

René Roussillon

Manual da
prática
clínica em
psicologia e
psicopatologia

Blucher

PSICOLOGIA

MANUAL DA PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA

René Roussillon

Tradução
Paulo Sérgio de Souza Jr.

Revisão técnica e versão final
Eliana Rache

Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés (Todos os direitos reservados)

ISBN : 978-2-294-74420-4

This edition of *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie* by René Roussillon is published by arrangement with Elsevier Masson SAS.

© 2019 Editora Edgard Blücher Ltda.

Imagem da capa: iStockPhoto

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.

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Roussillon, René
Manual da prática clínica em psicologia e
psicopatologia / René Roussillon ; tradução de
Paulo Sérgio de Souza Jr. ; revisão técnica de
Eliana Rache – São Paulo : Blucher, 2019.
314 p.

Bibliografia
ISBN 978-85-212-1233-1
Título original : *Manuel de la pratique clinique
en psychologie et psychopathologie*

1. Psicologia clínica 2. Psicopatologia 3. Técnicas
projetivas I. Título. II. Souza Junior, Paulo Sérgio de.
III. Rache, Eliana.

17-1158

CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático:
1. Psicologia clínica

Conteúdo

Prefácio à edição brasileira	<i>Luis Claudio Figueiredo</i>	7
1. Introdução: a prática clínica		11
2. O encontro humano e o encontro clínico		33
3. A disposição de espírito clínica		51
4. Complexidade e paradoxos da transferência na prática clínica		81
5. As questões do dispositivo clínico		103
6. Teoria do dispositivo clínico		127
7. Inventar/pensar um dispositivo nas situações-limite e extremas		147
8. O trabalho de simbolização		175
9. “As necessidades do Eu”		197
10. As funções do objeto (do clínico) e o Meio Maleável		211
11. O trabalho clínico e o jogo		241
12. Dispositivo prático e dispositivo de pesquisa		267
Referências		291
Índice remissivo		311

1. Introdução: a prática clínica

O conceito de prática clínica fundamental

O objetivo deste “manual” é propor uma reflexão sobre as bases e os fundamentos de uma “teoria geral da prática clínica” ou, caso se prefira o plural, das práticas clínicas. Aliás, será um dos desafios da reflexão saber se o plural convém mais que o singular, ou em que sentido um convém mais que o outro. Caso se apresentasse como mais que uma primeira tentativa, como um ensaio ou uma introdução para afirmar os fundamentos de uma teoria que se trata não de apresentar – na medida em que ela ainda não está disponível –, mas justamente de começar a produzir, esse objetivo seria muito ambicioso.

Trata-se, portanto, de elaborar uma teoria que dê conta das diferentes formas nas quais as práticas clínicas se apresentam, e que tente tornar suas questões e processos mais inteligíveis. Um projeto como esse se apoia na convicção de que, para além da diversidade manifesta das práticas dos psicólogos clínicos, dos psiquiatras clínicos, dos psicanalistas (conjunto que chamarei de “os clínicos”) ou de todos aqueles que invocam o pensamento clínico,¹ existe

1 Pode-se imaginar, então, também uma “ortofonia clínica”, uma “psicomotricidade clínica”, até mesmo uma “prática educativa clínica”, das quais um determinado número de princípios se sobreporia aos que estou propondo, mas que seria preciso ajustar em função de imposições em função das práticas referidas.

uma “prática clínica fundamental” da qual se podem extrair e articular os parâmetros fundamentais para pensar a diversidade das formas concretas das práticas clínicas.

Esse itinerário parte da constatação intuitiva, mas que se impõe a todos aqueles que estão nas áreas em que os clínicos operam, de que existe de fato *uma* prática clínica que os clínicos – sejam quais forem as suas origens de formação – desempenham; uma prática clínica reconhecível para além das variantes que as áreas de cuidado impõem. Ela é fundada num “pensamento clínico” – que apresenta, também ele, uma identidade reconhecível – e num método clínico (a associação livre e suas formas derivadas) – que ainda hoje, de fato, unifica o seu campo.

Prática clínica, pensamento clínico,² método clínico estão, com efeito, referenciados pela psicanálise – que permanece o referente da maioria dos clínicos. Essa referência convoca comentários; ela abre a questão da definição de uma “clínica psicanalítica” e da sua interface com a psicanálise.

A “clínica psicanalítica”

Ela se define, primeiramente, por uma situação de fato: a existência de psicólogos, psiquiatras ou trabalhadores sociais clínicos que se referenciam fundamentalmente pela psicanálise, mas não se apresentam necessariamente como psicanalistas. Os clínicos da psicologia ou da psiquiatria clínica psicanalítica, em sua maioria, ainda que encontrem os fundamentos de sua prática na psicanálise, nem por isso pertencem necessariamente a uma sociedade de psicanálise. Eles podem ter afinidades com essa ou aquela sociedade, essa ou aquela corrente psicanalítica, mas são, primeiramente, clínicos; são “de orientação” psicanalítica. Não são, muitos deles, dotados de uma “formação psicanalítica” institucionalizada, como tal, numa sociedade – ainda que em seus percursos se tenha construído, pouco a pouco, uma equivalente a essa. Não fizeram “supervisão”, no sentido formal concebido pelas sociedades de

2 Retomo aqui o título de um livro de Green, um dos que mais se ateu à tarefa de tentar pensar as condições de possibilidade de uma prática psicanalítica para além do dispositivo e da clínica *standard*.

psicanálise, mas participaram de “grupos de elaboração ou de supervisão da prática”, frequentemente de longa duração; frequentemente prosseguidos e prolongados por supervisões individuais, elas próprias efetuadas junto a psicanalistas de sociedades – frequentemente de várias sociedades diferentes. Eles participam de grupos de leitura de textos dos grandes psicanalistas “históricos” – Freud, Lacan, Winnicott, Bion etc. – ou contemporâneos; leem determinados números de revistas de psicanálise, determinados livros de psicanalistas reputados; mantêm-se a par da evolução do pensamento clínico, e podem, no transcurso, trazer suas contribuições próprias a propósito de uma clínica ou de uma prática com a qual têm experiência.

Mas eles também podem ser “psicanalistas” no sentido da pertença a uma sociedade de psicanálise devidamente constituída e reconhecida como tal.

