Escuta Violenta: um ensaio sobre possíveis violências na prática psicanalítica

Róger de Souza Michels[1]

No cenário político e social em que vivemos o tema da violência se mostra não apenas recorrente, mas sobretudo fortemente apontado e explorado pela mídia. Os discursos de especialistas nos aterrorizam com crises econômicas geradoras de importantes desigualdades sociais, que, por sua vez, acarretam violência urbana manifesta imageticamente pelo tráfico de drogas, assaltos, crimes organizados e homicídios. Não obstante, são exploradas continuamente violências mais discretas e naturalizadas na vida cotidiana como os conteúdos de filmes e *video games*. Diante deste *frenesi* acerca da violência contemporânea, o sujeito encontra novas modalidades de sofrimento. Bauman (2008) aponta que a contínua transmissão destas formas de violência acarreta uma espécie de "medo derivado", isto é, uma constante sensação de incerteza com a qual temos de lidar diariamente, nos tornando menos reflexivos acerca de nossas próprias ações.

Portanto, ainda que o sintoma seja uma produção subjetiva, há inegável correlação entre as modalidades de sofrimento contemporâneas e a cultura onde o sujeito estabelece seus vínculos. Logo, é com queixas relativas a esta imperiosa realidade que os psicanalistas têm de lidar em suas clínicas, cada vez mais coloridas pela preocupação que a cultura nos suscita. Portanto, o psicanalista, ao ofertar a escuta, estaria inserindo o sujeito em um espaço protegido onde o circuito de violências da vida cotidiana poderia ser ressignificado. Ou seja, ao propor uma escuta do padecimento humano – que, como já foi dito, está imbricado nas violências contemporâneas – estaria garantido o exercício de uma modalidade de cuidado.

1 Graduando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Kupermann (2008) define esta experiência de cuidado própria da psicanálise, fundamentada no fenômeno da transferência, como uma presença sensível. Nessa lógica, a presença do psicanalista caracterizaria uma forma de cuidado, uma vez que se encontra alicerçada na sensibilidade relativa à escuta do sintoma em sua complexidade. Em outras palavras, durante a análise, o sujeito, submetido à presença sensível de uma escuta diferenciada, não seria vítima da violência com a qual tem de lidar continuamente em sua rotina.

No entanto, apesar de a psicanálise ofertar amparo ao sofrimento singular do sujeito, o legítimo exercício de cuidado pode falhar. Por que razões podem ocorrer deslizes na ação clínica e de cuidado da psicanálise? O que pode estar atrelado a uma escuta que deixa de ser sensível e passa a ser violenta ao paciente, reproduzindo uma lógica semelhante a da cultura na qual se insere? É cabível afirmar que um possível motivo para uma inversão da lógica clínica da psicanálise se encontra no fato já sabido de que o analista também é sujeito de inconsciente e, portanto, atravessado por sofrimentos, temores, sintomas e preconceitos oriundos do mesmo laço social gerador de queixas ao paciente que recebe. Portanto, se o preocupante quadro de violência urbana configura um fenômeno que circunda tanto a natureza humana em sua matriz individual quanto o plano macro, este pode estar presente também no encontro entre paciente e terapeuta durante a atividade clínica, sobretudo no eixo das relações transferenciais. Ainda que esperemos a violência enquanto conteúdo advindo do paciente na forma de queixa, sintoma ou ato, não devemos nos furtar da reflexão sobre as incidências do cenário social no próprio analista, inclusive durante o exercício clínico, haja vista que as paredes do consultório não poderão delimitar um oásis em meio ao árido deserto das preocupações sociais.

Considerando o fato de que a escuta do analista não está isenta de exercitar formas de violência muitas vezes correlatas ao plano coletivo, busco traçar neste breve ensaio algumas razões, entre tantas outras, que explicam a presença daquilo que chamarei de "violência na escuta". Este entrave clínico poderá estar relacionado a dois distintos planos que não são excludentes entre si – muito pelo contrário, poderão, inclusive, se retroalimentar. O primeiro plano passível de acarretar uma violência na escuta encontra-se atrelado ao psiquismo do próprio analista, que

não recebe do domínio teórico uma vacina que o proteja da possibilidade de ser tanto vítima quanto agente de uma violência em sua forma de trabalhar. O segundo plano ao qual irei me referir diz respeito ao prisma institucional da própria psicanálise, que, por vezes, pode se tornar a reprodutora de discursos violentos de controle e poder sobre analista e analisando.

