

## “SOBRE A CLÍNICA CONTEMPORÂNEA E AS VICISSITUDES DA POSTURA DO ANALISTA”

Tatiana Russo França

A clínica contemporânea nos apresenta novas formas de patologia e estas nos demandam novas adaptações ao exercermos a função de analista. Atualmente nos deparamos com casos pouco delimitados os quais até nos levaram a criar uma terminologia específica, como por exemplo, o paciente borderline . Estes pacientes parecem ter dinâmismos psíquicos semelhantes no que diz respeito à fragilidade narcísica, tendência à atuação em detrimento da atividade de pensamento e um funcionamento mental em que predomina o desinvestimento.

Proponho ressaltarmos a característica de partir para o ato , tão presente atualmente e que se manifesta de formas variadas, através de objetos da sociedade contemporânea que são engolidos num consumismo desenfreado. (condensador de gozo na terminologia lacaniana).

Logo no início de minha atividade profissional, recebi um paciente bastante comprometido e essa experiência me fez refletir muito a cerca do enquadre psicanalítico clássico.

A relação analítica se desenvolveu de maneira muito singular e particular entre mim e este paciente. A diversidade que criamos juntos foi muito útil tanto para mim como para ele, proporcionando melhor compreensão de aspectos antes obscuros e a possibilidade de evolução por parte do paciente.

Trata-se de um homem de cinquenta e um anos, filho de pais japoneses, nascido no interior do estado de São Paulo. A. chega até mim através da clínica-escola do meu curso de graduação, em Março de 2000.

Em nosso primeiro encontro, me deparo com um sujeito magro, com a expressão abatida e marcas sofridas no rosto. Um olhar quase sem esperança. Um homem que caminhava devagar, com a cabeça baixa e ombros curvados.

O paciente inicia um discurso que, segundo ele, estava sendo repetido pela terceira vez a um estudante do quinto ano de psicologia: “Tudo começou há vinte anos, quando eu não conseguia engolir nenhum tipo de alimento. Eu demorava uma hora para jantar. Aí, um dia, eu fui ao psiquiatra e ele me receitou Valium. Eu comecei a tomar e, no dia seguinte, eu não tinha mais nenhum problema para engolir. Tomo Valium há vinte anos”. (nessa época, A. estava no auge de sua carreira profissional, ocupava um cargo de alta responsabilidade em um banco renomado.)

Desde então, parou de tomar o remédio apenas algumas vezes, por curtos períodos de tempo. Tomava mais dois remédios psiquiátricos, sendo um deles anti-depressivo. A. estava sendo acompanhado por uma psiquiatra e dizia ter depressão.

Sem os remédios A. tinha o que chamava de “sensação de loucura” a qual explicava como

“muitos pensamentos que viram nenhum, muita irritação” e então sentia vontade de fugir, mas dizia “não tem pra onde ir, porque está dentro de mim”. O que me revelou uma intensa turbulência interna e uma vivência que o colocava continuamente diante do irrepresentável. Nesses momentos pensava em suicidar-se. A. já foi logo me avisando que “o Valium causa dependência química, e que não se pára assim de hora pra outra. Tem que ser aos poucos.”

Sua demanda era ficar bem sem os remédios, mas não percebia como estava dependente deles emocionalmente. Seu maior medo era de que os “sintomas” voltassem. Assim, quando ele se propunha a parar, qualquer mal-estar fazia com que ele retomasse sua medicação. Como estava muito acostumado com os remédios, ao diminuir a dosagem ou resolver mudar a medicação, sentia novos sintomas os quais o assustavam e faziam com que ele continuasse tomando-os.

A. é o sétimo entre nove irmãos. Seu pai trabalhava na roça e só retornava para casa à noite e sua mãe sofria de grave depressão. Ele relata que, segundo seus irmãos, essa depressão teve início durante sua gestação. Diz não se lembrar de cena alguma com sua mãe, nem de nenhum cuidado materno.

A. era uma pessoa que parecia viver num universo de pré-sentimentos. Como um bebê, parecia estar num mundo de sensações. Tinha o que Pierre Marty chama de pensamento operatório : um discurso concreto, rígido, vazio de afeto. Senti-me impotente e angustiada. Minhas “interpretações” não lhe faziam sentido e ele buscava soluções mágicas. Buscava algo que eliminasse seus sintomas, mas nem sonhava em entrar em contato com sua angústia. Tinha os remédios como garantia para não ficar diante dela.

Por um bom tempo, tive a constante sensação de não o estar auxiliando em nada. No entanto, sentia-me extremamente disposta a conseguir ouvi-lo de fato. Minha oferta de acolhimento e de compreensão desencadearam um esboço de confiança. Porém, só mais tarde descobri que poderia e deveria deixar transparecer meu cuidado, minha esperança e meu desejo de que ele se sentisse melhor.

