

PSICANÁLISE

Bruce Fink

Fundamentos da técnica psicanalítica

Uma abordagem lacaniana para praticantes

Blucher

KARNAC

FUNDAMENTOS DA
TÉCNICA PSICANALÍTICA

Uma abordagem lacaniana para praticantes

Bruce Fink

Tradução

Carolina Luchetta e Beatriz Aratangy Berger

Authorised translation from the English language edition published by W. W. Norton & Company.

Fundamentos da técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes
Título original: *Fundamentals of Psychoanalytic Technique: A Lacanian Approach for Practitioners*

© 2007 Bruce Fink

© 2017 Editora Edgard Blücher Ltda.

Equipe Karnac Books

Editor-assistente para o Brasil Paulo Cesar Sandler

Coordenador de traduções Vasco Moscovici da Cruz

Conselho consultivo Nilde Parada Franch, Maria Cristina Gil Auge, Rogério N. Coelho de Souza, Eduardo Boralli Rocha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fink, Bruce

Fundamentos da técnica psicanalítica : uma abordagem lacaniana para praticantes / Bruce Fink ; tradução de Carolina Luchetta, Beatriz Aratangy Berger. – São Paulo : Blucher ; Karnac, 2017.

504 p.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-1213-3

Título original: *Fundamentals of Psychoanalytic Technique: A Lacanian Approach for Practitioners*

1. Psicanálise 2. Lacan, Jacques, 1901-1981 I.
Título II. Luchetta, Carolina III. Berger, Beatriz Aratangy

17-0775

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:
1. Psicanálise

Conteúdo

1. Escutando e ouvindo	17
2. Fazendo perguntas	55
3. Pontuando	75
4. Escansão (sessão de duração variável)	91
5. Interpretando	133
6. Trabalhando com sonhos, devaneios e fantasias	175
7. Tratando transferência e contratransferência	213
8. “Análise por telefone” (variações na situação psicanalítica)	317
9. Análise não normalizante	347
10. Tratando a psicose	387

Posfácio	455
Referências	463
Índice remissivo	487

1. Escutando e ouvindo

Freud observou que talvez exista um tipo de fala que seja precisamente valiosa, porque até o momento foi simplesmente proibida – isso significa, dita nas entrelinhas. É o que ele chamou de reprimido. Lacan (1974-1975, 8 de abril, 1975)

A primeira incumbência do psicanalista é escutar e escutar cuidadosamente. Embora isso já tenha sido enfatizado por diversos autores, há surpreendentemente poucos bons ouvintes no mundo psicoterapêutico. Por que isso? Existem muitos motivos, alguns são simplesmente pessoais enquanto outros são mais estruturais, mas uma das razões mais importantes é que nossa tendência é ouvir tudo em relação a nós mesmos. Quando alguém nos conta uma história, pensamos em uma história similar (ou histórias mais extraordinárias), que poderíamos também contar. Começamos a pensar em coisas que nos aconteceram e que nos permitem “relacionar” com a experiência da outra pessoa, para “saber” como

deve ter sido, ou pelo menos imaginar como nós nos sentiríamos se estivéssemos no lugar do outro.

Em outras palavras, *a maneira como escutamos está em grande parte focalizada em nós mesmos* – nas nossas próprias experiências de vida, em nossos sentimentos semelhantes, nas nossas perspectivas. Quando conseguimos localizar nossas experiências, sentimentos e perspectivas que nos remetem à outra pessoa, acreditamos que nos “relacionamos” com aquela pessoa: dizemos coisas como, “Sei o que você quer dizer”, “É”, “Entendo”, “Sinto por você”, ou “Sinto a sua dor” (talvez bem menos “Fico feliz por você”). Nessa hora, nos sentimos solidários, empáticos ou sentimos pena pelo outro que se parece conosco; “Deve ter sido doloroso (ou maravilhoso) para você”, dizemos, imaginando a dor (ou a alegria) que nós mesmos poderíamos ter naquela situação.

Quando não conseguimos localizar as experiências, sentimentos ou perspectivas que se assemelhem com as do outro, temos a sensação que *não* entendemos aquela pessoa – de fato, podemos achar a pessoa estranha, se não tola ou irracional.

Quando alguém não age da mesma forma que nós, ou não reage às situações como nós, ficamos geralmente perplexos, incrédulos, ou até mesmo espantados. Somos inclinados, nessas situações, a tentar corrigir as perspectivas do outro, a persuadir a pessoa a ver as coisas da maneira como as vemos, e queremos que ela sinta o que nós sentiríamos se estivéssemos naquela situação. Nos casos mais extremos, simplesmente julgamos o outro: como pode alguém, nos perguntamos, acreditar ou agir ou sentir dessa maneira?

Colocando de forma mais simples, *do modo como geralmente escutamos, deixamos passar ou rejeitamos a alteridade do outro*. Raramente escutamos o que torna única a história contada por

outra pessoa, específica apenas para aquela pessoa; rapidamente assimilamos às outras histórias que ouvimos alguém contar com relação a elas próprias, ou que poderíamos contar sobre nós mesmos, omitindo as diferenças entre a história contada e aquela que nos é familiar. Apressamo-nos para encobrir as diferenças e contamos uma história parecida, se não idêntica. Na pressa para nos identificarmos com o outro, e termos alguma coisa em comum, forçosamente igualamos as histórias que são normalmente incompatíveis, reduzindo aquilo que estamos escutando ao que já conhecemos.¹ O que achamos mais difícil de ouvir é o totalmente novo e diferente: pensamentos, experiências, e emoções que são muito diferentes de nossos próprios, e até de qualquer um que tenhamos conhecido em algum momento.

Acredita-se que nós seres humanos compartilhamos dos mesmos e diversos sentimentos e reações ao mundo, que é o que possibilita existir entendimento, uns com os outros, e que constitui a fundação da nossa humanidade compartilhada. Na tentativa de combater certos estereótipos dos psicanalistas, como um cientista desinteressado, insensível, ao invés de um ser humano que tem vida e que respira, alguns terapeutas sugeriram que o analista deveria ser regularmente empático com o paciente, ressaltando o que eles têm em comum, para estabelecer uma aliança terapêutica sólida. Embora esses profissionais tenham boas intenções (por exemplo, acabar com a crença da objetividade do analista), as expressões de empatia podem enfatizar a humanidade em que vivem analista e paciente, de modo a encobrir ou superar aspectos humanos que não são compartilhados.²

Eu proporia que quanto mais próximos consideramos os pensamentos e sentimentos de duas pessoas, em uma determinada situação, mais poderemos entender que há mais diferenças do que similaridades entre elas – somos muito mais diferentes do que

pensamos!³ De qualquer forma, a construção de uma aliança supostamente conquistada por meio de uma resposta empática do analista (algo como, “deve ter sido doloroso para você”, em resposta ao que o paciente acredita ter sido algum evento sofrido, como o término de um longo relacionamento) pode ser realizada simplesmente pedindo ao paciente que descreva sua experiência (“como foi isso para você?”), que tem a vantagem de não colocar palavras na boca do paciente (ver Capítulo 2). No trabalho que faço supervisionando psicoterapeutas de diferentes classes, percebo que os comentários feitos por eles, geralmente com a intenção de serem empáticos e promoverem ao paciente uma sensação de ser “compreendido”, geralmente erram o alvo, e o paciente responde, “Não, não foi doloroso. Na verdade, foi mais fácil do que eu pensava – nunca me senti melhor!”. A analista que sucumbe à tentação de responder empaticamente frequentemente descobre que ela não está mais na mesma sintonia do paciente naquele exato momento.⁴

Na verdade, podemos compreender muito pouco a respeito da experiência de alguém pelo relato ou assimilação à nossa própria experiência. Talvez estejamos inclinados a pensar que podemos superar esse problema adquirindo muito mais experiências de vida. Afinal, nossos pacientes acreditam sempre que não conseguiremos entendê-los, a menos que sejamos velhos e inteligentes e que aparentemos, desde o início, uma boa e longa experiência de vida. Nós mesmos podemos cair em uma armadilha, se acharmos que precisamos simplesmente expandir nossos horizontes, viajar para longe e aprender sobre outros povos, línguas, religiões, classes e culturas para, só assim, compreendermos muitos e os mais variados pacientes. No entanto, se a aquisição de completo conhecimento do mundo é útil, talvez não seja porque é preciso entender “como vive a outra metade” ou como a outra pessoa realmente funciona, mas sim porque paramos de compará-la a nós próprios no mesmo nível: nosso padrão de referência muda

e deixamos de nivelar todo mundo ao nosso próprio modo de ver e fazer as coisas.