Se pensada uma genealogia acerca do mau uso da psicanálise, encontraremos no texto "Psicanálise Selvagem" de Freud (1910) uma primeira reflexão sobre o quanto o exercício clínico mal praticado pode ser maléfico tanto ao paciente quanto à imagem da própria teoria psicanalítica. Neste pequeno artigo, Freud relata o caso de uma senhora que, ao buscar análise devido a sintomas ansiosos surgidos após seu divórcio, foi atendida por um médico que diagnosticou seu padecer como essencialmente relativo a uma falta de satisfação sexual. Nesse sentido, foram dadas como soluções três alternativas à ansiosa senhora de meia-idade: voltar para o marido, encontrar um amante, ou ter satisfação consigo própria via masturbação.

Diante deste caso, Freud (1910), sem excluir a possibilidade de um relato enviesado por parte da senhora, vale-se da situação para dissertar acerca dos maus entendimentos que a teoria psicanalítica pode suscitar naquele que não dedica a devida atenção ao seu estudo. Assim, além do inegável entendimento equivocado acerca do conceito de "sexualidade", a prática do suposto analista em questão, ao propor uma solução definitiva e engessada via prescrição ao sintoma de sua paciente, nega por si só a psicanálise. Na letra de Freud (1910):

> Isto nos conduz aos erros técnicos que se veem no comportamento do doutor neste caso citado. É ideia há muito superada, e que se funda em aparências superficiais, a de que o paciente sofre de uma espécie de ignorância, e que se alguém consegue remover esta ignorância dando a ele a informação ele deve recuperar-se. [...] Se o conhecimento acerca do inconsciente fosse tão importante para o paciente, como as pessoas sem experiência de psicanálise imaginam, ouvir conferências ou ler livros seria suficiente para curá-lo (p. 239).

Sabe-se que este caso contém características bastante extremas que talvez não sirvam de exemplo para eventuais escutas violentas que podem se fazer presentes em um processo psicanalítico. Como aponta Freud (1910), a conduta deste médico não tem qualquer vínculo com a proposta psicanalítica, exceto, talvez, pelo fato de que o profissional utilizou-se da ideia de psicossexualidade, bem como do nome "psicanálise", para justificar sua selvagem ação clínica. No entanto, este mesmo texto pode ser de grande valia na reflexão ampliada acerca dos riscos atrelados ao saber que o profissional acredita possuir sobre o sofrimento de seus pacientes. O fato de entregar à paciente uma solução aparentemente pronta e universal sobre seu sofrimento aponta não somente para o mau uso da teoria psicanalítica, mas, sobretudo, para uma falha no que diz respeito à ética do cuidado, que se faz por meio do reconhecimento do sintoma enquanto produção subjetiva e da qual se possui apenas um suposto saber.

No momento que o médico citado por Freud (1910) propõe a solução do caso via prescrição de comportamentos, é evidenciada sua crença de que uma teoria se sobrepõe ao paciente. Isto é, o profissional em questão denuncia não apenas os riscos do entendimento equivocado de uma teoria, mas também os malefícios gerados por uma impetuosa crença de que a teoria deve estar em primeiro plano no entendimento de um caso. Não é absurdo afirmar que uma relação deste tipo – pautada pelo absolutismo da certeza clínica – com a teoria psicanalítica pode se fazer presente contemporaneamente, ainda que passados muitos anos desde sua origem. Condutas dessa natureza ocorrem, sobretudo, quando o analista abre mão do caráter criativo que a clínica psicanalítica demanda. Kupermann (2008) explica que a psicanálise é o produto da "teorização de uma prática", logo a teoria deve emergir da fala do paciente. O oposto deste movimento – ou seja, a busca por uma fixação alienante do paciente à teoria do profissional – configura inexoravelmente uma forma de violência na escuta.