A. foi casado com H. por cinco anos. Ela faleceu um dia depois do parto de seu filho W., hoje com treze anos. Segundo A., seu relacionamento com sua primeira mulher era muito bom. Atualmente está casado com L., há dez anos e têm uma filha. No início do tratamento referia-se a sua esposa como “distante”, “autoritária”, “saideira” e fazia muitas comparações com seu primeiro casamento, principalmente no que diz respeito à cumplicidade e companheirismo.

A estava sem trabalhar havia mais de um ano e tinha acabado de retomar suas atividades (trabalha como vendedor há cinco anos). Queixava-se de preguiça, desânimo, vontade de dormir o dia todo. Em maio daquele ano (2000), começou a freqüentar um bingo assiduamente e dizia que lá e a terapia eram os únicos lugares aonde ele não tinha preguiça de ir. Tinha consciência da sua necessidade de ir trabalhar, mas não conseguia. Nessa época, A. mantinha um controle rígido de seus gastos no bingo. Sempre dizia quanto havia ganhado. “Agora está dois mil a meu favor”.

A. diz ter começado a freqüentar o bingo, porque não suportava o fato de ficar em casa sem fazer nada e não gostava de ficar esperando sua mulher voltar do trabalho. Era muito

intolerante e não tinha quase nenhuma capacidade de espera e de lidar com as frustrações.

Em setembro, A. já tinha perdido mais de três mil e quinhentos reais, três de seus cheques já haviam voltado duas vezes e ele não conseguia deixar de ir ao bingo.

A. continuou sendo atendido por mim em meu consultório particular em 2001. No final deste ano gastava até mil e duzentos reais num só dia, chegando a perder quase nove mil reais e a fazer dívidas, inclusive comigo. No fim de 2002 a frequência variava entre duas a quatro vezes por semana, dependendo dos estímulos externos e internos e de como ele lidava com eles. Seu gasto regulava entre quinze e sessenta reais por dia.

Em 2001, A. era atendido duas vezes por semana. No início de 2002 passamos para três vezes semanais. A aproximação decorrente do aumento da frequência de nossos encontros teve papel muito significativo para o processo. A. conseguiu reconhecer e falar de sua dependência da análise e da analista e do medo decorrente delas. Entendi que era importante que pudesse depender de alguém, já que nunca teve essa chance. Além disso, pensei que era melhor “viciar-se” na análise e em mim, do que no jogo. Ali ao menos, seria um espaço mais adequado para cuidar de seu buraco existencial.

O que vimos até agora é um sujeito que, já de início foi privado. Foi privado de ter aquilo que conduz o ser humano à vida. Sim, ele existe, mas com grandes dificuldades de viver. Poderíamos dizer que ele sobrevive.

A. foi privado do contato, do olhar, do acolhimento, do cuidado, do amor. Não havia ninguém de fato ao seu lado dizendo-lhe o nome das coisas. Das coisas até havia, mas não daquelas coisas que aconteciam dentro dele.

Como psicanalistas, sabemos que o ser humano não é um ser exclusivamente biológico, ou seja, que tem apenas necessidades a serem satisfeitas. Mais do que isso, ele vive num universo de desejos, os quais não são plenamente satisfeitos desde o início. Sendo assim, ele é dominado não apenas pelos próprios desejos, como também, por uma avidez de amor, por uma avidez tanto de seio quanto de leite.

Quando o ferimento narcísico é muito traumático, o luto da perda arcaica torna-se inviável, já que a dor sem nome é insuportável para o sujeito. A única saída é o apagamento da dor, o qual leva o sujeito a entrar num funcionamento evacuativo da tensão.

A despeito disso, A. não teve grande “sorte”. A vida lhe impôs circunstâncias trágicas, para as quais seu equipamento afetivo hereditário e adquirido não era suficiente.

Em seu livro *Pulsões de vida*, Radmila Zygouris propõe que a impotência essencial que abrange o início da vida, que toma corpo frente à “inevitável imperfeição e inevitável inadequação do objeto em satisfazer suas pulsões, encontra, como única saída, o direcionamento desses impulsos contra o próprio corpo”. (Zygouris, 1999) O sujeito insatisfeito se enraivece e tenta destruir o objeto real ou alucinado, com a finalidade de acabar com a tensão interna. É quando investe contra o objeto interno ou externo, e quando as pulsões que eram de vida se tornam mortíferas. Em relação a meu paciente, isso se manifestava num planejamento inconscientemente de destruir e sabotar a nossa relação

quando havia um progresso da análise ou um progresso em sua vida. Ele destruía justamente sua parte capaz, que dava frutos, que tinha recursos. Era hostil com ele mesmo.

Sempre me questionei sobre o que fazer diante desse quadro, na posição e na função de analista. Na realidade, no início, perguntei-me sobre o que fazer com tamanha impotência que me atingia, o que ela significava e como poderia e deveria agir para auxiliar meu paciente, já que ele tinha esperança; uma esperança sutil, nem por isso menos real, expressa no “simples” fato de ele vir e continuar vindo ao encontro marcado. “O ato de vir suporta a esperança e uma demanda, ainda que no meio do caminho tenhamos que enfrentar toda espécie de dificuldades, principalmente a estase em análise”. (Ibidem, página 21).

