uma tal representação supõe, segundo nos parece, a existência de um complexo equilíbrio químico que, uma vez mapeado, forneceria ao clínico uma distinção geral e precisa entre o psiquicamente saudável e o patológico, assim como lhe possibilitaria identificar o local que a perturbação dita *patogênica* atinge e, conseqüentemente, onde seria preciso intervir para que a mazela psíquica seja solucionada.

Ora, há um estreito vínculo entre teoria e prática nas clínicas que de saída desconsideram o inconsciente como um fator constitutivo da estrutura psíquica do sujeito. De fato, se se admite de antemão que o paciente seja um corpo vazio de desejo, *reduível* em sua natureza a uma matéria orgânica caracterizada por desempenhar um feixe de funções biológicas e de cujas perturbações se originariam suas afecções psíquicas, correlativa e forçosamente seguir-se-á, sob tais premissas,

¹ BOKANOWSKI, 2002, p. 491-509.

que o clínico deve se ocupar com o problema de identificar de qual condição orgânica *resultou* a afecção psíquica, mas também de decidir pelo paciente a quais modificações seu organismo deve ser recondicionado para que suas inquietações psíquicas deixem de acometê-lo. Nesse sentido, clínico e paciente se diferenciam como tais pela *relação* que atualizam, a saber, entre um indivíduo encarregado de induzir, a partir de um saber prévio especializado, uma mudança de estado no organismo de outro indivíduo. Trata-se, pois, de uma relação em que o inconsciente é mantido fora de questão, ou seja, em que a estrutura do desejo no sujeito não se coloca nem pelo paciente, nem pelo terapeuta, como um problema clínico. Assim, se o problema de se atravessar sozinho uma ponte insurge num sujeito com um medo paralisante, aliviável somente com o reconhecimento à distância da figura de uma autoridade², ou se a ideia de mais uma vez se mudar de cidade se reveste para um outro sujeito com um colorido atraente, ainda que ele pressinta que seus problemas não deixarão com isso de acompanhá-lo³, o relato de tais flutuações psíquicas não costumam, todavia, refrear a ação do clínico diante de sua ignorância sobre como, afinal, a história e a estrutura do desejo de seu paciente se articula à patogênese de seus medos, insatisfações, alívios e pressentimentos: ao contrário, ele de prontidão o ouvirá como alguém que *precisa*⁴ se preparar para prescrever a fórmula comportamental à qual o paciente deve se recondicionar ou a fórmula química capaz de agir sobre seu organismo e saná-lo de seu desprazer.

No entanto, se ocorre em aparente maior medida aos métodos que admitem o psíquico como seu objeto clínico presumir sem reticências que a eficácia de uma terapia certamente se sucederia através de alguma forma de recondicionamento operado sobre a matéria orgânica do paciente, é característico da psicanálise, ao contrário, a descoberta e o refinamento de uma relação diversa entre analista e analisando, qual seja: a *relação* entre um sujeito psiquicamente dividido que, nos meandros de um discurso que se conduz pela livre associação, se redescobre atravessado pelo inconsciente que estruturalmente o divide, e uma escuta que estende indiscriminadamente sua

² NASIO, 1992, p. 13.

³ JERUSALINSKY, 2018, p. 17.

⁴ O desvencilhar-se de Freud da *pressão* de julgar e falar em 1895 junto à Sra. Emmy Von N., seu recuo de um ativismo médico à posição de uma escuta suspensa em si mesma, atualiza aos olhos de Chervet uma inflexão na relação de Freud com seus pacientes e, consequentemente, no método psicanalítico: “Todavia, ele consente em se calar, a suspender suas imperativas pressões, quando Emmy reivindica para si mesma a palavra. Esse momento assinala o nascimento da livre associação e da escuta silenciosa e atenta, escuta igualmente suspensa de pressão e de julgamento. Freud libera então seu método de seus antecedentes de forçamento e introduz a passividade – de fato, as *atividades psíquicas regressivas passivas* diurnas – enquanto ferramenta terapêutica” CHERVET, 2007, p. 1414, tradução nossa. Como também nota Chervet, é igualmente em 1985, durante o tratamento da Srta. Elisabeth Von R., que Freud enuncia pela primeira vez a regra fundamental da psicanálise.

atenção à fala do analisando, sem se antecipar em hipóteses ou pressupostos e sem se precipitar em ligar uns aos outros materiais que, num primeiro momento, são retidos na memória do analista como desconexos entre si:

O que desse modo alcançamos satisfaz a todas as exigências durante o tratamento. Os elementos do material que já formam um nexo ficarão à disposição consciente do médico; outros, ainda não relacionados, caoticamente desordenados, parecem primeiro submersos, mas emergem prontamente na consciência, tão logo o paciente traz algo novo, ao qual aqueles podem se ligar e mediante o qual podem ter continuidade (FREUD, *Recomendações ao médico que pratica psicanálise (1912)*, in: 2010, p. 150)