No início da minha carreira como psicanalista, uma mulher de seus cinquenta anos chegou ao meu consultório, chorosa, contando a história de como havia se casado, divorciado e mais tarde se casado novamente com o mesmo homem. Fiquei bastante incrédulo, achando que aquele tipo de coisa só acontecia em Hollywood, e devo ter mostrado um olhar surpreso ou perplexo em meu rosto. Desnecessário dizer que a mulher pensou que eu a estivesse julgando e nunca mais voltou. Ela estava certa, naturalmente: eu estava me imaginando no lugar dela e achei aquilo quase impossível ou, no mínimo, desagradável.

Nossa maneira habitual de escuta é altamente narcisista e egocêntrica, pois relacionamos tudo que a outra pessoa nos conta, com nós mesmos. Nos comparamos a eles, avaliamos se tivemos experiências melhores ou piores, e avaliamos como suas histórias e seus relacionamentos refletem em nós, se são bons, maus, amorosos, odiosos. É isso, resumindo, o que Lacan quer dizer com dimensão *imaginária* da experiência: a analista como ouvinte está constantemente comparando e contrastando o outro consigo mesma, e sempre mensurando o discurso do outro baseado no tipo de *imagem* que reflete de volta nela – quer seja de alguém que é bom ou mau, rápido ou lento, perspicaz ou inútil. A dimensão imaginária diz respeito a imagens – nossa própria imagem, por exemplo – não a ilusão *per se* (Lacan, 2006, pp. 349-350).⁵

Quando se opera na dimensão imaginária da experiência, a analista fica focalizada em sua autoimagem enquanto refletida nela pelo paciente e ouve o que ele diz somente quando aquilo reflete nela. Sua preocupação aqui é o que o discurso do paciente significa para ela e o que diz sobre ela.⁶ Ele está bravo com ela?

Estaria enfeitado por ela? Está criando uma imagem dela de alguém inteligente, confiável e útil ou de uma obtusa, não confiável e inútil? Quando ele fica falando ostensivamente sobre sua mãe, a analista se pergunta se ele não estaria, na verdade, dirigindo as críticas a ela, que quer ser vista como uma boa mãe e não má. Se ele fala das notas que teve no vestibular ou de seu salário, a analista mentalmente compara suas notas e seus salários com os dele.

Escutar dessa forma faz com que a analista fique essencialmente incapaz de ouvir muitas coisas que o paciente diz – antes de mais nada, os atos falhos, que por vezes não fazem sentido, não refletem sobre a analista e, portanto, geralmente são ignorados por ela. Quando a analista está trabalhando essencialmente com a dimensão ou registro do imaginário, tudo aquilo que não pode ser facilmente comparado com suas próprias experiências (seu próprio senso de *self* – resumindo, seu próprio “ego”, como devo usar o termo) passa despercebido e, de fato, o paciente frequentemente acaba não sendo ouvido.⁷ Uma vez que, de alguma forma, apenas o que é imediatamente significativo pode ser comparado, então aquilo que não for imediatamente significativo – insulto, vacilo, resmungo, fala deturpada, pausa, deslize, descuido, disparate, duplo e triplo significados, e assim por diante – é posto de lado ou ignorado. Tudo o que não se enquadra dentro de sua percepção, dentro de sua própria experiência de universo, é desconsiderado ou negligenciado.

Isso significa essencialmente que *quanto mais o analista trabalha no modo imaginário, menos ele consegue ouvir*. Nosso modo habitual de ouvir – tanto como “cidadãos comuns” quanto como analistas – envolve em primeiro lugar o registro imaginário e torna mais difícil a nossa audição. Como, então, podemos nos tornar menos surdos?

Adiando a compreensão

Dentro de si, bem como no mundo externo, [o analista] deve sempre esperar encontrar algo novo.
Freud (1912b/1958, p. 117)

O inconsciente se fecha na medida em que o analista não “serve mais de apoio ao discurso”, porque ele já sabe ou pensa saber o que o discurso tem a dizer.
Lacan (2006, p. 359)

Se nossas tentativas de “entender” nos levam a reduzir inevitavelmente o que outra pessoa está falando àquilo que pensamos já saber (de fato, isso poderia servir como uma definição bastante exata de entendimento de modo geral),⁸ um dos primeiros passos que devemos dar é *parar de tentar compreender tão rapidamente*. Não é mostrando ao paciente que entendemos o que ele está dizendo que construiremos uma aliança com ele – especialmente pelo fato de que na tentativa de mostrar a ele que o entendemos, muitas vezes isso falha e demonstramos exatamente o oposto –, mas, sem dúvida, ouvindo o paciente como ele nunca antes foi ouvido. Tendo em vista que “o próprio fundamento do discurso inter-humano é o mal-entendido” (Lacan, 1993, p. 184), não podemos contar com o entendimento para estabelecer um relacionamento sólido com o paciente. Em vez disso, devemos “apresentar um sério interesse por ele” (Freud, 1913/1958, p. 139) através de uma escuta que mostre a ele que estamos prestando atenção naquilo que ele diz, de uma forma até então desconhecida por ele.

Enquanto muitas pessoas que o ouviram no passado permitiram que ele falasse apenas brevemente e depois responderam com suas próprias histórias, perspectivas e conselhos,⁹ a analista deixa que ele fale mais longamente, interrompendo-o somente para algum esclarecimento sobre o que ele disse, para mais detalhes sobre

alguma coisa, ou para dar outros exemplos similares. Diferente daqueles que escutaram o paciente antes, a analista nota o fato de que o paciente usou as mesmas palavras ou expressões para caracterizar sua esposa, no início da sessão, e sua avó há meia hora – ou até mesmo várias sessões mais tarde. Se a analista tomar para ela o que significa o discurso do paciente, ela não conseguirá tão facilmente se lembrar de muita coisa que ele disse, se o tema for o início da vida dele, com os irmãos, irmãs, ou os nomes das pessoas próximas atuais.

Quanto menos a analista se considerar o alvo do discurso do paciente, e quanto menos ela se preocupar se o que está sendo dito refere-se a ela, menos esforço ela terá que fazer para recordar o que foi dito¹⁰ (geralmente vejo como mau sinal quando uma analista só consegue resumir com suas palavras o que o paciente disse e não se lembra das palavras dele). Quanto menos ela avaliar por si todas as coisas que o paciente diz, mais facilmente poderá aproximar-se de suas próprias conclusões, de seu próprio quadro de referência. Somente desta forma ela pode explorar o mundo como o paciente o vê e o experimenta, não pelo “exterior” – isto é, pela imposição de sua própria forma de funcionar no mundo, seu *modus vivendi*, sobre o paciente –, mas sim para maior ou menor grau do “interior” (obviamente que emprego tais termos de forma aproximada aqui).¹¹

Isso não significa que a analista deva basicamente ver o mundo do paciente da forma como ele o vê, pois o paciente vê apenas uma parte e não quer ver as outras, especialmente aquelas que ele considera repugnantes ou repulsivas.¹² Ainda que ela ouça atentamente a história conforme contada pelo paciente, ela não deve acreditar em tudo o que ouve, e é sempre recomendado que não expresse uma descrença muito grande, pelo menos no início. Na maioria dos casos, mostrarmo-nos céticos ao ouvir toda a história – de um deter-

minado evento ou da vida de modo geral do paciente – ou somente uma versão cuidadosamente orquestrada de algumas partes é algo que deve ser introduzido gradualmente; de outra forma, o paciente pode ter a impressão de que não acreditamos em nada do que ele diz, e vai fazer o que é mais comum, que seria procurar alguém que acredite nele. Isso pode ser especialmente importante quando o paciente estiver com problemas conjugais e tenha nos procurado por insistência de sua esposa; se ele não encontrar em seu analista um aliado, pelo menos temporariamente – alguém que acredite no seu lado da história –, irá buscar um profissional que esteja disposto a aliar-se a ele.

Por outro lado, um adolescente que esteja acostumado a ser bem-sucedido ao ludibriar os adultos ficará melhor se encontrar ceticismo por parte do analista, desde o início; se o analista mostrar que acredita na história – que na verdade o adolescente não fez nada de errado e é vítima das circunstâncias, por exemplo – a análise vai aterrizar antes mesmo de ter decolado. Algumas expressões de ceticismo podem fazer sentido com pessoas que já estiveram em análise anteriormente, ou com aqueles que estão familiarizados com a teoria psicanalítica.

Nas conversas do dia a dia, geralmente mostramos que estamos ouvindo as pessoas ao balançar a cabeça ou dizer “sim”, ou “é”, tudo o que possa parecer favorável – que concordamos e compramos a história que está sendo contada. O discurso analítico, por outro lado, nos solicita algo diferente: requer que mostremos que estamos ouvindo atentamente, sem sugerir que estamos ou não acreditando naquilo que ouvimos.