A “psicologia e a psiquiatria clínica psicanalítica” não são uma outra psicanálise – no sentido em que esta teria outros fundamentos que não a psicanálise que eu chamaria de “oficial” –, mas a sua prática não é a do dispositivo *standard* da psicanálise; ela se pratica no “face a face” ou no “lado a lado”, no encontro individual ou em grupo, até mesmo de maneira mais informal, ao sabor das necessidades do encontro clínico. Inversamente, as problemáticas e experiências clínicas nas quais ela se ampara e se fundamenta estão muito pouco presentes e são muito pouco trabalhadas nas sociedades de psicanálise, pelo menos na França. Majoritariamente, ela se fundamenta no encontro clínico dos estados de sofrimentos narcísico-identitários,³ em que a questão da diferenciação eu/outro é central e se junta, como tal, ou se dialetiza, com aquelas oriundas das diferenças de sexos e de gerações.

Notaremos, contudo, uma diferença não tanto nos conceitos utilizados, e sim na inflexão ou na importância dada a certos conceitos ou a certas faces da teoria psicanalítica. Assim, para nos atermos a um único exemplo, mas já muito representativo, o conceito de envelope⁴ psíquico (D. Anzieu) – e os

3 Propus chamar assim (1999) as formas de sofrimento psíquico em que a diferenciação eu/não eu e seus efeitos sobre a regulação/desregulação narcísica representa uma questão central do quadro clínico.

4 A tradução do termo *enveloppe* foi consolidada durante muito tempo como “envelope”, no entanto, trata-se de um falso cognato, seu sentido original é invólucro. Optamos por manter a tradução consolidada. (Nota da revisão técnica – N. R.)

conceitos derivados – está quase ausente da “psicanálise das sociedades”, ao passo que é frequentemente central entre os conceitos da “clínica psicanalítica”.

Para se ter uma ideia dessa outra clínica, basta observar que ela se desenvolve principalmente em prática pública, enquanto a outra encontra o seu desenvolvimento em prática privada; que ela utiliza – ao lado do colóquio singular da prática individual – o grupo, a família, a instituição e diversas outras mediações para se exercer, enquanto a psicanálise das sociedades de psicanálise atém-se ao modelo único do colóquio singular no cerne do dispositivo divã/poltrona ou, mais recentemente, poltrona/poltrona.

Assim sendo, o fato de que as questões clínicas referenciais dessas problemáticas clínicas não sejam as da psicanálise *standard*; o fato de que elas não ocorrem dentro dos dispositivos mais conhecidos – os que deram lugar a estes aprofundamentos metapsicológicos, os mais arraigados e os mais estabelecidos – está na origem de uma dificuldade no pleno reconhecimento do seu valor. Com frequência, essas práticas tendem, com isso, a tentar se calcar nos modelos *standard*; ou, quando não podem sustentar seu projeto – o que representa a maior parte dos casos –, desdobram-se sem verdadeira teorização do seu fundamento clínico próprio, sem teorização articulada precisamente com a metapsicologia fundamental. Essa fraqueza, esse déficit de reconhecimento, tem múltiplas consequências tanto no que se refere à avaliação de sua pertinência quanto à sua aptidão para fundar a base de uma teoria geral da prática clínica.

Unidade da prática clínica

Isso faz com que a constatação concreta da unidade da prática clínica pela qual introduzi meu capítulo não seja mais suficiente, e que haja certa urgência – no estado atual das ameaças que incidem, de fora e de dentro, na prática clínica e no próprio chamamento de “clínica” quando ele é aplicado à psicologia – em trabalhar a questão conjunta de uma definição da prática clínica e da unidade da prática que disso se deduz. E essa definição da clínica e da prática supõe, ela própria, que o projeto de uma teoria da prática clínica fundamental torne-se o objeto de uma tentativa de elaboração e de um conjunto de trabalhos.

A urgência é tanto política quanto pragmática; há urgência em defender o rigor e a coerência das práticas clínicas nos debates sociais, assim como em

estabilizar a identidade dos próprios clínicos. Quanto mais os clínicos forem dotados de uma teoria rigorosa da sua prática e dos modelos desta, mais estarão aptos a proteger suas condições de exercício e a fazer valer – em todos os lugares em que a questão encontra-se posta – a sua pertinência.

Uma teoria como essa não existe já toda desenvolvida, feita, ela está por “produzir”, por elaborar (ou por continuar a ser elaborada); e o presente ensaio se impõe como objetivo, primeiramente, abrir as questões que ela coloca e avançar algumas proposições sobre esses fundamentos – e, notadamente, sobre o itinerário a seguir para ser construída.

Proponho um “método”, um itinerário que consiste em buscar nos conceitos da teoria da prática psicanalítica *standard* as bases para uma teoria geral da prática clínica “psicanalítica”; em procurar extrair, a partir de uma prática particular, modelo, aquilo que vale para “toda” prática em psicologia clínica. A prática psicanalítica *standard* é, então, considerada um caso particular da prática clínica, mas um caso que pode servir de “modelo”, na medida em que ele é o mais bem conhecido, o mais depurado – e, portanto, também o mais e o mais bem teorizado.

Logo, a situação atual é tal que um trabalho de retomada e de abstração da quintessência desse ganho, que busca ultrapassar a forma singular que um dispositivo de análise adaptado a essa ou aquela conjuntura clínica particular pode assumir, parece vislumbrável. Contudo, esse trabalho está por ser feito, ao menos em grande parte; ele será produzido a partir dos enunciados correntes da psicanálise, para diferenciar o que é “regional” e específico de um dispositivo e de uma prática particular e o que é a forma “geral” das práticas clínicas. A hipótese central do percurso que estou fazendo é a de que Freud captou, numa prática particular, as premissas dos princípios gerais da prática clínica; a de que ele elaborou um caso particular de uma teoria geral da prática clínica. Da mesma maneira que há uma “meta”-psicologia, deve haver uma “meta”-teoria da prática clínica. Ela implica uma clínica da teoria e passa por uma clínica da prática e uma teoria desta.

A psicanálise penetrou profundamente nas práticas clínicas, concedeu-lhes o suporte teórico que lhes era preciso, a concepção do funcionamento psíquico de que necessitavam. Mas ela também inspirou amplamente os dispositivos práticos, mesmo quando no plano manifesto eles pareciam dela se

distanciar. E isso – retornaremos longamente a esse ponto – porque eles estão fundados, seja em plena consciência ou não, no método associativo ou numa das suas formas e no postulado de um funcionamento associativo do funcionamento psíquico.