É cabível a compreensão de que eventuais usos tirânicos da teoria psicanalítica, como se esta fosse um imperativo capaz de explicar e premeditar a conduta de todo sujeito, podem estar atrelados a questões relativas ao analista, que encontraria no dispositivo clínico a possibilidade de alimentar seu próprio narcisismo. Por conta disso, o reconhecimento da própria castração se torna parte fundamental

ao efetivo exercício clínico, pois, como bem aponta Kehl (2002), o analista é somente aquele que espera que da fala do paciente emerja a palavra capaz de "dar notícias, para o próprio falante, da existência de seu desejo inconsciente" (p. 129). Nestes termos, a psicanálise passa a configurar uma técnica não normalizada e tampouco normatizante, uma vez que se encontra norteada pelo sintoma que se reedita no espaço de análise, sem a necessidade de um implante teórico sobre o sujeito. Em outras palavras, *a priori*, "Freud não explica" (SIBEMBERG, 2011, p. 124), mas escuta.

Gerschmann (2014) aponta que o não reconhecimento de si mesmo enquanto sujeito castrado e desprovido de certezas sobre o paciente pode transformar a relação analítica em um espaço de repetição dos aspectos infantis do analista. Em casos desta natureza, o processo analítico se transforma "numa relação complementar, numa paixão, em que a palavra do analista é Lei e ele passa a ocupar o lugar do pai protetor, do desvalimento ressignificado do analisando" (p. 112). É nestes termos que a proposta do tripé analítico estaria alicerçada. O psicanalista precisaria estar munido de um psiquismo saudável não apenas para ampliar sua capacidade de escuta a partir da subtração de "pontos cegos", mas também para que não repita com o paciente seus próprios conflitos que também poderão ser reavivados a partir da cena analítica compartilhada com o paciente, repetição esta que configuraria uma modalidade de violência na escuta.

O tema da análise pessoal, como parte fundamental ao efetivo exercício clínico de cuidado em uma análise, foi enfatizado por Ferenczi (1928), importante pensador dos impasses e limitações da clínica psicanalítica. O psicanalista húngaro apontou ao longo de sua obra que, ao lado da hospitalidade e da empatia, a saúde do analista configuraria uma das três condições ao efetivo exercício de uma análise. Ferenczi (1928) indicava a necessidade do tratamento pessoal por acreditar que o psicanalista está exposto a um ofício dotado de sobrecarga psíquica e que "tal sobrecarga – que, por outra parte, quase nunca se encontra na vida – exigirá cedo ou tarde a elaboração de uma higiene particular" (p. 40). Esta premissa tem importante correlação com o entendimento de Figueiredo (2007) acerca da metapsicologia do cuidado, onde "é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mu-

tualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido" (p. 21).

Entretanto, ainda que a análise pessoal configure uma forma de prevenção ao mau uso da técnica, evitando conluios narcisistas entre médico e paciente, bem como violências teóricas por parte do profissional que estariam a serviço de suas necessidades inconscientes, sabe-se que a proposta da análise pessoal também se encontra atrelada a um eixo institucional que atravessa invariavelmente a formação de todo psicanalista. O mesmo texto onde Freud (1910) denuncia o uso de uma psicanálise dita selvagem acarreta, entre outras razões, o desenvolvimento da IPA (International Psychoanalytical Association) enquanto instituição mediante a qual médicos seriam autorizados ou não ao legítimo exercício da psicanálise. Sendo assim, a IPA vem a se tornar um órgão de controle ético deste saber, propondo um modelo de formação tripartido onde a análise pessoal seria um dos elementos necessários ao título de psicanalista.

Kupermann (2014), ao analisar a história do movimento psicanalítico, compreende que a institucionalização da formação de analistas, que em um primeiro momento visava ampliar a respeitabilidade da psicanálise na sociedade da época, teve como consequência direta a perda de seu *status underground* onde a liberdade de pensamento não era tolhida pela propagação de um modelo clínico a ser adquirido. Assim, à proposta de Ferenczi, alicerçada na ideia de saúde do analista, é anexada uma nova modalidade de transmissão regulada da psicanálise, evitando qualquer tipo de adulteração teórica. A partir da leitura de Kupermann (2014) podemos desconstruir nossa percepção acerca daquilo que se encontra naturalizado a respeito da formação de analistas. Não se trata de negar a importância da análise pessoal ao profissional, mas de pensá-la criticamente, sobretudo quando está a serviço de um requisito à formação do analista. O autor denuncia que neste período da história da psicanálise se solidificaram questões que somente nos últimos anos percebemos se dissolverem, ou voltarem a ser discutidas, como, por exemplo, a questão da análise leiga e a necessidade de uma vinculação exclusiva a uma única instituição, que priva da possibilidade de diálogo com profissionais de outras escolas.