A analista deve também evitar jeitos convencionais de expressar a atenção àquilo que alguém está contando, como, por exemplo, dizer “interessante”, ou “fascinante”, pois esses comentários são

vulgares, e geralmente sugerem uma perspectiva distante e condescendente. Sugerem também que a analista pense que ela entende o que o paciente disse. Ao invés disso, ela deveria desenvolver ampla gama de “hums” e “hãhs” (não “hãhãs”, que podem significar concordância, pelo menos nas línguas inglesa e portuguesa), de diversos tons e intensidades, que encoraje o paciente para continuar aquilo que está dizendo, ou para explicar alguma coisa, ou simplesmente para indicar ao paciente que ela o está acompanhando, ou pelo menos que está acordada e querendo que ele continue. Uma das vantagens desses sons é que seus significados não são facilmente identificáveis e o paciente pode projetar muitos significados diferentes com qualquer um dos sons.

Por exemplo, “hum” é um som que de vez em quando faço para indicar simplesmente que ouvi o que o paciente disse e às vezes ele o interpreta como um som cético, por não estar muito confortável com a perspectiva que se propõe – ou seja, ele acredita que estou questionando sua perspectiva. Muitas vezes não tenho tal intenção quando faço esse som, mas “huh” é tão ambíguo, que um paciente que esteja desconfiado de seus próprios motivos ou perspectivas, pode “ouvir” o som como um pedido para que ele explore o assunto. Ele projeta suas próprias suspeitas em mim, e estas só conseguem vir à tona e serem discutidas se primeiro forem atribuídas a mim.

Dado que as regras implícitas de conversação do dia a dia requerem que cada um fale na sua vez (embora muitas dessas regras sejam violadas por tantas pessoas que encontramos na vida!), a analista precisa encorajar o paciente para continuar falando, mesmo quando as convenções habituais solicitariam que ele parasse um pouco e deixasse a analista falar. Isso quer dizer que a escuta da analista não é passiva – realmente, deve ser bem ativa. A analista que não faz contato visual com o paciente e/ou que fica escrevendo tudo o que

o paciente diz, provavelmente não o estimulará a continuar falando. Se a analista estiver disposta a engajar o paciente no processo analítico, ela deve ser tudo, menos uma observadora objetiva e distante – deve manifestar participação ativa no processo. Quanto mais ela se envolver, mais envolvido o paciente se sentirá – parto do princípio que o envolvimento da analista precisa ser do tipo aberto, interessado e incentivador e não de defesa, sufocante ou autorrevelador. Um dos meus pacientes diz, de vez em quando, que durante nossas sessões ele tem a impressão que está surfando nas ondas (minhas) de “hums” e “hãs”; ele faz esses comentários nos momentos que sente que as ondas estão menos abundantes do que o habitual – ou seja, quando ele acha que não o ouço como normalmente.

Isso aponta para um aspecto no qual a “neutralidade da analista” é um mito – a analista pode ser tudo, menos neutra, indiferente, uma figura inativa no campo analítico. O Capítulo 4 trata desse tema com maior profundidade.

Atenção flutuante

Tão logo alguém deliberadamente concentre sua atenção até certo ponto, ele começa a selecionar o material diante dele; um ponto ficará fixado em sua mente com uma clareza particular, e outros desconsiderados, e ao fazer esta seleção, ele estará seguindo suas expectativas ou inclinações.

Entretanto, isso é rigorosamente o que não deve ser feito. Ao selecionar, se ele segue suas expectativas, corre o risco de nunca encontrar nada além daquilo que já conhece.

Freud (1912/1958, p. 112)

O que a analista escuta? Esta pergunta supõe que há algo *em especial* que a analista deveria escutar, enquanto os experientes concordam que não importa o que eles esperem que aconteça em

qualquer análise, ficarão sempre surpresos com o que encontraram. Freud (1912b/1958, p. 111) recomendou, com razão, que devemos abordar cada novo caso como se fosse o primeiro, no sentido de que não devemos presumir nada do que vai ocorrer, mantendo a “atenção totalmente suspensa”, também conhecida como “atenção uniformemente suspensa” ou “atenção flutuante”, e assim seremos capazes de ouvir aquilo que aparecer nas “associações livres” do paciente. “Atenção flutuante” é o que nos possibilita ouvir o que é novo e diferente naquilo que o paciente diz – ao contrário de simplesmente ouvir o que queremos ouvir, ou o que de antemão esperamos ouvir. Desenvolvemos a prática de tal atenção (que não é nada fácil de sustentar) na tentativa de reconhecer a alteridade, as diferenças do outro com as nossas.¹³

Mas o que é exatamente “atenção flutuante”? Não é um tipo de atenção que se prende a uma determinada afirmação que o paciente faz e – na tentativa de gravá-la na mente, analisá-la profundamente ou ligá-la a outras coisas – acaba perdendo o que mais o paciente disse. É muito mais uma atenção que flutua de ponto a ponto, de afirmação em afirmação, sem necessariamente procurar tirar conclusões a partir desses pontos, interpretá-los, unificá-los ou somá-los. *É uma atenção que compreende no mínimo um nível de significado e consegue ouvir todas as palavras e a maneira como são pronunciadas*, incluindo velocidade, volume, entonação, emoção, deslize, hesitação, e assim por diante.

Lacan (2006) ironizou certos analistas que pesquisam a respeito de um terceiro ouvido (acima de tudo, Theodor Reik), com o qual, presumivelmente, ouvem significados ocultos, um significado além dos significados que já tenha sido encontrado na fala do paciente:

Mas, qual é a necessidade que um analista tem de um ouvido extra, quando algumas vezes parece que dois já

são demais, visto que corre desenfreado para o mal-entendido fundamental, causado pela relação de compreensão? Digo repetidamente aos meus alunos: “Não procurem entender!” Que um de seus ouvidos torne-se tão surdo, quanto o outro seja aguçado. E esse é o que você precisa emprestar para ouvir sons, fonemas, palavras, locuções, frases, não se esquecendo das pausas, escansões, cortes, pontos finais e paralelismos. (p. 471)

A visão de Lacan aqui é que quando a analista se torna obcecada em compreender o significado do que o paciente tenta conscientemente transmitir, seguindo todas as complexidades da história que ele está contando, ela sempre deixa de ouvir o modo como ele transmite o que diz – as palavras e expressões que ele usa e seus lapsos e sons indistintos. É melhor tapar o ouvido que escuta apenas o significado, ele sugere, do que submeter o ouvido que ouve discursos supérfluos adicionando um terceiro. Quando, por exemplo, o paciente começa a sentença com “por um lado”, podemos ter certeza de que ele tem outro “lado” em mente; todavia, no momento em que o primeiro “lado” for apresentado, ele provavelmente terá esquecido o segundo “lado”, e nesse caso ele provavelmente dirá, “Bom, sei lá”, e pensará alegremente em outra coisa. A analista não deve, porém, deixar assim tão leve: o que, realmente, era o outro lado? Sua importância está naquilo que está pelo menos momentaneamente esquecido.

Ficar preso à história que está sendo contada é uma das maiores armadilhas para os novos analistas e, não surpreendentemente, eles se prendem mais facilmente à história quanto mais esta se parece com seus próprios interesses, ou mais estreitamente com suas preocupações, ou reflete sobre elas como indivíduos ou profissionais. O mais importante para o paciente, especialmente no início

da análise, é que a analista – assim como com qualquer outra pessoa que ele converse nas diversas situações da vida – alcance essa fala, compreenda o ponto de vista que ele está tentando formar. O paciente dificilmente começa a análise com o desejo explícito de que a analista ouvirá algo, no que ele está dizendo, que seja diferente do ponto que conscientemente está tentando superar. A analista, por outro lado, deve se desabituair a escutar de forma convencional e perceber que é menos importante compreender a história ou o detalhe do que a importância de perceber de que modo é contada.

A atenção flutuante é uma regra – na verdade, uma disciplina – designada a nos ensinar a *ouvir sem entender*. Além do fato de que o entendimento geralmente leva a analista a se defrontar e a se concentrar, apresentando uma infinidade de fenômenos imaginários (por exemplo, comparando-se ao paciente e preocupando-se com sua própria imagem refletida pela fala do paciente, como já mencionei anteriormente), frequentemente há muito pouco que pode ser entendido no discurso do paciente. Por que isso?