Inversamente, as múltiplas formas que os clínicos puderam dar à prática clínica, quando se aventuraram a levar à análise problemáticas clínicas sobre as quais a psicanálise *standard* praticamente não havia avançado; quando eles se centraram na incumbência clínica de pacientes em curso de hospitalização ou sendo cuidados no interior das instituições; quando eles se debruçaram sobre a vida psíquica dos grupos e das instituições, colocaram para trabalhar, por sua vez, a teoria, o método e a prática clínica oriunda da psicanálise, para fundar as bases de sua generalização.

Esse efeito de retroação já é sensível na história da psicanálise, na qual se pode observar que as grandes obras atualmente referenciais da evolução da teoria ou da prática foram todas conduzidas a partir da construção de uma interface entre a psicanálise primeira e um “novo” objeto de exploração: a criança (Klein), o bebê (Winnicott), os estados psicóticos (Lacan, Bion), os grupos (Bion) etc. – para se ater apenas aos principais primeiros pioneiros na matéria. Quando a psicanálise se exporta, quando ela se transfere para novos objetos, para novas práticas, ela explora a si mesma, cava os seus próprios fundamentos, descobre alguns dos seus próprios territórios que permanecem em latência nos dispositivos *standard*. Sem dúvida, pode-se até mesmo chegar ao ponto de aventar, como eu havia proposto há alguns anos, que ela precisa se exportar e se transferir para novos objetos para continuar a manter vivo o ápice da sua epistemologia, que é uma interrogação permanente sobre os seus fundamentos.

Sendo assim, aí está um paradoxo essencial das condições da sua teorização, a exploração que ela assim possibilita: se ela faz com que surjam novas formas, se ela permite captar melhor certos processos, liberta também o seu quinhão de convicção sobre as suas invariantes de fundamentos.

É o que acontece, por exemplo, com o conceito de inconsciente quando se aceita utilizá-lo apenas como adjetivo, e não como um substantivo; ou, melhor ainda, com o conceito de realidade psíquica, ou com o de transferência.

Na exploração de novos territórios da clínica ou da prática clínica, esses diferentes conceitos proveem novas formas, tornam perceptíveis certos processos que haviam ficado latentes nos dispositivos primeiros, mas também reforçam a convicção de sua pertinência. Explorando diferentes formas da inconsciência de si, ao lado daquelas fundamentadas no recalçamento – por exemplo, aquelas cujos processos de negatificação são a clivagem, a projeção, a recusa ou a forclusão –, contribui-se para consolidar o caráter universal do conceito de inconsciente; contribui-se para torná-lo efetivamente generalizável. É claro, não se pode mais dizer “o Inconsciente” como se houvesse um só, como Freud observa em 1923, nas primeiras páginas de *O eu e o isso*, mas consolida-se, *a contrario*, o caráter universal da existência de processos inconscientes a partir do que se recolhe de suas diferentes formas. De igual maneira, o caráter universal do processo transferencial é bem mais sensível quando se pode mostrar que ele se apresenta em diferentes formas nos diferentes quadros clínicos, mas que ao menos uma de suas formas sempre está presente. Há sempre um processo transferencial, mas ele não se manifesta sempre da mesma maneira; ao lado das formas marcadas pelo deslocamento que foram primeiramente descritas, reconhecem-se agora as formas organizadas por um dos tipos de processos de retorno (Freud, 1915, 1920) ou de clivagem, e admite-se a coexistência de diferentes formas clivadas umas das outras...

O programa de trabalho

O procedimento que acabo de descrever traça o perfil de um programa de trabalho que será posto em ação no presente tratado e que entrelaça diferentes tarefas. A hipótese central do meu percurso é que Freud captou, numa prática particular, o caso particular de uma teoria geral da prática clínica e, assim, fundou as premissas dos princípios gerais da prática clínica; e que ele captou e antecipou amplamente, em determinados enunciados metapsicológicos, as premissas de uma teoria geral do processo psíquico.

E o trabalho que se trata de conduzir agora se apresenta, com isso, de duas formas dialetizadas entre si:

- extrair e abstrair, das formas particulares que eles assumiram na psicanálise *standard*, as formas matriciais, genéricas, dos conceitos essenciais do pensamento clínico;
- diferenciar, no estudo dos dispositivos, aquilo que é “regional” e “específico” de um dispositivo particular e aquilo que, abstraído dessa forma singular, representa a forma geral dos dispositivos clínicos.

Da mesma maneira que há uma “meta”-psicologia, deve haver uma “meta”-teoria da prática clínica. Ela implica uma clínica da teoria e passa por uma clínica da prática e uma teoria desta.

Sendo assim, o trabalho é facilitado por conta de uma parte do trabalho já ter sido efetuada de fato; de ele estar potencialmente disponível, ou nos próprios terrenos clínicos ou em certos aspectos da teorização já balizados.

Não esqueçamos, com efeito, que a prática e a clínica psicanalíticas já deram provas da sua *générativité*⁵ prática. Os dispositivos práticos puderam ser “adaptados” às crianças (Klein, A. Freud...), aos grupos (Anzieu, Kaës...), às instituições e organizações (J. Bleger, Escola de Lyon...), à família (Ruffiot, Berger...), aos bebês (Winnicott, Lebovici...), às diferentes psicopatologias psicossomáticas (Escola Psicossomática de Paris, MacDougall...), à consideração das tendências antissociais (Winnicott, Balier, Ciavaldini) etc.; aliás, ela é atualmente a única que apresenta uma plasticidade prática e uma *générativité* como essas.

Ela é amplamente utilizável tanto para “repensar” as abordagens “projetivistas”, as terapias “mediadas” e os diferentes grupos mediados (A. Brun), mas também as abordagens das situações extremas (psicose: Searles, Racamier, H. Rosenfeld etc.); ou grande delinquência e criminalidade (Zaguri etc.); ou pessoas em situação de rua (Declerck, Furtos etc.), para as situações de precariedade...

A isso se acrescenta o fato de que a quase totalidade das práticas terapêuticas “alternativas” (sistêmica, humanista, psicodramatista, PNL,⁶ Gestalt,

5 Optamos por manter o termo em francês, que significa geração, multiplicação. (N. R.)

6 Programação neurolinguística. (N. R.)

bioenergia...) partiu e foi derivada desse ou daquele aspecto da prática ou da clínica psicanalítica – a maioria dos seus inventores começou com uma formação em Psicanálise! E o que elas puderam trazer de específico e que pode ser conservado é reinscritível na teoria psicanalítica.

