

## TRANSFORMAÇÕES E TRANSGRESSÕES NA CLÍNICA

O título da mesa propõe um jogo instigante entre as idéias de transformação e transgressão, no que diz respeito à clínica contemporânea. O mais excitante dessa brincadeira com a polissemia dos termos, é que não querem dizer a mesma coisa, mas um, de certa forma, contém o outro. Um processo de transformação acaso, não será sentido como transgressão em seus começos? O termo transgressão implica sempre um “ir além”, sem o qual, tendo a pensar que nenhuma transformação seria possível. Por outro lado, também inclui uma conotação de algo proibido, de desafio ao estabelecido, de ruptura de regras.

Quando a psicanálise se abriu à compreensão do desenho e do brinquedo, construindo o acesso à subjetividade da criança, sofreu o repúdio de muitos psicanalistas que consideraram essa prática transgressora dos princípios fundadores daquela disciplina. Atualmente, com seus êxitos já reconhecidos, a psicanálise de crianças consagrou-se como uma transformação fundamental, que atesta a vitalidade da invenção freudiana.

Portanto, “transformação” e “transgressão” constituem um movimento dialético, operante em todo organismo vivo. Por que não seria assim com a nossa inquieta psicanálise?

Entretanto, o panorama da atualidade traz algumas complicações na elaboração desses processos que, em si mesmos, não são novidades, já que constituem um relato do nosso percurso pela vida. Habitamos uma época de transformações tão vertiginosas que talvez tenham borrado a própria noção de “transgressão”. Assim, em nossa sociedade líquida (Bauman), na qual as mudanças permanentes liquefizeram as formas, não temos tempo de metabolizar o processo de transformação do nosso entorno. Vemo-nos mergulhados, portanto, em um profundo desamparo, tomados de uma sensação de estranheza e não pertencimento. Tantalizados, sofremos, tal como nossos pacientes, a invasão desse mundo cambiante, que derreteu aqueles padrões, códigos e normas que nos conformavam e orientavam.

Nesse contexto, a psicanálise toma contornos ainda mais imprecisos, o que leva Green a classificar nossa vicissitude atual como uma “crise do entendimento psicanalítico”, porque “não partilhamos mais os princípios de um entendimento comum”, nem no campo clínico, dadas as suas inúmeras variações, desde o início da história da psicanálise, mas, sobretudo, nas condições incertas da atualidade.

Assim como nossa sociedade de consumo nos entulha um sem fim de possibilidades de satisfação de demandas, paralisando nosso movimento de desejar, no cenário atual da psicanálise, os analistas se sentem desamparados frente ao cardápio interminável de teorias, concepções, linhas de compreensão, etc. No que se refere à clínica, tendemos a preservar mais nossa intimidade,

talvez por medo de sermos acusados de transgressores e vamos buscando, em uma ação criativa solitária, dar conta dos impasses que se apresentam.

E estes são oriundos de uma nova produção sintomática, sintonizada com a atual configuração do mundo, que se caracteriza por um marcado empobrecimento simbólico. Portanto, nossa clínica, cartografia precisa, que registra os efeitos do movimento social na subjetividade do sujeito e de seus vínculos, nos apresenta patologias que se caracterizam por dificuldades com a figurabilidade, a representação e o pensar.

Um dos grandes abalos com os quais a clínica nos enfrenta tem a ver com o descentramento em relação a um dos grandes pilares do edifício teórico freudiano: a sexualidade infantil. Sem dúvida, constitui um eixo importantíssimo, mas não é o único organizador do psiquismo, já que este está subordinado aos avatares da relação paterno-filial, exibindo o poderoso carimbo da desatenção, da indiferença, da falta de contato, do déficit do processo de recalçamento, da ausência, do vazio. A produção sintomática da atualidade rende contas a um ideal de ego cultural que, como em todas as épocas, organiza as prioridades do desejo. Os valores que põem em marcha a subjetividade contemporânea são a não existência subjetivada do outro, o não compromisso, a entronização do prazer por vias não naturais, o apoio da identidade no consumismo e o mito do eterno aspecto juvenil.

Assim, a formação patológica que a nossa clínica detecta e registra está construída sobre falhas nos processos de narcisização e no trânsito pelo complexo de Édipo, prejudicado pela ineficácia paterna na instauração da lei, condição que condena o sujeito ao congelamento do fluir temporal, pelo não estabelecimento das diferenças geracionais.