A história não faz sentido (ou muito sentido)

*O inconsciente não é perda de memória,
é não se recordar daquilo que se sabe.
Lacan (1968b, p. 35)*

O paciente conta uma história a respeito de si próprio que é bastante parcial, nos dois sentidos: ele deixa de lado uma boa parte da história – sentindo que não é importante, pertinente, ou agradável para si mesmo, ou simplesmente “se esquece” – e apresenta a história como se desempenhasse um papel cristalino de herói, vítima, “o bonzinho”, ou (menos comumente) idiota ou criminoso. A história que ele conta é sempre gradativa, fragmentada, cheia de lacunas e buracos, e essencialmente compreensível apenas para

ele mesmo, pois só ele está a par do que deixou de falar (embora às vezes ele também fique na dúvida) e só ele admite sua própria perspectiva a respeito da difícil situação. Mesmo assim, ele pode ficar indeciso (ou ter dúvidas) sobre sua própria participação na história: na sessão, talvez tente convencer a analista, e desse modo se convencer, de que foi vítima da situação, mas talvez não endosse totalmente aquela opinião, intimamente. Parte do trabalho da analista é garantir que a parte dele que não endossa esse ponto de vista possa ser expressa e ter uma escuta efetiva, digamos assim.

Muitas vezes, a história contada simplesmente não faz sentido para o ouvinte, não importa quão criativo ou intuitivo ele seja, porque muito foi deixado de fora; a tarefa do analista, nesses casos, é levar o paciente a preencher as lacunas (que remetem à opinião de Freud de que o principal objetivo de uma análise é preencher as lacunas na história do paciente).¹⁴ Em outros casos, todavia, a história é embrulhada ordenadamente, com um belo laço em cima, e ainda que o afeto pareça desproporcional a ela, não faz qualquer sentido no contexto da vida do paciente como tem sido descrita até agora, ou parece curta demais e insípida. De fato, o paciente pode se mostrar extremamente satisfeito com sua explicação sobre o evento em questão, e a analista ainda pode se perguntar por que ele está tão em paz com a explicação se precisou mencionar tudo isso. Alguma coisa não está encaixando, não faz sentido – o problema não é com a história em si, mas com o fato de ter sido dita em uma sessão de análise, nesse momento particular da terapia.

Se podemos dizer que há, realmente, algo em particular que a analista escuta, é aquilo que não encaixa, que não faz sentido, ou parece fazer sentido demais e, portanto, soa problemático. Tudo isso está ligado à *repressão*. Quando o paciente trunca sua história suprimindo certos elementos, pode ser que o faça conscientemente, sabendo que procura se mostrar à analista de determinada manei-

ra (ora agradável, ora desagradável), mas ele também pode estar fazendo isso inconscientemente, por razões das quais não esteja ciente. Ele pode não estar ciente (e talvez resista em tomar conhecimento) da forma com que situa a analista em sua organização psíquica – do tipo ou qualidade de transferência que ele tem com ela – ou do que ele está tentando conseguir em relação a ela. Similarmente, ele pode ter se esquecido de certos elementos da história e poderá lembrá-los somente após considerável tempo de trabalho analítico.

Detalhes importantes podem ser deixados de fora na fala do paciente, a respeito de uma história específica que levaria apenas minutos para contá-los, mas talvez sejam deixados fora da imagem que ele pinta de sua vida. Um paciente me contou, logo no início de sua terapia, que ele era um “canalha” e que sentia que sempre tinha tido uma “alma diabólica”. Todavia nada que ele me contou sobre a história de sua vida, nas primeiras semanas de consultas, indicava algo particularmente repugnante ou desonroso. O pior comportamento que ele foi capaz de apontar foi ter pisoteado no jardim recém-plantado do vizinho quando criança, e a hipótese que levantei foi que ele tinha um superego muito crítico (quem sabe levado pela acusação feita pelo seu pai, muito cedo na vida, de que ele havia roubado dinheiro que, na verdade, tinha sido encontrado no chão). Foram diversos meses de análise antes que ele se lembrasse, através de associações com alguns sonhos, das circunstâncias sobre a hospitalização de um membro da família e a gravidez de uma ex-parceira, seus sentimentos de culpa sobre os quais não havia dito nada antes. As razões da severa opinião sobre ele mesmo – que ele próprio realmente não entendia, já que se achava uma pessoa essencialmente boa – vieram à tona quando se lembrou desses incidentes, e a recordação e discussão sobre eles permitiram que parte dessa aspereza finalmente se dissipasse.

Análise como uma lógica de desconfiança

Um “dizer” [un “dire”] é semelhante a um evento. Não é um rápido vislumbre ou um momento de saber... Nem toda fala [“parole”] é um dizer, ou então toda fala seria um evento, o que não é o caso, e não falaríamos de “palavras inúteis”.

Lacan (1973-1974, 18 de dezembro, 1973)

A pluralidade de significados é um equívoco que favorece a passagem do inconsciente para o discurso.

Lacan (1976, p. 36)

A repressão é a luz que guia a psicanálise (se me permite a natureza paradoxal da metáfora, repressão sempre vem associada com escuridão). Virtualmente, tudo que fazemos como analistas deveria ser projetado para chegar ao reprimido de forma mais ou menos direta. Por este motivo é que nosso foco está constantemente no que ficou fora da equação, fora da história, fora do quadro que o paciente pinta de si mesmo e de sua vida. Por este motivo damos atenção especial aos detalhes que ficaram “acidentalmente” fora da história quando contada pela primeira vez. É por isso que nossos ouvidos se animam quando o paciente de repente não consegue se lembrar o nome de seu melhor amigo. Por isso ficamos intrigados quando uma sentença é interrompida e reiniciada de uma outra forma (nosso interesse está na interrupção da narrativa e não na continuidade). Por este motivo, como em Freud (1900/1958, p. 518), damos um peso extra aos elementos de um sonho que foram esquecidos quando da primeira vez que foi contado, e só lembrados depois, quando o paciente os associou com o seu sonho. É por isso que o comentário precipitado ou improvisado feito depois da sessão, já indo para a porta, é o mais importante.

Para a analista, cada história contada pelo paciente é suspeita. Não apenas por ser incompleta ou muito conveniente, mas também

provavelmente por ter sido contada aqui e agora para certos fins estratégicos ou táticos – para agradar ou desagradar a analista, para provocá-la, para ganhar ou perder seu amor hipotético, para sustentar ou destruir determinada imagem –, propósitos estes que talvez não estejam claros, e mesmo assim tenham um papel importante no formato definitivo que a história leva.

A ideia de que devemos abordar cada novo paciente incondicionalmente, como se ele fosse o primeiro, não implica que teremos que agir como se não soubéssemos nada de psicanálise – como se não soubéssemos que a presença de sintomas na vida do paciente é indicativo de repressão (já que os sintomas representam o retorno do reprimido), que atos falhos e ações confusas são minissintomas que também representam o retorno da repressão, que a retórica do sujeito nos auxilia a apontar a repressão (o elemento mais importante da lista, que é muitas vezes reservado para o final – “meus amigos e irmãos, para não falar da minha mãe”, um exemplo de paralipse ou preterição – e a resposta mais provável para uma pergunta muitas vezes mencionada sob o pretexto da negação – “A pessoa que mais me castigou? Não sei se poderia dizer que foi o meu pai”).¹⁵

Os psicanalistas têm sido levados a examinar inúmeras manobras retóricas do paciente, em termos de tipos de movimentos de defesa que elas envolvem. Assim como os sonhos são formados conforme a condensação e o deslocamento – associados por Lacan (2006, pp. 511-515) com metáfora e metonímia – que dissimulam desejos inconscientes, o discurso do paciente funciona de acordo com a pleora de outros mecanismos projetados para manter o material inconsciente. A espontaneidade do paciente emprega figuras retóricas (que são bem conhecidas dos gramáticos e linguistas), para não dizer certas coisas e assim evitar que algumas ideias cheguem à superfície. Ele eventualmente falha em seu empenho:

as coisas escapam, e a analista treinada para detectar esses materiais retóricos – “o psicanalista é um retórico”, disse Lacan (1977-1978, 15 de novembro, 1977) – aprende onde intervir para frustrá-los.

Quando alguém usa uma *metáfora mista*, por exemplo, é porque muitas vezes uma das palavras na metáfora, que veio primeiro à mente, está incomodando aquela pessoa. Um dos meus pacientes disse certa vez, “pare de bater nesse assunto” porque o termo “arbusto” pareceu a ele ter conotação muito sexual, como se trouxesse pensamentos sexuais que ele não queria discutir (muitas vezes é incrível como as substituições podem ser feitas). Podemos igualmente imaginar alguém dizendo “pare de contornar o arbusto”, em que exista algum pensamento sádico ou masoquista sobre bater, que a pessoa queira manter fora da vista ou da mente.

Metáforas mistas são muito comuns em análise e também no dia a dia. É claro que podem simplesmente indicar que o paciente não conhece realmente as metáforas que está usando, mas muitas pessoas fluentes no idioma conhecem de cor muitas expressões idiomáticas e conseguem entender imediatamente por que trocaram o termo, quando a analista simplesmente repetiu o termo trocado. A metáfora mista “bater no assunto” pode ser entendida como uma formação conciliatória entre “bater no arbusto” e “contornar o assunto”. Em termos retóricos isso pode ser chamado de *catacrese*, que designa o uso indevido de palavras. Em qualquer dos casos, sugere ao profissional atento que *algo está sendo evitado* ou que outro conjunto de pensamentos está interferindo na conclusão do conjunto de pensamentos inicial.