Limites e entraves do itinerário proposto

Contudo, o itinerário que estou propondo apresenta alguns limites, alguns entraves; ele supõe ao menos três ou quatro postulados em relação aos quais o acordo deve ser prévio. Aqui estão eles, resumidos à sua formulação mais simples:

1. Existe um nível de “realidade” específico e não inteiramente redutível às outras formas de realidades (realidade material e realidade biológica): a realidade psíquica. Ele possui seu objeto específico, ainda que não passe de um caso particular do biológico, isto é, do vivo: a representação psíquica e o processo de “produção” desta, o processo de transformação por meio da simbolização. Mas também a sua problemática específica, a da apropriação subjetiva, da subjetivação por meio da reflexividade.
2. Uma parte dessa “realidade psíquica” escapa à consciência imediata, ela é inconsciente. Mas a realidade psíquica, mesmo inconsciente, produz efeitos na vida psíquica e na vida relacional: existem representações, modos de simbolização inconscientes, “complexos representativos” inconscientes, até “conceitos inconscientes” (Freud, 1917). Estes podem, no entanto, em condições relacionais particulares, se tornar conscientes e ser refletidos. Mas existem também “moções pulsionais” e formas da experiência subjetiva que não podem se tornar conscientes em sua forma primeira (Freud, 1923), e que só podem ser apropriáveis pelo sujeito se forem transformadas numa forma suscetível a “se tornar consciente” ou a ser refletida no cerne da relação. Porém, mesmo inconscientes ou não suscetíveis a “se tornarem conscientes” (Freud, 1923) em suas formas primeiras, esses diferentes modos de expressão e de manifestação da realidade psíquica são recuperáveis em “formações” específicas que se produzem conforme

diferentes signos e de diferentes formas que se transferem no encontro humano. Podem-se pensar e modelar os signos e os processos da ação e das modalidades da realidade psíquica inconsciente. E podem-se criar ou reconhecer dispositivos e práticas, as práticas clínicas, destinadas a torná-los representáveis e inteligíveis.

3. Esses dispositivos são construídos e apresentam-se como “atratores” dos modos de manifestações da realidade psíquica inconsciente. Eles se expressam em diferentes tipos de linguagens que comportam sempre, ou mais ou menos, modos de “penetração agida” (J.-L. Donnet, R. Roussillon) no cerne das situações clínicas – no dispositivo e no encontro clínico, portanto, mas também no estado afetivo e até mesmo no pensamento dos clínicos. Esse processo define a transferência e é a partir da sua ação, mais ou menos reconhecida ou reconhecível, que se funda a prática clínica.

Se aceitarmos esses três “postulados” de partida – são “postulados”, mas a experiência psicanalítica estabeleceu amplamente a sua pertinência –, então poderemos nos engajar no percurso que estou propondo.

Talvez, ademais, se admitirmos o princípio “Ético” segundo o qual as práticas clínicas visam tentar restituir aos sujeitos humanos ou otimizar a sua “liberdade de ser” pela representação e simbolização da sua vida psíquica e do seu modo relacional, que elas têm a simbolização e a apropriação subjetiva como “horizonte de elaboração”, poderemos então passar para as etapas seguintes.

Diversidade, identidade e unidade das práticas

Mas antes de se engajar categoricamente nesse percurso, há ainda alguns pré-requisitos em relação ao nível em que ele se situa.

Impõe-se, com efeito, primeiramente, a questão do nível da teorização escolhida: ela deve levar em conta um conjunto de dificuldades manifestas ligadas à constatação de uma aparente diversidade que parece desafiar o esforço de unificação e a própria ideia da existência de uma “prática clínica fundamental”.

Qualquer um que se debruce, por pouco que seja, sobre a questão só pode, com efeito, se surpreender com a constatação da diversidade formal das práticas dos clínicos. Há a diversidade de terrenos: hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, casa de reeducação, setor associativo, mundo da formação, mundo da indústria, mundo do trabalho, práticas “em domicílio”, ou na rua em prevenção ou junto à população em situação de rua – sem esquecer, é claro, todas as formas de práticas liberais etc. Não há, como se pode constatar, unidade dos lugares da prática nem referência unitária do lugar (cuidado, saúde, educação, social, até mesmo indústria...).

Mas observa-se também uma grande diversidade de dispositivos formais: divã-poltrona; encontro clínico “face a face” ou “lado a lado” (Roussillon); prática de corredor (nas prisões, por exemplo), de interstício (em determinados lugares institucionais não formalizados [Roussillon]); HAD (hospitalização em domicílio) e até “*kitchen* terapia” (Fraiberg); dispositivos de vida cotidiana (em psiquiatria comunitária; Hochmann, por exemplo); acompanhante terapêutico (Guicher e dispositivos Lyon 2); dispositivo “*open*” (nos lugares de vida, na rua, nos *squats*)...

A questão da diversidade dos métodos é de uma natureza diferente. No nível formal, pode-se descrever, com efeito, uma diversidade pelo menos aparente: associação livre ou focal; método de testes; mediações diversas; dispositivos grupais, institucionais, familiares... Mas veremos mais adiante que essa diversidade é, de fato, organizada por um mesmo método clínico fundamental centrado na associatividade da psique.

Quanto mais complexa é a diversidade das linguagens e das teorias referenciais, no nível manifesto, se a psicanálise é a referência maior, ela beira frequentemente a teoria do apego que lhe foi amplamente assimilada no mundo da clínica infantil, ou ainda a teoria sistêmica ou as diferentes formas de terapias ditas “humanistas”. Mas a diversidade habita também a própria psicanálise, e encontramos referências às teorias freudianas, kleinianas, lacanianas ou, ainda, intersubjetivistas etc., tanto quanto uma posição na qual diversas referências se mesclam, de acordo com as necessidades da clínica – e até mesmo, por vezes, entram em conflito em um mesmo clínico. Contudo, a diversidade das linguagens teóricas, que significa uma diversidade das

representações teóricas, não significa necessariamente uma diversidade do fundo da prática. Pode-se “teorizar” o que se passa nas terapias de diversas obediências teóricas com o auxílio de um pensamento psicanalítico, bem como se pode teorizar um mesmo material clínico oriundo de uma sessão de psicanálise com o auxílio de diferentes referenciais teóricos oriundos da psicanálise, e fazer uma leitura “freudiana” ou “kleiniana”, “kohutiana”, “lacaniana” etc.