Os desafios do analista, frente a essas vicissitudes, são, além de conter em sua interioridade o impacto desse mundo polifacético que o invade, ocupar-se, tanto do recalçado, como daqueles aspectos do traumático não representado de seus pacientes. Nosso trabalho é, hoje em dia, muito mais amplo e complexo, não podemos contentar-nos com uma atividade interpretativa, de desvelamento do infantil recalçado, atualizado no discurso adulto do paciente, acontecendo em um enquadre de impecável abstinência. É preciso que adentremos no abismo representacional desses sujeitos para que, em plena posse de nosso inconsciente, como ferramenta básica, possamos captar aquelas formas ou imagens que dão conta do irrepresentado. Para isso, se faz necessária a criação de um setting que possa conter o sofrimento à flor da pele dessas pessoas. Este se apresenta às vezes silencioso, no sintoma somático ou mesmo nas apatias, resultado do processo de desobjetalização, ou, de forma barulhenta, no ato destrutivo, que não espera o pensamento.

Em minha experiência, uma das grandes dificuldades para acessar o psiquismo dos pacientes chamados limítrofes é uma espécie de “confusão de

línguas” (Ferenczi), na qual necessitamos transcender nossa própria organização psíquica, calcada em representações que reúnem e dão forma aos sucessos do passado, arquetetados pela égide nebulosa da sexualidade infantil e dar um salto no vazio do trauma em negativo que marcou a constituição (ou não constituição) psíquica desses sujeitos. Temos que colocar nossa sensibilidade a serviço de vestir-nos com a pele do outro, uma sorte de empatia, que nos permita compreender a singularidade de sua vinculação com o objeto, assim como sua noção de “outro”, que nesse espaço narcísico não se trata de uma verdadeira concepção de alteridade. Buscar captar a forma como a ausência do objeto o marcou e as conseqüências disso nas peripécias atuais com os indivíduos reais do seu entorno. Por exemplo, sua incapacidade para o trabalho de luto; uma vez que a representação do objeto primário não está bem estabelecida dentro dele, como vai “perder” uma experiência de relação que nunca teve? Por isso a intolerância desses pacientes às mudanças e às ausências do analista; o objeto ausente se transforma em objeto mau (Bion), persecutório, no qual não se pode confiar porque só lhe trará dor.

Sinto-me desafiada a construir em mim a noção de que as relações de objeto narcísicas, caracterizadas por elevada onipotência, levam a um uso do objeto (analista) como um preenchimento dos buracos que existem em seu mundo psíquico. O paciente narcisista é um ferido (Green) que, frente ao temor da dor psíquica é capaz de lançar mão de incríveis manobras de distração e manipulação do analista, com o fim de desviá-lo do caminho da cura, já que esta é vivida, muitas vezes, de forma persecutória; “o sofrimento psíquico é, para eles, preferível ao insight” (Kohon). Temos que buscar captar como estamos sendo usados pelo paciente, que lugar ocupamos nessa transferência narcísica, que é única em cada paciente.

O empobrecimento simbólico desses sujeitos os impede de “servir-se de seus próprios sonhos, lapsos e outras formas de narrativa analíticas; tais manifestações não são textos a decifrar e a interpretar: são atos que exigem resposta ou a evitação de uma resposta. A questão que se coloca não é de saber o que o sonho significa, mas antes: o que o paciente está em vias de me fazer com este sonho e por quê?” (Kohon).

Como vemos, é cada vez mais difícil pensar numa patologia narcisista tão desvinculada da psicose (Rodolfo).

Por isso a necessidade premente de entender o que está em jogo nesses quadros, para que uma abordagem psicanalítica seja possível. Nossos esforços clínicos estão engessados pelo temor da transgressão, promovido por essa espécie de “superego institucional psicanalítico” que os classifica como heresia contra os princípios fundadores da nossa disciplina. Permitir-nos certa liberdade para flexibilizar o enquadre, de forma a contemplar as necessidades de cada caso não nos fará menos psicanalistas, ao contrário, não há nada mais psicanalítico do que buscar a singularidade nos contornos do desejo daqueles que nos confiam a sua dor e a sua vida.

Nesse sentido, a clínica atual usa a sua já consagrada ferramenta da interpretação, quando isso é possível, mas não pode abster-se de promover o *holding*, como sustentação do sofrimento indizível dessas pessoas, marcadas pelo vazio representacional. Para a sobrevivência da psicanálise, temos que comprometer-nos com uma clínica transformadora, em relação à técnica clássica e que promova uma experiência de narcisização e libidinização, para que um vínculo seja possível e gere as condições de analizabilidade.

**Helena Ardaiz Surreaux**