Consideremos outra figura de retórica ou figura de estilo: *litotes*, também conhecidas como meias palavras, são constantemente usadas em sessões e sempre precedidas de uma ligeira pausa. Um dos meus pacientes ia dizendo (conforme ele explicou depois),

“eu realmente cobiço a mulher do meu melhor amigo”, mas atenuou dizendo: “Eu não a acho sem atrativos”. A ligeira pausa que ele introduziu, combinada com a elaborada dupla negativa, sugeriu a mim que alguma coisa havia ficado sem ser dito; como se revelou, um certo pensamento foi evitado porque o paciente julgou inaceitável, pensando “Como posso ser tão baixo para cobiçar a esposa do meu melhor amigo?”.

Outra paciente negou-se a dizer a última palavra pretendida – “parar” – de uma frase que ela começou da seguinte forma: “Aquilo [seus pais a segurando e fazendo cócegas até ela quase perder o fôlego] poderia ser divertido até um ponto e daí eu queria...”. As reticências da palavra “parar”, que talvez ela tenha achado óbvia, dado o contexto, sugeriu-me um conjunto de pensamentos bem diferentes daqueles que relutava expressar: ela queria que aquilo continuasse para sempre, ainda mais intenso, ou até mesmo que tivesse tido alguma conotação sexual. Eu poderia ter dito a mim mesmo, “Sei o que ela quer dizer, mesmo que não tenha sido o que disse”, mas quando repeti a frase incompleta, “você queria...”, ela disse que quando falou estava distraída com pensamentos confusos sobre coisas embaraçosas.

Essas reticências ou omissões podem passar despercebidas por seus amigos nas conversas de rotina, mas em análise servem como uma espécie de índice ou indicador de dissimulação.

Como já indiquei em outro momento (Fink, 2004, pp. 72-75), muitos outros esquemas retóricos, como o pleonasma, digressão, perífrase, contração, e ironia, podem assumir uma qualidade defensiva, especialmente no contexto analítico. Espero que esses três exemplos tenham sido suficientes para deixar claro até que ponto essas figuras de linguagem não são “meras formas de falar”, como o paciente tende a pensar, e que o ouvinte atento pode

aprender a lê-las como placas indicadoras de quilômetros ao longo da estrada, em direção ao reprimido. O inconsciente ao trabalhar nos sonhos emprega condensação e deslocamento, e o paciente ao falar de seus sonhos emprega virtualmente todas as figuras de retórica e figuras de estilo. *Para a analista, “nada é somente uma figura de linguagem”*. A maneira de uma analista ouvir atende tanto ao que está quanto ao que não está sendo apresentado, tanto aquilo que é declarado quanto o que é evitado. Na essência, lê-se todo o discurso como uma formação conciliatória produzida igualmente pelas forças rivais.

Quando a analista se fixa exclusivamente na história ou no ponto conceitual que está sendo proposto, ela geralmente não consegue ouvir as figuras de linguagem empregadas e assim ouvirá apenas em um nível – no nível que o paciente está tentando transmitir, conscientemente. Ela falha, então, na leitura de diversas pautas em que a música do paciente está realmente escrita.

Ouvindo apenas o que esperamos ouvir

A essência da linguagem nunca foi servir a função da comunicação.
Lacan (2005a, p. 106)

O perceptum [aquilo que é percebido] já está estruturado
[pela linguagem].
Soler (2002, p. 33)

Existem ainda, naturalmente, outras razões pelas quais é tão difícil para a analista ouvir exatamente o que o paciente diz, pelo menos algumas que estão relacionadas com a interação entre linguagem e percepção. Neurobiólogos e psiquiatras têm indicado a importância da “filtragem sensorial” para a capacidade de não

prestar atenção aos estímulos perceptivos, que parecem sem importância na tarefa ou na meta que se tem em mãos (Green, 2001, pp. 77-79). Diversos trabalhos sobre o cérebro e os sistemas perceptivos foram feitos e sugerem que muitas pessoas que são classificadas como autistas, esquizofrênicas e psicóticas, geralmente (embora eu não esteja sugerindo que não existam diferenças importantes entre elas), “sentem-se ‘bombardeadas’ por uma carga sensorial e não conseguem filtrar... estímulos irrelevantes” (p. 78), “estímulos irrelevantes” sendo aquelas percepções que elas não desejam prestar atenção necessariamente, em um momento qualquer em especial, mas que as perturbam de qualquer forma. Em outras palavras, elas não conseguem prestar atenção em muitos estímulos da forma como a maioria das pessoas consegue, por possuírem um “filtro”, por assim dizer, que permite a entrada de alguns estímulos enquanto outros ficam de fora, com base em uma suposta tributação daquilo que é importante e do que não é, que se situa fora da consciência, antes da consciência. Somente aqueles estímulos que conseguem ultrapassar o filtro – os que são considerados relevantes àquela tarefa proposta – são de fato autorizados a irem para a consciência.

Essa pesquisa foi corroborada em nível clínico pelos diversos casos de “sobrecarga sensorial”, relatada por pacientes psicóticos, em que barulhos, que anteriormente não se ouvia, ou que se misturavam com o ambiente, começaram a se tornar insuportáveis (altos, insistentes e não ignoráveis), odores que eram agradáveis anteriormente, ou imperceptíveis, de repente se tornaram insuportavelmente fortes e repulsivos, e cores, formas e gestos que antes não se destacavam começaram a monopolizar a consciência e a dominá-la. O momento em que essas percepções começam a afetar tais indivíduos é sempre muito estressante, sinalizando que as pessoas correm perigo de passar por um surto ou episódio psicótico (privação prolongada do sono pode causar incapacidade de “filtrar”

estímulos naqueles que são psicóticos). Em alguns autistas e esquizofrênicos, por outro lado, a dificuldade de filtrar estímulos pode ser permanente, não necessariamente indicando perigo iminente de qualquer tipo; a dificuldade não vem e vai como acontece na paranoia, em que surtos podem ser seguidos de aparente remissão, e então mais problemas virão depois.

Embora os pesquisadores especialistas em biologia considerem a dificuldade de filtrar estímulos como um problema estritamente fisiológico, devido a alguma má formação em uma estrutura específica do cérebro ou algum descontrole químico, me parece ser igualmente provável (se não mais) que a linguagem desempenhe um papel significativo na capacidade de filtrar estímulos, pois aqueles que são incapazes de filtrar as percepções da forma habitual, normalmente, não falam ou pensam do mesmo jeito daqueles que conseguem filtrar tais percepções. Talvez não sejam as dificuldades de filtragem que causam problemas com a aquisição da linguagem, mas os problemas com a aquisição da linguagem que causam dificuldades de filtragem.

A linguagem não é assimilada da mesma maneira por esses motivos, nem funciona da mesma forma para eles, como ocorre para os que chamo de “neuróticos comuns”. Conforme já disse em outra ocasião (Fink, 1997, 2005b), existem pelo menos dois modos diferentes principais de se inserir na linguagem, o que podemos chamar de “modo neurótico comum” e o “modo psicótico”. O modo neurótico comum leva ao predomínio habitual do pensamento baseado na linguagem (ao contrário do modo visual ou outros modos de pensamento), uma divisão entre consciente e inconsciente (e o conflito generalizado de sentimentos referido em psicanálise como “ambivalência”, sendo alguns sentimentos conscientes e outros inconscientes, por assim dizer),¹⁶ e a capacidade de ouvir o significado de ambas as formas, literal e figurada ao mesmo tempo.

O modo psicótico leva ao aprendizado da linguagem apenas por imitação, sem divisão entre consciente e inconsciente (portanto sem a ambivalência *per se*), e à incapacidade de ouvir uma expressão, tanto no sentido literal quanto no figurado, ao mesmo tempo.

Ao invés de tentar explicar aqui em detalhes, ilustrarei com alguns comentários que Temple Grandin (Grandin & Johnson, 2005), uma pesquisadora que estuda o comportamento animal, autismo e o relacionamento entre eles e que se considera uma autista (justamente por isso, sem dúvida), faz sobre sua própria relação com a linguagem:

Eu brigava [na escola] porque as crianças me amolavam. Me chamavam de nomes como “retardada”, ou “gravador”. Me chamavam de gravador porque eu guardava muitas frases de memória e depois as usava e usava de novo nas conversas.

Eu quase nunca me lembrava de palavras e sentenças específicas das conversas. Isso porque a pessoa autista pensa em imagens; quase não temos palavras passando em nossa mente.