Uma vez que a escuta psicanalítica retém de modo indiscriminado e desconexo materiais cuja articulação o analista não conhece por si próprio de antemão, é somente pois com o desenvolvimento da análise (“tão logo o paciente traz algo novo”) que quaisquer laços poderão *inesperadamente* surgir para a consciência do analista. Eis por que Freud já advertia em seu *Recomendações ao médico que pratica psicanálise (1912)* quanto ao risco de se trabalhar cientificamente sobre uma análise ainda não concluída: o interesse em *sistematizar* de modo científico um caso em andamento pode precocemente induzir o analista a “compor sua estrutura, prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico” (FREUD, *Recomendações ao médico que pratica psicanálise (1912)*, in: 2010, p. 153). Mas a atenção flutuante, diferentemente do “trabalho sintético do pensamento” (FREUD, *Recomendações ao médico que pratica psicanálise (1912)*, in: 2010, p. 154) que a atitude científica segundo Freud suscita, abstém o analista de se adiantar frente a tudo aquilo que o analisando está em vias de exprimir, como também de sintetizar os elementos caoticamente desordenados que progressivamente se acumulam em sua memória: “são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos” (FREUD, *Recomendações ao médico que pratica psicanálise*, in: 2010, p. 154). Nesse sentido, a escuta psicanalítica ou atenção flutuante é uma disposição do analista a ser surpreendido pelas “viradas” do inconsciente do analisando, tanto quanto o analisando é de assalto atravessado em sua fala por um ato inconsciente que o espanta por saber se insinuar sem que o analisando saiba dizer como ele soube se trazer até ali:

Ora, se a cura não pode nem deve ser um objetivo perseguido pelo analista, que pode ele esperar? Que é que eu espero? (...) Não espero nem a mudança nem a cura de meu analisando. Espero que a experiência advenha, que ocorra um acontecimento imprevisto na análise. Disponho-me à surpresa. O máximo que o analista pode esperar é que seu paciente o surpreenda. Evidentemente, não se trata de que o paciente queira deliberadamente surpreendê-lo; em geral, quando isso é premeditado, fracassa. Não, a surpresa deve atingir simultaneamente o paciente e o clínico (NASIO, 1992, p. 89)

Vê-se, portanto, o que fundamentalmente sustenta a relação entre analista e analisando: o inconsciente. É visando o inconsciente que o analista metodologicamente se coloca pela sua escuta em atenção flutuante assim como o analisando se (des)orienta a falar por associação livre, prática bastante diversa, como se pode observar, da clínica que se serve do relato do paciente – abstraído de seu desejo – para decidir por quais mudanças seu organismo deve passar para que seu corpo seja neutralizado em seus conflitos psíquicos. O sujeito carrega estruturalmente uma fissura que jamais se cicatriza, e a descoberta freudiana do inconsciente traz irreversivelmente consigo a necessidade de se sustentar uma clínica capaz de analisar como essa fissura determina a vida psíquica do sujeito⁵. “Ficamos atentos aos momentos em que a linguagem se equivoca e a fala derrapa” (NASIO, 1992, p. 12): e não foi atentando a essa fissura que faz a linguagem no sujeito se equivocar e derrapar, que Freud pôde diferenciar neurose, psicose e perversão umas das outras⁶, e que Lacan por sua vez não tardará evidentemente de retomar, tal como se pode observar em seu Seminário *Os escritos técnicos de Freud*, quando ele descreve o estado de indiferenciação que o jovem Dick vive frente ao outro?

Vocês notaram a falta de contato experimentada por Dick. Está aí o defeito do seu ego. Seu ego não está formado. Do mesmo modo, Melanie Klein distingue Dick dos neuróticos, até na sua profunda indiferença, a sua apatia, a sua ausência. Com efeito, é claro que, nele, o que não é simbolizado é a realidade. Esse jovem sujeito está inteirinho na realidade, no estado puro, inconstituído. Ele está inteirinho indiferenciado (LACAN, 2009, p. 95)

No consultório de Melanie Kelin, não há para ele nem outro nem eu, há uma realidade pura e simples (LACAN, 2009, p. 96)

Se cumpre ao analista atentar às ocasiões em que a linguagem se equivoca e a fala derrapa, poder-se-ia dizer que a escuta psicanalítica atenta à fissura que, ao dividir a estrutura psíquica do sujeito, também o divide em sua fala.

⁵ Segundo Chervet (CHERVET, 2007, p. 1414), diferentemente da hipnose de Charcot, da sugestão de Bernheim, ou da catarse de Breuer, métodos que ainda se fundavam num certo ativismo médico do clínico sobre o paciente, Freud criou com a relação “escuta psicanalítica-associação livre” um método clínico desvencilhado da pressão de *tomar a palavra* para enunciar ao paciente a fórmula que trará sua cura.

⁶ “Mas a questão da castração retorna ao sujeito: o neurótico recalca e sintomatiza, o perverso desmente e fetichiza e o psicótico foraclui e alucina e/ou delira. *Spaltung*, que significa divisão, clivagem, fenda, esquize, é a própria característica do sujeito inconsciente, pois sua definição inclui a castração. Ela coloca por terra todo e qualquer ideal de harmonia em que o sujeito seja inteiro (ou esteja inteiro) em alguma situação” QUINET, 2000, p. 27.

Referências Bibliográficas

BOKANOWSKI, Thierry. La dimension de l'écoute psychanalytique dans la pratique psychiatrique. In : *Revue française de psychanalyse*, 2002/2, Vol. 66, p. 491-509. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2002-2-page-491.htm>.

CHERVET, Bernard. Le travail de l'écoute en séance. D'une parole, l'Autre ; d'une écoute, l'Autre. In : *Revue française de psychanalyse*, Vol. 71, no. 5, 2007, p. 1411-1421. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2007-5-page-1411.htm>.

FREUD, Sigmund. *Obras Completas*, Vol. 10. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo : Companhia das Letras, 2010.

JERUSALINSKY, Alfredo. *O saber do inconsciente: por que a teoria deve subordinar-se à clínica*. Organização de Rosane Weber Licht. Curitiba : Juruá, 2018.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro : Zahar, 2009.

NASIO, Juan-David. *Cinco lições sobre a Teoria de Jacques Lacan*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro : Zahar, 1993.

QUINET, Antonio. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro : Zahar, 2003.