No nível formal, constata-se então uma grande diversidade, e não é nesse nível que se pode buscar os lineamentos de uma unidade e de uma identidade.

É preciso passar para o nível “meta” a fim de procurar a unidade nessa diversidade formal; passar para o nível de abstração superior; passar, para além da forma, ao nível do conceito.

O “vértice” do “encontro clínico”

A unidade deve ser procurada junto a uma disposição de espírito particular que parece estar presente em todos os clínicos. A dificuldade é encontrar qual termo utilizar para recobrir as diferentes formas de práticas sem já fazer uma seleção nos próprios termos, sem privilegiar um vetor sensorial particular da prática clínica.

Acaso diremos, com efeito, que a disposição de espírito do clínico é uma maneira “de escutar” ou de entender os processos; ou, ainda, que se trata de um “olhar” singular voltado para a psique, de um “ponto de vista” sobre ela? Apreende-se a dificuldade a partir do momento que se engaja na definição um modo de sensorialidade particular. A dificuldade é redobrada caso se inclua também o campo motor: a clínica diz respeito a um “percurso” particular “de abordagem” do outro ou a uma maneira de “construir” um tipo de relação com o outro, a uma maneira de “tomar” a relação com o outro, isso se não se tratar de uma maneira de “encará-lo”?

Tantas metáforas “corporais” que contêm tantas coisas implícitas que podem incidir, com toda a sua força, na prática. Elas são, sem dúvida, inevitáveis e, ao mesmo tempo, “criam armadilhas” à definição global do campo de

definição do “encontro” clínico. E há razões “históricas” para “desconfiar” das coisas implícitas e do peso delas sobre a prática.

Quando se tem uma “escuta” clínica, quando se escutam também os significantes não verbais, como é que se entra em relação com o corpo vivido do outro? Quando se tem um “olhar” clínico voltado para ele, também se é sensível às suas experiências afetivas, aos seus estados sensoriais ou sensíveis? Também se é empático? Pode-se ser “tocado”, em todo caso? E como? A prática clínica deve excluir esses modos de expressão da realidade do seu campo? Em nome de que privilegiar essa ou aquela metáfora, ou esse ou aquele canal de comunicação e de encontro?

O primeiro tropeço é com a própria definição do encontro clínico, com o problema da abstração, do nível de abstração necessário para manter a questão de uma teoria geral da prática.

Cada metáfora da “relação” que o clínico mantém com seu objeto tende a excluir implicitamente, de fato, por meio da própria metáfora, outras metáforas que são, em contrapartida, pertinentes para outras práticas.

Freud propôs um conceito, a “atenção flutuante”, que não implica uma forma particular de sensorialidade e apresenta, portanto, sobretudo ao dizê-la “flutuante”, a neutralidade de que precisamos para uma teoria geral da prática clínica.

A atenção clínica, como a utilizarei no texto, define a relação do clínico com o seu objeto. Ela é, ao mesmo tempo e em alternância, conforme o momento, uma maneira de escutar o sujeito humano; um tipo de olhar dirigido a ele; um percurso de abordagem da relação e da relação mantida, construída com ele; uma maneira de encará-lo, de construir ou de pensar o encontro.

Essa será, portanto, uma primeira tentativa de definição da prática clínica: é ela que é fundada na disposição de espírito do clínico que situa o vértice da realidade psíquica e dos processos da sua transformação simbolizante no seu centro a partir de um método centrado na atenção dirigida à associatividade dos processos psíquicos e a seus diversos modos de expressão.

Atualmente, com efeito, tudo leva a pensar que o funcionamento do cérebro humano [por exemplo, os “agrupamentos de neurônios” de Hebb

(1940), ou ainda os reflexos condicionados] é de tipo “associativo” – associatividade regulada por processos de inibição. Os métodos fundamentados numa das formas da associatividade tentam modificar as regulações desta substituindo os processos de inibição (recalcamento, clivagem...) pela regulação por meio da reflexividade associativa, diferentemente das técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) – que atuam na inibição ou na acentuação de determinados aspectos desta.

A distância teórico-prática

No estado atual do nosso desenvolvimento, essa “disposição de espírito” é relativamente abstrata; e, para continuar a aprofundar sua forma e seus imperativos, partirei de uma constatação “prática”.

Um dos “choques” aos quais todo clínico é confrontado é o da constatação clínica prática da insuficiência da teoria para dar conta da integralidade do encontro clínico, o de uma certa “deiscência” da teoria adquirida durante a sua formação.

A teoria fracassa em fornecer, de imediato, referenciais totalmente decifráveis para dar conta dos enigmas e particularidades do encontro clínico. A prática “embaralha” os referenciais que a teoria fornece, ela implica uma “relação de desconhecido” (Rosolato), uma “*negative capability*” [capacidade negativa] (J. Keats, Bion, Green), uma capacidade de tolerar o desconhecido, o não inteligível de imediato.

É claro, quando se está começando – e, mais ou menos, até mesmo depois, sem dúvida –, tende-se a interpretar essa inadequação como o sinal da insuficiência do seu “conhecimento” da teoria e dos modelos, até da sua insuficiência clínica. Sem dúvida – e isso desde os primórdios de uma prática até suas formas de realização mais experimentadas –, o nosso conhecimento da teoria e das suas formas está sempre por ser completado.

Mas, por mais longe que se possa levar o esforço nesse sentido, resta uma distância irreduzível entre o que se pode “saber” a partir da teoria e o desconhecido e o impensado com os quais a prática faz com que nos confrontemos.

Essa distância está ligada ao fato de que o objeto, o objeto de conhecimento e o objeto do encontro, não é o mesmo na teoria e na prática. Existe uma distância teórico-prática irreduzível, visto que ligada aos fundamentos epistemológicos e à sua diferença na teoria e na prática.

Para dar apenas um exemplo dessa distância – mas, é claro, bastante essencial – e da importância de respeitá-la, evocarei tão simplesmente a questão do estatuto do conceito de inconsciente na teoria e na prática.