Quando converso com outra pessoa traduzo minhas imagens em frases que já tenho “no gravador” dentro da minha cabeça... Eu sou o gravador. É assim que consigo conversar. O motivo pelo qual não pareço mais um gravador é que tenho tantas frases armazenadas que consigo fazer novas combinações.

Os animais e as pessoas autistas não parecem ter represão... Eu não acho que tenho nenhum dos mecanismos de defesa de Freud, e fico sempre surpresa quando as pessoas normais os têm. Uma das coisas que me intrigam nos

seres humanos normais é a negação... As pessoas [em uma] situação ruim não conseguem ver isso, porque seus mecanismos de defesa as protegem de se darem conta, até que estejam prontas. Isso é negação, e eu não consigo mesmo entender. Não consigo nem imaginar como é isso. Isso acontece porque não tenho um inconsciente... Enquanto eu não souber por que não tenho inconsciente, penso que meus problemas com a linguagem têm a ver com isso.¹⁷

Grandin deixa claro que ela não pode classificar os estímulos em perigosos e não perigosos, da forma como as pessoas verbais podem – o que por muitos anos a deixou constantemente com medo de barulhos inócuos (como o barulho que os caminhões fazem quando dão marcha a ré) –, e assim não pode ignorar estímulos como a maioria das pessoas tem demonstrado em pesquisa e mais pesquisa, nas quais elas simplesmente não veem as coisas que não esperam mesmo ver, em um contexto específico, quer seja uma “senhora com fantasia de gorila” no meio do jogo de basquete, quer seja uma enorme aeronave estacionada em uma pista em que os sujeitos são pilotos se preparando para pousar um avião na mesma pista (Grandin & Johnson, 2005, pp. 24-25). O que é conhecido como “cegueira por desatenção” (Mack & Rock, 1998), a maioria de nós – mas não Grandin ou muitos psicóticos – projeta coisas antes que alcancem a consciência e por fim vemos e ouvimos grande parte do que esperamos ver e ouvir.

Para aqueles de nós que acessam a linguagem no “modo neurótico comum”, nossa imersão na linguagem é tão ampla, e colore nosso mundo tão minuciosamente, que seletivamente vemos e ouvimos o que o contexto social/linguístico nos permite esperar ver e ouvir.¹⁸

Isso pode ser uma deficiência séria para a analista: até mesmo a analista mais bem-intencionada ouve automaticamente o que, em sua mente, faz sentido naquilo que o paciente está dizendo em um contexto em especial, ao invés de ouvir o que o paciente realmente está dizendo, o que pode ser bem fora do normal e até sem sentido. Mesmo a analista mais atenta ouve somente o que o paciente pretendeu dizer, filtrando os atos falhos ou sons indistintos. Durante nossa vida aprendemos a encontrar significados naquilo que nos dizem, mesmo que às vezes seja incoerente, e isso sempre envolve ver a figura toda (ou *Gestalt*), em que apenas uma parte é apresentada, ou ouvimos um pensamento coerente quando foi expresso apenas parcialmente ou incoerentemente. Aprendemos a preencher as lacunas, completar palavras que faltam, retificar a gramática e corrigir disparates – e fazemos tudo isso em nossas cabeças, sem nem mesmo termos consciência, na maioria das vezes.

Nossa própria ignorância a respeito de certos vocabulários e expressões pode nos fazer ouvir uma coisa no lugar de outra (como aqueles que sofrem para aprender uma língua estrangeira muitas vezes são bastante cientes: quando pessoas nos falam em língua estrangeira, ficamos propensos a ouvir termos e expressões que já tínhamos aprendido, no lugar de uns que não estamos familiarizados, mas que talvez soem um pouco semelhante). Se, por exemplo, o paciente “tentou, de modo muito diligente, persuadir o Tesouro” a fazer alguma coisa, e a analista desconhece o significado das palavras “diligente” ou “Tesouro”, ela pode ouvir outra coisa como “ingenuamente” e “besouro”. Apesar de não fazer o menor sentido no contexto, pode ser o melhor que a analista pôde fazer para encontrar algum significado nisso, dado o subconjunto da língua inglesa que é a que ela entende (ninguém consegue entender todas as coisas). O que ouvimos quando alguém fala, em linguística, é atribuído como “faixa de opções de som” (Saussure, 1916/1959); palavras ditas tendem a andar juntas, formando um tipo de faixa

ininterrupta, e nem sempre é totalmente clara onde uma palavra termina e a próxima começa (um problema que alguns talvez estejam acostumados ao aprender línguas estrangeiras).

Estamos acostumados a cortar a faixa em discretas unidades baseadas na língua que achamos que conhecemos, e também naquilo que esperamos ouvir em geral, e o que esperamos ouvir daquele interlocutor específico. Essa atividade constante que visa dar sentido ao que ouvimos é tal que o ouvir em si desaparece na busca pelo significado; a percepção em si é suprimida em favor da interpretação. O resultado é que nos tornamos surdos por natureza, de certo modo.

Para praticar a psicanálise, no entanto, precisamos nos desfazer desse hábito e isso sempre demanda bastante trabalho. Os analistas me contam de vez em quando que seus pacientes não cometem lapsos ou omissões, mas, na minha experiência, a maioria das pessoas comete lapsos a cada cinco ou dez minutos (alguns mais, outros menos, é claro) e o problema é que os analistas não se sintonizam com eles. Como poderiam se sintonizar com eles? Um bom exercício seria ouvir locutores de notícias, no rádio ou na televisão, e tentar perceber os lapsos e deslizes ao invés de ouvir o conteúdo da notícia. Talvez seja melhor ouvir primeiro os programas pelos quais não se tenha especial interesse, assim o conteúdo não monopoliza a atenção. Seria melhor se não olhasse para a televisão, porque ver o locutor pode interferir na escuta (muitos analistas afirmaram que eles ouvem melhor o paciente no divã do que os que se sentam em sua frente, não por estarem fisicamente perto mas sim porque o analista não se distrai com os olhares de seu paciente, expressões faciais, e assim por diante). Assim que a pessoa conseguir ouvir regularmente os lapsos e omissões na fala, em assuntos de pouco interesse, então poderá ouvir programas que sejam mais interessantes, concentrando-se nas faixas de opção de

som tanto quanto possível, e ainda compreender o conteúdo, mas sem estender-se e nem tentar fazer algo em especial com isso, (por exemplo, comparar com coisas que ouviu antes ou aprofundar essas implicações).

Uma vez que a analista saiba se sintonizar nos lapsos e deslizes, poderá percebê-los em si mesma e nos amigos e colegas; porém pode ainda levar algum tempo antes dela conseguir ouvi-los nas sessões com os pacientes, porque ela estará muito mais focalizada no significado da situação analítica do que em qualquer outra coisa. Para aperfeiçoar nossa capacidade de aplicar a atenção flutuante naquilo que o paciente realmente fala, precisamos sempre, nas palavras da professora de música, “praticar, praticar, praticar”.

Armadilhas do treinamento

Eu poderia classificar meu seminário, neste ano, como suprimindo sua “ingenização”, para enfatizar o fato de que alguns de vocês não são [se permitem ser] suficientemente ingênuos a respeito do inconsciente – que acaba se perdendo.

Lacan (1973-1974, 8 de janeiro, 1974)

Diversas outras coisas contribuem para que a analista seja incapaz, por natureza, de ouvir boa parte daquilo que o paciente diz (por exemplo, um alto grau de obsessão), dentre as quais o nosso próprio treinamento. Em muitos programas de treinamento, seja no serviço social, psicologia, psicanálise ou psiquiatria, os estudantes são levados a acreditar que existem coisas como “sistemas de conhecimento especializados” – sistemas de “conhecimento” como aquele encontrado no DSM – e nossa tarefa, como analistas, é simplesmente aplicá-los da melhor forma e o mais rápido possível. Ouvi professores de todas as especializações acima mencionadas dizerem aos estudantes que eles poderiam dispensar o conhecimento

técnico que adquiriram, com seus clientes ou pacientes, e se não fizerem isso estarão desrespeitando deliberadamente todos os (assim chamados) protocolos de tratamentos validados empiricamente (TVE) e terapias baseadas em evidências (TBE). Argumentam que psicologia e psiquiatria, afinal, foram colocadas no campo científico, retirando o trabalho de adivinhação da prática clínica. Os analistas não precisam fazer nada além de ouvir apressadamente e descobrir onde um determinado paciente se encaixa nos manuais de diagnósticos que receberam o selo de aprovação, digamos da APA, pois esses manuais (e seus suplementos) indicarão quais técnicas utilizar. Se começarmos a ouvir somente os modelos que nos ensinaram para identificar e tratar, provavelmente ficaremos surdos para tudo aquilo que não aparece em nossa tela de radar DSM.