Com o passar do tempo, foi ficando clara a importância da minha relação com o meu paciente, e me senti compelida a romper com alguns preceitos técnicos relativos ao enquadre da psicanálise clássica. “Entre respeitar o enquadre da análise ou ajudar um paciente a encontrar meios para simplesmente viver, escolho a vida do paciente”. (Ibidem, página 22)

A. tinha meu número de telefone celular e tinha liberdade para me telefonar quando quisesse, ou melhor dizendo, quando precisasse. “O simples fato de falar com você já me acalma. Eu ia tomar outro Valium, mas pensei: ‘Não, vou ligar para Tatiana antes’”. Na conversa, além de oferecer uma escuta atenta, aproveitava para lhe apontar como, aos poucos, ele vinha adquirindo recursos internos para tolerar mais frustrações/conter a ansiedade e os benefícios que isso trazia para ele. Em um outro dia, conta-me de outras situações em que até pensou em me ligar, mas que dessa vez, apenas lembrou-se de mim, e do que vínhamos conversando, e disse que só isso já tinha sido suficiente para acalmá-lo.

Existia ainda dentro de A. um menino assustado que sofria de uma dor e de um medo, que faziam tudo se transformar em terror. Experiências corriqueiras como uma gripe de um filho, uma batida de carro, ou a perda de um cliente, transformavam-se em algo enorme, invasivo, perturbador. Literalmente lhe tiravam o sono e ele sentia seu coração bater “estranho”. Em épocas de mais sofrimento, quando os sintomas eram mais intensos, A. chegava a ficar bem desestruturado, a ponto de ter vontade acabar com sua vida. “Quando estou assim, é um pulo para o suicídio”. Aprendi que, nessas ocasiões, o simples fato de pedir que ele me ligasse mais tarde para dizer como estava se sentindo, já lhe causava grande alívio.

Não deixava de lhe dizer como acreditava que ele podia melhorar, bem como fazia questão de lhe apontar seus progressos. Muitas vezes respondia a perguntas pessoais, pois sentia que havia me tornado, para ele, uma referência, alguém mais vivo com quem se identificar.

Em meados de 2003, após muita reflexão em cima do que parecia ser apenas repetição, A. teve uma melhora considerável, no sentido de ampliação de sua subjetividade, que se apresentou tanto através de questionamentos próprios e desejo de compreensão, como em atitudes práticas. A. voltou a trabalhar, recomeçou a elaborar novas estratégias profissionais e tomou coragem de encarar sua insatisfação amorosa. Passou a falar mais de seus filhos e das coisas boas que havia fora e dentro dele.

Penso que foi o início de um sentimento de segurança, de menos vulnerabilidade em relação ao seu desamparo. Teve até coragem de trocar de carro. Certo dia, ao recebê-lo na porta do

consultório, fez questão de me mostrar seu carro novo e, ao entrarmos na sessão, ele pega nos meus braços com força e diz, sorrindo: “Estou vivendo, Tatiana, estou vivendo!!” Fato que me deixou muito emocionada.

Ao falar de uma possível sedução do analista, no sentido de se mostrar altamente compreensivo e de se adaptar às necessidades, demandas e possibilidades do paciente Radmila Zigouris conclui que, contanto que o analista não tire proveito narcísico desse poder do amor, a sedução é sem dúvida menos grave que o “abandono ou não-reconhecimento do desejo de viver”. Ela acrescenta que muito pelo contrário, “para alguns pacientes tal sedução pode ser vital, pois se trata de uma sedução para viver, o que pode lhes ter faltado cruelmente no início de suas vidas”. Dito em outras palavras, palavras dela mesma; “a única coisa que ‘cura’, que reanima o humano mal tratado por si mesmo ou por aqueles que o cercam, é a presença.”

Em Janeiro de 2004, após as férias de fim de ano, A. me comunicou que tinha resolvido parar de ir ao bingo e isso de fato aconteceu. Ele continuou em análise comigo até o final de março, quando tive de interromper o processo por me dar conta de que a fase de maternagem havia chegado ao seu limite. A queria dar início a uma nova dívida comigo com a qual não concordei e coloquei o pagamento como condição para darmos continuidade ao processo. Ele optou por interromper.

#### BIBLIOGRAFIA

GREEN, André. “Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte”. São Paulo, Editora Escuta, 1988.

GURFINKEL, Décio. “A pulsão e seu objeto-droga”. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

EHRENBERGER, Alain. “La Fatigue D’être Soi”. Editora Odile Jacob, 1998.

ZIGOURIS, Radmila. “ Pulsões de vida”. São Paulo, Editora Escuta, 1999.

Tatiana Russo França  
tatirusso@terra.com.br