Na teoria, o inconsciente pode ser descrito como uma positividade agente; pode-se descrever suas formas e composições; pode-se objetivá-lo em princípios e leis – é o que a metapsicologia psicanalítica faz.

Na prática, no encontro clínico, na relação da prática, o inconsciente vai, ao contrário, ser encontrado como uma “negatividade” em ação, como um não dito, um não visto, um não sentido, um não pensado, um não representado, um não simbolizado, um desconhecido, até mesmo um não advindo. Na prática, mensura-se o efeito de uma ausência na presença que a teoria visa reduzir.

A prática coloca em crise a relação com o “saber prévio” (Gori), com a “teoria prévia”; ela lhe traz uma forma de desmentido; ela obriga reavaliá-lo.

A teoria prévia é uma teoria do já lá, do já pensado, do tudo-pensado-de antemão, do pronto-para-pensar, um *après-coup* atual do já pensado, visto ou sentido; disso que, oriundo do passado, se repete. É uma teoria do advindo, do já realizado, do supostamente realizado.

A prática só pode ser pensada, em contrapartida, como teorização *après-coup*, como segunda reprise de um impensado prévio, como tentativa segunda de tornar inteligível o que se passou ou o que não adveio.

O tempo da teorização clínica é um tempo segundo, mas, uma vez estabelecido, ele ameaça funcionar em seguida como teoria prévia e convoca, então, a sua suspensão.

O ser humano, o sujeito, o ser vivo é, com efeito, caracterizado por um potencial de criação, uma virtualidade, um não advindo que o funda como tal; e é justamente o sujeito e a questão do encontro clínico do sujeito que devem estar no centro da nossa reflexão.

Teoria e teorização

Atingimos aí o limite essencial da teoria nas ciências da vida e nas ciências humanas; o vivo, como tal, comporta uma parte de inesperado, de imprevisível, de criação sobre a qual precisamente toda mudança – isto é, também, toda manifestação da vida – repousa.

Mas encontramos também o limite das operações psíquicas constitutivas do percurso teórico. A teoria “retira” o sujeito da cena em sua própria construção: ela repousa em operações de generalização que supõem a objetivação do sujeito; ela dessubjetiva, dessingulariza, para tomar a distância necessária ao seu exercício; ela produz e se funda num processo de “distanciamento objetivante”.

A prática, o encontro clínico, “desconstrói” a teoria; ela inverte o seu percurso; ela deve “desconstruir” a teoria abstrata para fazer advir o sujeito singular; ela visa a uma “ressubjetivação” e desencadeia uma implicação, um engajamento na relação, o que produz uma negatização da teoria e dos seus enunciados. Ela repousa, portanto, numa “implicação subjetivante”.

Essa distância de “vértice” produz uma tensão que é o próprio espaço do trabalho de elaboração de toda formação na prática clínica.

A prática implica o encontro com uma relação de desconhecimento, de alteridade, e o encontro com os efeitos desse desconhecimento e suas implicações; ela implica uma “capacidade negativa” (Bion). A aquisição, ou a descoberta desta, é a aposta capital da formação clínica.

Quando a aceitação da relação de desconhecimento fundadora é ausente ou insuficiente, a teoria funciona como “saber suposto”, como “máquina de influenciar”, como instância “sedutora” e indutora; ela objetiva o sujeito, enquanto seria preferível ajudá-lo a se subjetivar melhor.

Se a prática “desconstrói” a teoria, esta vai ter de “sobreviver”, isto é, ser reinventada “a partir da prática”, reinventada como função terceira desta.

A prática não teria como ser outra coisa além de uma prática da exploração clínica; ou melhor, uma prática da “descoberta”, da “redescoberta” ou, ainda, com toda a polissemia do termo, uma prática “*a descoberto*”.

Ela implica e induz uma modificação da relação com o saber homóloga à revolução que a sexualidade adolescente causa nas “teorias sexuais infantis” (que são também teorias infantis do Eu, do sofrimento, do cuidado e do alívio etc.).

A colocação em prática ou a passagem para a prática implica uma readolescência, uma retomada do movimento “revolucionário” da adolescência, uma “trans-formação” mais do que uma simples “formação”.

Ela implica a invenção de um outro fundamento para a clínica, outro fundamento fundado na apropriação subjetiva; a passagem necessária de uma posição “meta” para uma posição “autometá” – aquela que caracteriza a função terceira e a função reflexiva.

Há, portanto, uma fundação recíproca da teoria e da prática.

A prática “desconstrói” a teoria, ela deve ressubjetivá-la; a teoria deve “sobreviver” e se refundar, se reinventar para se tornar uma teoria “a partir da prática” – ou, até mesmo, uma teoria da prática.

Inversamente, essa operação implica a entrada em ação de uma “clínica da teoria”, que é tanto uma clínica da utilização da teoria na prática – uma clínica da relação com a teoria, uma análise da sua função prática – quanto uma clínica disso que, na prática, a teoria “contém”, implica ou induz; uma clínica disso que essa teoria aponta, implica ou induz no sujeito a quem ela se aplica. Tudo isso vai se esclarecer com o passar do nosso desenvolvimento.

Disposição de espírito do clínico e realidade psíquica

Como dissemos anteriormente, um dos postulados de base do pensamento e da prática clínica é o da existência de uma realidade psíquica específica *versus* a realidade material e a realidade biológica. A prática clínica está centrada na atenção com relação a essa realidade, a da experiência subjetiva de um sujeito vivo, assim como se pode captá-la a partir da consideração do processo da sua associatividade. A realidade psíquica é um caso particular da realidade “biológica” – que é, ela própria, um caso particular da realidade material. Cada um dos diversos níveis dessas formas de realidade caracteri-

za-se por restrições que nunca modificam as leis primeiras – as mais fundamentais, as da realidade “material” –, mas as aguçam, as dialetizam de forma a produzir propriedades específicas que determinam subconjuntos específicos.

Assim, as propriedades da biologia são ordenadas (F. Varela, 1995) pela necessidade da criação de um envelope que delimita um “meio interno” (C. Bernard) no cerne do qual vão poder se desenvolver leis singulares. Por exemplo, no cerne do meio interno, e graças ao envelope protetor, o ser vivo pode manter uma temperatura constante, a despeito das variações externas. Esse envelope autoriza, no entanto, formas de troca com o meio externo, mas formas de troca (respiração, alimentação, informação...) controladas e submetidas a imposições específicas. O que “penetra” no envelope deve ser transformado para ser assimilado, transformado numa forma compatível com as leis do meio interno (é a autopoiese descrita por F. Varela).