Felizmente, nem todo programa ou nem todo professor crê verdadeiramente nos fundamentos da prática clínica, ou promove listas de abordagens para verificação de diagnóstico e tratamento! De fato, o próprio sistema médico – que é muitas vezes tomado pelos psicólogos e psicanalistas como modelo para ser equiparado, de todas as formas possíveis (incluindo respeitabilidade, prestígio social, renda e suposta base científica) – tem sido repetidamente reprovado, nas últimas décadas, pela pouca evidência na ampla maioria de procedimentos e tratamentos que prescreve, muitos dos quais foram interrompidos ou tirados do mercado e até mesmo numerosos médicos reconhecem que funciona muito mais como uma arte do que como ciência.¹⁹ Mas a própria estrutura da educação superior e o lugar que ocupa em nossa cultura encoraja, muitas vezes, os analistas a acreditarem que, com seus diplomas de nível superior, eles receberam em confiança o saber em suas especialidades, tendo pouco a aprender com novos estudos ou com seus pacientes. Os créditos da educação continuada são vistos por muitas pessoas como exercícios infantis, geralmente e na melhor das hipóteses, apenas mais um obstáculo a ser superado. Independentemente de

os cursos de educação continuada serem os melhores meios para lembrar os profissionais de que a prática clínica implica em longo processo de aprendizagem, estes devem saber que a educação tem geralmente conseguido mostrar somente a ponta do *iceberg* e eles deveriam continuar sendo ávidos leitores em suas especialidades e abertos aos comentários até mesmo aparentemente menos profundos feitos pelos pacientes menos “perspicazes”.

Notas

1. É verdade na maioria das formas de identificação: certas facetas de coisas ou experiências devem quase sempre ser removidas ou ignoradas para que uma identidade seja estabelecida entre qualquer um dos dois. De acordo com Casement (1991, p. 9), “o desconhecido é tratado como se ele já fosse conhecido”.
2. Freud (1913/1958, pp. 139-140) recomendou que o analista mostrasse ao paciente “alguma solidariedade”. No entanto, ele não quis dizer com isso que devemos aparentar sermos como o paciente ou concordar com ele ou acreditar em sua história, mas sim que devemos mostrar que estamos atentos, que o ouvimos com cuidado, e tentamos seguir o que ele está dizendo (o termo em alemão *Einfühlung* é sempre traduzido como *compreensão*, *empatia*, ou *sensibilidade*). Margaret Little (1951, p. 35) afirmou astutamente que “A base da empatia... é a identificação”. Meu ponto de vista aqui é diametralmente oposto àqueles que acreditam, como McWilliams (2004, p. 36), que “o principal ‘instrumento’, que são nossos esforços para compreender a pessoa que nos pede ajuda, é a empatia” e aos que estão convencidos, como Heinz Kohut (1984, p. 82), da capacidade do analista em empregar “introspecção vicária”, “a capacidade de pensar e sentir a vida interior de outra pessoa”. Lacan (2006, p. 339) sugeriu que “as invocações de empatia envolvem sempre convivência”. O fato é que, para que a analista pense ou sinta “o interior da vida” do paciente, ela precisa ignorar todas as suas

diferenças, todas as suas particularidades – em outras palavras, ela deve se enganar e acreditar que são fundamentalmente iguais, procurando reduzir toda e qualquer diferença. Mas A pode ser igual a A somente na matemática.

Eu mesmo já ouvi muitas teorias conflitantes sobre o que é empatia (as tradições filosófica e psicanalítica fornecem diversas definições). Já ouvi dizer que empatia, em certas ocasiões, é não mostrar qualquer empatia – quando, por exemplo, um paciente entende como sinal de paternalismo ou condescendência, algo que pode ser notado, geralmente não sabe com antecedência (foi o caso de Marie Cardinal em *The Words to Say It*, 1983; ver especialmente p. 27-28). Parece-me que os defensores da empatia, em terapia, são obrigados a sérias acrobacias conceituais para justificar sua aplicação em todos os casos.

3. Este é um dos muitos pontos de vista que me fazem discordar radicalmente de alguém como McWilliams (2004, p. 148), que propôs, “somos seres humanos com muito mais semelhanças do que diferenças”, embora ela tenha amenizado esse ponto de vista em seu livro (p. 254). Malan (1995/2001) fez a mesma afirmação quando argumentou que:

“Uma das qualidades mais importantes que os psicoterapeutas devem ter... é um *conhecimento das pessoas*, que talvez não venha de treinamento formal ou leitura, mas simplesmente da experiência pessoal. Quem de nós não experimentou, em nós mesmos ou em alguém próximo, os perigos em potencial de situações triangulares aparentemente inocentes; ou chorou não só para descarregar a emoção, mas como um pedido de ajuda?” (p. 3)

O fato é que *muitas pessoas* não experimentam aquilo que mencionam. Da forma como vejo, identificar ou tentar ver as pessoas que são diferentes de nós, de forma similar (radicalmente, culturalmente, linguisticamente, por denominação, socioeconomicamente, sexualmente ou em termos diagnósticos), não nos faz entendê-las ou ajudá-las.

4. Considere a primeira definição de empatia dada pelo *Webster's Third New International Dictionary* (na íntegra): “a projeção imaginária de uma situação subjetiva, seja ela afetiva, conativa, ou cognitiva, sobre um objeto para que este pareça estar fundido a ela: a leitura do próprio estado de espírito de alguém ou a conexão de um objeto”. Se alguém quiser expressar empatia em relação ao que o paciente descreveu como uma situação muito difícil, é geralmente suficiente dar a ele um olhar compassivo ou dizer que ouviu o que ele disse, de forma mais calorosa do que “hummm”, mas que não tenha um cunho de pergunta.

5. Até mesmo Winnicott (1949, p. 70), cujas perspectivas são geralmente diferentes das de Lacan e de minhas próprias, fala dos pacientes que “só conseguem apreciar no analista o que [eles próprios] são capazes de sentir. A respeito dos motivos, o obsessivo tende a pensar o analista como fazendo o seu trabalho de forma ineficaz e obsessiva”. Ele continua a dizer coisas semelhantes em outras categorias de diagnóstico. O mesmo é obviamente verdade de analistas em formação e também de muitos outros analistas bem mais experientes, ao ouvirem seus pacientes.

Curiosamente, até mesmo alguns terapeutas psicodinâmicos recomendam fazermos uso do narcisismo na escuta, ao invés de nos encorajar a ouvir de outra maneira. Malan (1995/2001, p. 26), por exemplo, recomenda que o terapeuta “*use o conhecimento de seus próprios sentimentos no processo de identificação com ele [paciente]; para conhecer não apenas teoricamente, mas também intuitivamente, o que é necessário*”. Mais tarde ele afirma que “o psiquiatra precisa se identificar com o paciente e tentar ver o que ele próprio sentiria na mesma situação” (p. 28). Essa abordagem leva a uma afinidade curiosa com algo descrito em *The Purloined Letter* de Edgar Allan Poe (1947/1938), em que um garoto consegue vencer todos os seus colegas no jogo de “par ou ímpar”, tentando identificar o nível de inteligência de seu oponente e fazendo com que seu olhar assumisse o mesmo olhar de relativa inteligência

ou de estupidez conforme o rosto de seu oponente, e assim adivinharia se a outra pessoa mudaria de par para ímpar ou se iria fazer algo mais complicado. Essa estratégia envolve nada mais do que o que Lacan (2006, p. 20) chamou de dimensão puramente *imaginária* da experiência.

6. Muitas pessoas, inicialmente, leem textos da literatura psicanalítica sempre da mesma forma, buscando primeiramente entender a elas mesmas enquanto leem teoria e outras análises. Como mencionado no Capítulo 7, os analistas que privilegiam a interpretação da transferência tentam fazer desse vício uma virtude. Gill (1982) aprova e menciona Lichtenberg e Slap (1977) que:

“argumentam que em uma situação de análise o analista está sempre ‘escutando’ como o paciente o vivencia (analista). Em outras palavras, não importa qual seja o foco dos comentários do paciente, ou mesmo o silêncio, ‘um ou (geralmente) mais aspectos do próprio paciente interagindo com o seu ambiente tem, invariavelmente, relevância em sua relação com o analista’”.

7. Lacan (2006, p. 595) se referiu a isso como “relação dual”, que significava que o relacionamento analítico é construído, nesses casos, como nada mais do que um relacionamento entre dois egos.