O processo de institucionalização da psicanálise, bem como o fundamentalismo teórico e político que dele pode emergir, configuram mais um caminho

mediante o qual a escuta de um analista pode se tornar violenta. Um modelo de formação doutrinador, além de desencorajar o pensamento, fomenta práticas protocolares cuja única finalidade é proporcionar ao profissional a doentia segurança de que sua forma de trabalho é mais adequada e benéfica ao paciente, não estando, portanto, muito distante do problema anteriormente citado onde um médico "prescreve" ações a sua paciente por acreditar ser o detentor de uma verdade. Guattari (1996) nos ajuda a pensar neste curioso fenômeno quando diz a uma plateia de psicanalistas brasileiros que "no pensamento de Freud há coisas surpreendentes, de uma juventude e de uma vitalidade que exalam golfadas de oxigênio. Porém, a maneira como os psicanalistas utilizam seu pensamento dá vontade de sair correndo" (p. 197). Estaríamos fazendo o melhor uso possível da psicanálise ou estaríamos acomodados a certeza de um único modelo que nos foi transmitido?

Procusto, emblemático personagem da mitologia grega, capturado e morto pelo herói ateniense Teseu, era o dono de uma estalagem na qual recebia viajantes e oferecia seu próprio leito para que nele descansassem. Durante a noite, Procusto entrava no quarto de seus hóspedes e a fim de encaixá-los às medidas da cama, amputava as pernas dos que eram demasiado altos e esticava os membros daqueles que eram pequenos. O mito que reflete acerca da intolerância humana, também ilustra o que algumas pessoas estão dispostas a fazer para encaixar o outro a sua forma de pensar. Uma psicanálise que se priva da autocrítica, bem como do reconhecimento da realidade social de seus pacientes, não acarretaria o uso de um divã à moda de Procusto? O que regula e define o legítimo exercício clínico da psicanálise?

Entendo que a violência na escuta que busquei problematizar no presente ensaio não pode ser esgotada tão facilmente, haja vista que as complexidades próprias de um processo analítico possibilitam distintas explicações e compreensões do exercício clínico. Todavia, não se trata de identificar uma modalidade clínica idealizada que deva ser seguida, mas sim apontar para o quanto determinadas condutas instituídas e naturalizadas desde a gênese da psicanálise podem se tornar reprodutoras de práticas cuja violência não conseguimos facilmente identificar, exceto pelo contínuo exercício de análise de implicação. Retomado o princípio

deste texto, podemos ainda refletir acerca dos limites da clínica quando afastada das demandas sociais que se apresentam como dados de realidade que atravessam aquilo que o paciente traz para seu tratamento. Interpretar as preocupações de um paciente sobre a violência urbana utilizando-se exclusivamente de uma leitura teórica que desconhece a realidade social, acaba por reproduzir, entre linhas, a violência que ocorre do lado de fora do consultório. É sabido que uma análise não deve ser fácil e tampouco prazerosa ao paciente, mas o mínimo de sensibilidade à realidade do sujeito pode prevenir que ambos os envolvidos, analista e analisando, reproduzam discursos que negam a essência da psicanálise ao não reconhecerem a subjetividade e complexidade que habitam um sintoma.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

FERENCZI, S. (1928). A elasticidade da técnica psicanalítica. In: ____. **Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Obras completas, 4).

FREUD, S. (1910). Psicanálise Selvagem. In: ____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira, 11)

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psychê**, São Paulo, n. 21, p. 13-30, 2007.

GERCHMANN, A. Do outro lado do divã: o narcisismo nas instituições. In: Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (Org.). **Para uma introdução ao narcisismo:** reflexo e reflexões. Porto Alegre: IPSDP, 2014.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KUPERMANN, D. **Presença Sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

____. **Transferências cruzadas**: uma história da psicanálise e suas instituições. São Paulo: Escuta, 2014.

SIBEMBERG, N. Contribuições psicanalíticas para a construção de equipes interdisciplinares nos equipamentos da reforma psiquiátrica. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.). **Psicanálise e intervenções sociais**. Porto Alegre: APPOA, 2011.