Então, a alimentação deve ser “digerida” para ser assimilável, e para isso ela será mastigada, reduzida, decomposta com o auxílio de substâncias específicas, triada, combinada com fluidos em circulação interna etc. O que não é assimilado será rejeitado, mas essa rejeição também obedece a leis precisas.

Assim, o que o ser vivo percebe também é submetido a uma série de processos internos para ser inteligível; é decomposto em diversos atributos (cor, forma...) para ser tratado por zonas específicas do cérebro, depois recomposto e colocado no “mapa cerebral”. Mas essas operações não podem adquirir todo o seu sentido sem a sua organização por determinados esquemas do córtex (A. Berthoz, 2010) etc.

Nada penetra o envelope corporal sem esse trabalho de formatação necessário à sua assimilação e à sua “utilização”. Outros processos combinam-se a esses para definir as necessidades corporais e comandar o jogo⁷ das entradas e saídas do envelope. Para se manter o meio interno também há necessidade de sistemas de regulação (temperatura, peso etc.) que supõem informações, “autoinformações”, sobre os diferentes estados do meio interno (fome, necessidade de oxigênio etc.). Autorregulação e autoinformação acompanham o processo de autopoiese descrito anteriormente e o possibilitam.

7 A palavra jogo é usada aqui com o sentido do brincar, do *play* de Winnicott, atividade prazerosa sem regras preestabelecidas. (N. R.)

A questão da realidade psíquica abre-se para além desse nível que é o da realidade biológica, mas justamente se apoiando na realidade biológica e singularmente na do cérebro. Ela deve ser situada a um nível “meta” em relação à realidade biológica.

Por muito tempo ela foi definida pela “consciência”.

A fome, por exemplo, indica a existência de uma necessidade corporal (nível biológico); abre-se, em seguida, a questão da sensação e da consciência da fome e a da maneira pela qual o sujeito humano vai tratar o problema que a fome biológica lhe coloca. Ele pode “negligenciar” o sinal de fome, não “sentir” a sua fome, aboli-la de sua “consciência”, senti-lo e poder se saciar, precisá-lo e fazer dela uma fome “específica”, um “desejo” de um alimento particular etc.

Uma vez dado o sinal, afetado o sujeito por uma sensação específica, abre-se a questão do seu tratamento, a questão da realidade “psíquica”, que se refere então, ao mesmo tempo, à relação que o sujeito vai manter com os sinais oriundos do seu “meio” interno e o sentido que ele lhes confere. Os dados do “meio interno” deverão se tornar dados do “meio psíquico”, inscrever-se na realidade psíquica do sujeito, e, para tanto, também ser transformados numa forma compatível com ela.

É uma outra forma da autopoiese descrita anteriormente. A mesma lei se expressa em diferentes níveis, mas dessa vez ela se refere à penetração no “envelope psíquico”, no domínio da realidade psíquica. Nesse nível, só podemos tratar “psiquicamente” uma forma particular de “sinais”, aqueles que assumiram uma forma “representativa”.

O aparelho psíquico, como Freud o nomeou, só pode trabalhar a partir de dados representativos (S. Freud, 1923; F. Varela, 1995); tudo deve, então, ser transformado em representação. Realidade psíquica e realidade biológica articulam-se para tanto; como vimos a propósito do exemplo da percepção, nosso cérebro “assimila” os dados perceptivos da realidade externa e os transforma numa forma utilizável, uma forma representativa. Os que opõem representação e percepção cometem um erro de apreciação teórica: a percepção é necessariamente representação; ela é “representação perceptiva”, mas não é necessariamente representação reflexiva, não é necessariamente representação simbólica, metafórica, consciência de ser representação. Ela é, pelo

contrário, sempre representação significante; e se for enigmática, então ela é representação enigmática – mas já é um sentido, mesmo que seja o sentido de uma ausência de sentido dado, ou de um sentido rudimentar (“perigo extremo” para as situações traumáticas, por exemplo, a vivência do susto já é um sentido).

Eu ia dizendo anteriormente que o nível da realidade psíquica foi pensado primeiramente a partir da consciência, o que supõe que já não é mais o caso e convoca uma explicação. Acabamos de evocar isso a propósito da percepção: a percepção não tem necessariamente consciência de ser “representação”, ela pode se apresentar à consciência do sujeito como uma forma de arranjo bruto, exterior a ele – ele pode apagar o trabalho feito para “ter consciência de uma percepção”. A consciência que o sujeito tem do que nele se passa, dos seus próprios processos, pode, com efeito, ser enganosa. Freud mostrou de maneira definitiva – mas os trabalhos das neurociências atuais só fazem confirmar o fato para uma parte do que se passa em nosso cérebro – que uma parte do que se passa em nosso aparelho psíquico escapa também à nossa consciência. Consciência e reflexividade não podem mais ser superpostas; nossos processos psíquicos são reflexivos – são re-presentação, até mesmo represent-ação (J.-D. Vincent, 1986) –, mas essa reflexividade não é necessariamente consciente de si mesma. Eis aí um paradoxo essencial da realidade psíquica.

Contudo, a consciência pode organizar o conceito do seu próprio limite, disso que lhe escapa, do seu negativo: o conceito de inconsciência. A atividade representativa pode organizar o conceito disso de que ela não tem consciência, o da “ausência de representação” ou, mais justamente, “a ausência de consciência de representação”. Há coisas das quais o sujeito faz uma representação para si sem fazer para si uma representação de que ele as representa; sem ter delas consciência, ele as sente como se fossem coisas “em si”, mas “fora de si”, e não coisas “para si”, “representadas por si”, inscritas em sua vida psíquica, na relatividade desta. Logo, a consciência se informa e não se informa completamente sobre a subjetividade e a reflexividade que a funda; esse limite abre um hiato interno: o das coisas representadas sem consciência de representação.