Uma supervisionanda minha certa vez deixou o paciente interromper a terapia depois de uma sutil evolução em seu quadro de depressão. Quando perguntei por que ela não tinha tentado mantê-lo em terapia para ver se sua depressão se dissiparia, ela explicou que em sua opinião havia boas razões para que ele achasse a vida depressiva – um pouco de depressão, ela respondeu, não faz parte da vida em nossos tempos? Pontuei a ela que, independentemente de sua perspectiva teórica sobre o assunto, ela parecia estar assumindo que seu paciente teria os mesmos motivos que ela para deprimir (ou o que ela acreditava ser dela), quando os motivos dele poderiam ser totalmente diferentes dos dela. Comparando as razões dele com as dela, ela estaria excluindo ou falhando na escu-

- ta, deixando de perceber que eles são potencialmente diferentes. Veja o texto original de Lacan (1990) sobre tristeza e depressão como uma falha ou fraqueza moral, por vezes se aproximando de uma “rejeição do inconsciente” (p. 22), o que é equivalente, neste contexto, com encerramento (ver Capítulo 10).
8. “Explicar alguma coisa significa remontar às origens de algo já conhecido” (Freud, 1900/1958, p. 549; ver também Freud, 1916-1917/1963, p. 280). Patrick Casement (1991, pp. 3, 8-9) disse praticamente a mesma coisa e enfatizou a importância de adiar a compreensão e “aprender com o paciente”, como ele é diferente de todos os outros que o analista encontrou anteriormente, seja na clínica ou na literatura.
 9. Quanto a dar conselho, Lacan (1993, p. 152) disse, “Não é simplesmente por conhecermos muito pouco sobre a vida do sujeito que somos incapazes de dizer a ele que ele deve ou não se casar, em tal e tal circunstância e vontade, se formos honestos, tendemos a ser reticentes – isso porque o próprio sentido do casamento é, para cada um de nós, uma questão que permanece aberta”.
 10. Lacan (1968a, p. 22) coloca da seguinte forma, “Se você se permitir tornar-se obcecada achando que o que o paciente está dizendo se refere a você, então você ainda não faz parte do discurso dele”. Esta é uma das razões do porque é praticamente impossível para um analista praticar a psicanálise com um parente ou amigo próximo: não é simplesmente porque a transferência pode azedar o relacionamento do analista com o parente ou o amigo (Freud dizia que o analista que leva um membro da família ou um amigo para a análise deve estar preparado para perder permanentemente todo o contato amigável com aquela pessoa), mas sim porque o analista teria dificuldade em ouvir de outro modo que não fosse no modo imaginário.
 11. Lacan (1976, p. 47) observou, “Não acredito de maneira alguma que exista um mundo interno que reflita o mundo externo, nem

o contrário. Tenho buscado formular algo que indiscutivelmente explique esta complexa organização”.

12. Realmente, se a história que o paciente conta sobre sua vida fosse a história toda, não haveria nada mais a ser dito e nada a fazer a esse respeito, exceto, talvez, tomar certas medidas práticas, como sair de casa ou se divorciar. Se o paciente estiver relutante em tomar decisão, isso está provavelmente relacionado com alguma coisa que ele deixou de fora na sua versão da história.
13. Atenção flutuante (ou uniformemente suspensa), conforme disse Freud (1912b/1958, p. 112) e Lacan (2006, p. 471) reiterou, deveria ser, para a analista, a contrapartida da “associação livre” do paciente. Uma das primeiras coisas que o profissional percebe é que a associação do paciente parece qualquer coisa, menos livre. O paciente parece obrigar-se a rodar em círculos em torno de certos assuntos, ao invés de ir direto neles, ou desviar-se completamente, quando as memórias e pensamentos associados a eles estiverem muito carregados.
14. Veja Freud (1916-1917, p. 282). Considere quantas vezes Freud teve que ir buscar o Homem dos Ratos para contar a história do *pince-nez* (a crise que o levou à análise) antes que pudesse ligar os fatos. Note também que Freud sugere que “podemos expressar o objetivo dos nossos esforços com uma variedade de fórmulas: tornando consciente o que é inconsciente, estimulando repressões, preenchendo lacunas na memória – toda essa quantidade da mesma coisa” (p. 435).
15. Meus exemplos devem deixar claro que quando digo que não devemos agir como se não soubéssemos nada de psicanálise, não quero dizer que é importante para nós “sabermos” que a bulimia se dá por x, y, ou z, ou que a gagueira se dá por p, q, ou r. Esse tipo de “conhecimento acumulado durante toda a experiência de um analista diz respeito ao imaginário e não tem qualquer valor no processo de treinamento de analistas” (Lacan, 2006, p. 357);

as causas dos sintomas em diferentes indivíduos são muitas vezes tão diversas, que as reivindicações gerais acabam sendo inúteis. O que quero dizer é que é importante para nós mantermos em mente os princípios mais básicos da teoria psicanalítica: que o medo sempre encobre um desejo, que expressões de desagrado são sempre sinais de repressão, que as pessoas excluem muitas coisas que dizem achar repulsivas ou confessam ter medo, que “ações mal feitas são as únicas sempre bem-sucedidas” (Lacan, 2007, p. 65), e assim por diante. Nesses casos, a teoria psicanalítica nos permite ver muito mais longe do que conseguiríamos de outra forma. Conforme Bowlby (1982) disse, “Por causa do grande acúmulo de informações relevantes a respeito da aparência e hábitos dos pássaros e plantas, o experiente naturalista vê muito mais longe do que o aprendiz” (p. 111).

16. Veja o Capítulo 7 para discussão sobre a relação entre afeto e repressão. Miller (2002, p. 25) caracterizou a diferença entre os modos neurótico e psicótico da seguinte maneira: “Sem o Nome do Pai [isto é, na psicose], não há linguagem, apenas *lalangue*”, um termo lacaniano que será discutido brevemente em posterior nota de rodapé. Ele continua dizendo, “Sem o Nome do Pai, não existe corpo, rigorosamente falando, há o que é corporal, a carne, o organismo, matéria e imagens. Há eventos corporais, eventos que destroem o corpo”.
17. Grandin (1995, pp. 49, 85) indica em outro momento que ela acredita que o autismo e a esquizofrenia são “transtornos neurológicos”, mas seu comentário nos permite pensar de outra forma.
18. O trabalho de Grandin nos ajuda a perceber por que um neurótico e um psicótico sempre têm dificuldade em compreender um ao outro: eles funcionam em princípios fundamentalmente diferentes. Muitas vezes, conforme Grandin, não “podemos imaginar como é” estar no lugar do outro. Grandin afirma esse ponto, eloquentemente, em diversos discursos sobre a deficiência de muitos humanos, de enxergar as coisas do ponto de vista dos animais

com quem convivem. Veja também sua obra *Thinking in Pictures* (Grandin, 1995).

Lacan (2007, pp. 52-53) indicou que sensação e percepção nunca são puras, mas são, ao contrário, deformadas pelos nossos filtros simbólico/linguístico.

19. David Eddy, MD., PhD. (presidente do Centro de Pesquisa de Política da Saúde e Educação da Universidade Duke, que liderou o movimento para a “medicina baseada em evidências”) estima que somente 15% do que os médicos fazem é baseado em “fortes evidências” (isto é, ensaios clínicos), e muitos outros médicos e pesquisadores de qualidade da saúde estimam de 20% a 25% (Carey, 2006). O chamado padrão de atendimento em medicina – ou seja, o tratamento que se espera que o médico forneça em uma instância específica (para não ser acusado de negligência médica, por exemplo) – até agora raramente situa-se em solo firme; e mesmo quando se pensa estar assentado em solo firme, deveriam ser lembradas conclusões de mais de um terço dos ensaios clínicos em medicina que são, mais tarde, revogados (Carey, 2006, p. 77). Os que acreditam que a pesquisa em psicoterapia já conseguiu replicar as bases científicas da medicina, parecem não estar a par da literatura de nenhuma das duas áreas!

Não entrarei em detalhes complexos aqui a respeito da história e filosofia da ciência, que são tão próximas na questão científica da medicina, psicanálise e psicologia. Para breve discussão, veja Fink (1995, Capítulo 10).

Partindo da ideia de que as abordagens contemporâneas ao tratamento psicanalítico parecem ter perdido de vista muitos *insights* fundamentais de Freud, Lacan e outros analistas pioneiros e adotado derivações da psicologia – especialmente da psicologia do desenvolvimento – que contradizem os princípios básicos da psicanálise – alguns fundamentais, como inconsciente, repressão, compulsão à repetição e assim por diante –, *Fundamentos da técnica psicanalítica* apresenta um material técnico com a finalidade de manter esses princípios básicos firmemente à vista. A obra foca naquilo que parece ser a técnica elementar para o autor, sem longas explicações teóricas sobre os princípios básicos. Também foi escrita ensando nos leitores que não têm conhecimento prévio de Lacan, mas possuem algum conhecimento geral de psicanálise.

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-1213-3



9 788521 212133

www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

Fundamentos da Técnica Psicanalítica

Uma abordagem lacaniana para praticantes

Bruce Fink

ISBN: 9788521212133

Páginas: 504

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2017