Mas o limite da consciência tem ainda uma outra consequência fundamental para a clínica e a prática: para a psique humana, as coisas nunca são

exatamente parecidas com o que se fazem passar por ser. Por exemplo, elas se fazem passar por percepção, por exteriores ao sujeito, ao passo que são “representação perceptiva”, representação sem consciência de sê-lo – mas, no entanto, o fruto de todo um trabalho interno de representação perceptiva. Esse fato tem consequências completamente essenciais para a nossa relação com o que se chama de realidade, e isso tanto para a realidade externa quanto para a realidade interna. A realidade não é uma coisa “em si” (o que não quer dizer que não haja uma realidade externa ao sujeito e relativamente independente dele, mas isso se refere à maneira pela qual ele pode dela se apropriar), ela é uma categoria psíquica, uma categoria “construída” – construída a partir de ser apagado o trabalho de representação e de construção que preside a nossa apreensão inteligível do mundo.⁸ É até mesmo uma categoria construída coletivamente, uma categoria “social”. Como nos ensinam múltiplos trabalhos sobre a primeira infância, a realidade só existe compartilhada, efeito de partilha – pelo menos originalmente. Trata-se aqui não da realidade “em si”, aquela que nos impacta ou pode nos impactar, mas da realidade pensada, representada como “realidade”, pensada como tal por um sujeito.

A psique humana pode desenvolver uma percepção interna devido ao fato paradoxal de que, *para ela*, as coisas do mundo são e não são semelhantes a elas mesmas; de que aquilo que ela percebe do mundo é a maneira pela qual ela se o representa, mas que essa representação é a sua *realidade* própria, o que são as coisas do mundo *para ela*. A percepção interna do paradoxo que a psique humana mantém com o mundo, da especificidade dessa relação subjetiva que afeta a identidade de todas as coisas e que funda a subjetividade humana, está na origem do campo específico da simbolização e da posição que ele ocupa para o pensamento e a prática clínica. Esse campo está, com efeito, fundado no reconhecimento de um universo de coisas idênticas e não idênticas a elas mesmas; o símbolo é e não é idêntico a ele mesmo, ele “transicionaliza” a identidade daquilo que ele designa.

Essa digressão em direção à realidade psíquica, e ao imperativo da simbolização que lhe confere todo o seu sentido, era necessária para introduzir a orientação geral que será dada a toda a nossa reflexão sobre a prática clínica

8 Para um desenvolvimento desse ponto, cf. Roussillon, R. (2008). *La réflexivité, le transicional e le sexuel*. Paris: Dunod.

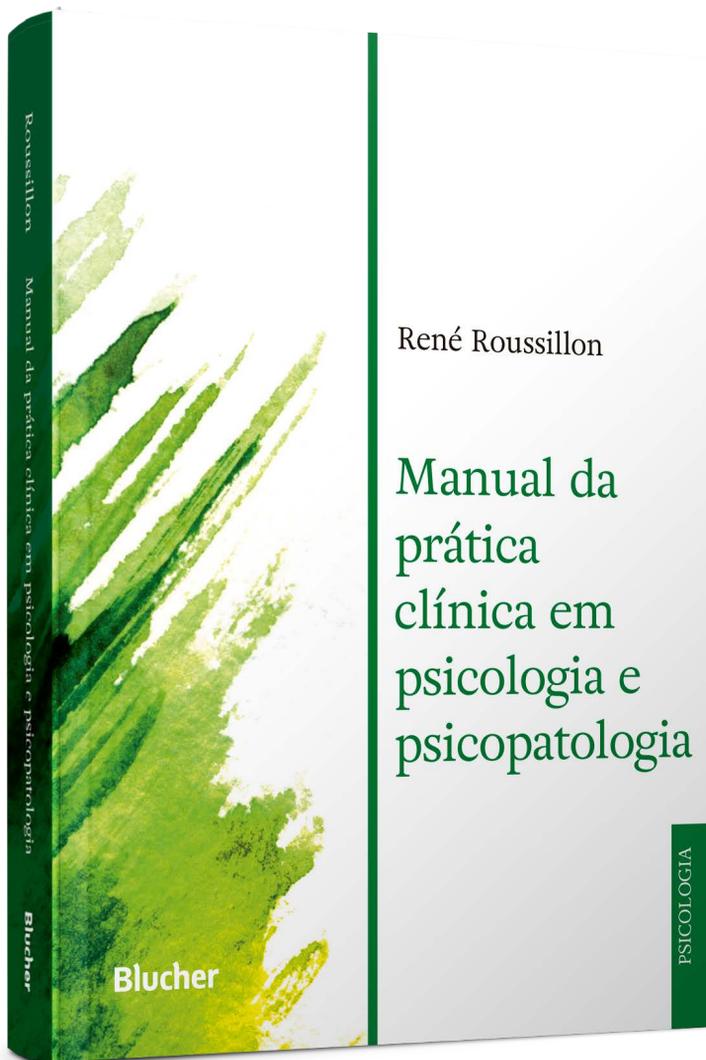
psicanalítica – a da necessidade de ordenar o campo do pensamento e da prática clínica tendo como medida o da simbolização. Logo, para nós – e na sequência da nossa reflexão –, a realidade psíquica, objeto do pensamento e da prática clínica, terá o símbolo e a simbolização potencial como horizonte de elaboração e como organizador.

O objeto e as questões em jogo na prática desdobram-se no espaço da não identidade a si e encontram seu campo privilegiado de experiência no desdobramento do processo de simbolização.

Com isso, os “fundamentais” do pensamento e da prática clínica devem ser pensados a partir da simbolização; a abordagem prática de uma realidade psíquica “viva” e, logo, a atenção e o vértice clínico se abrem para uma prática dos processos de simbolização e de subjetivação pela simbolização. Veremos adiante que simbolização e associatividade estão estreitamente ligadas entre si; que a associação livre, a associatividade – fundamentos do método clínico – têm a simbolização como horizonte processual.

A “disposição de espírito prática” no pensamento e na prática clínica também deve, então, estar centrada no processo de subjetivação pela simbolização, no movimento de produção, de transformação da “matéria-prima” (Freud, 1900) da psique em símbolos, isto é, em representações reconhecidas como tais.

Por conseguinte, os dispositivos práticos serão aqueles nos quais se atua e se apoia essa disposição de espírito, aqueles nos quais ela se coloca em ação; os dispositivos práticos são dispositivos de simbolização, “dispositivos-simbolizantes”.



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

Manual da Prática Clínica em Psicologia e Psicopatologia

René Roussillon

ISBN: 9788521212331

Páginas: 310

Formato: 16x23 cm

Ano de Publicação: 2019
