

# Introdução ao pensamento clínico<sup>1</sup>

André Green,<sup>2</sup> Paris

Resumo: Este trabalho é uma tradução do texto de Green que introduz a sua obra denominada *O pensamento clínico*. Nela, o autor considera a importância de se pensar a clínica psicanalítica por meio da riqueza do encontro da dupla analítica, desde as proposições de Freud, desenvolvendo conceitos originais que darão certa luminosidade contemporânea aos temas abordados.

Palavras-chave: pensamento clínico, processos terciários, Green e psicanálise contemporânea

“Pensamento”, “clínico”: duas palavras que dificilmente se associam. O pensamento habita campos diversos de atividade, todavia, até agora, ainda não penetrou no âmbito clínico. O pensamento pode ser filosófico, científico, religioso etc. O nível de elaboração teórica no qual se baseia sua exigência interna, todavia, não parece autorizar à clínica pretendê-lo. Esta última, no geral, define-se como a formulação descritiva de um corpo empírico que obedece a metas de reconhecimento dirigidas a prescrever um tratamento apropriado, sintomático ou etiológico. A origem da palavra está estreitamente ligada à medicina. A clínica observa, percebe, busca, infere. Seria, portanto, difícil encontrar nela a sombra de um pensamento; sua coerência, assim, é ainda mais problemática.

Denominou-se originalmente “clínico” o médico que visitava os doentes (Bloch & Von Wartburg) e, finalmente, o termo acabou adquirindo um sentido mais preciso: o do médico que se conhece ou que se faz presente ao pé do leito do doente.

Mesmo que esse conhecimento, ou essa prática, tenha se sistematizado progressivamente na história da medicina, não é possível falar de um pensamento clínico. Os dados extraídos do *corpus* médico são pouco aplicáveis à psicanálise. Apesar de Freud fazer um uso estendido da palavra, é raro que os psicanalistas utilizem o termo “doente” àqueles que estão em análise. Chamam-nos

1 Do original: Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu. Este texto foi reduzido de sua versão original com a intenção de adequá-lo ao formato da publicação.

2 André Green nasceu no Egito, formou-se em medicina e especializou-se em psiquiatria e psicanálise na França, nas décadas de 1950 e 1960. Durante sete anos acompanhou o Seminário de Jacques Lacan, mas também buscou em Klein, Bion e Winnicott subsídios para sua atividade clínica. Ex-presidente da Société Psychanalytique de Paris (SSP) e membro honorário da British Psychoanalytical Association. Nascimento: 12 de março de 1927, Cairo, Egito. Falecimento: 22 de janeiro de 2012, Paris, França.

de “pacientes” ou, mais frequentemente, de “analisandos”, evitando, assim, a excessiva medicalização de sua prática.

O psicanalista não “trata” o analisando como o médico trata o doente. O médico solicita ao paciente que acate escrupulosamente as suas prescrições e que se submeta aos seus julgamentos. Em psicanálise, sabemos que essa relação se inverte. A análise resta, primeiramente, nas mãos do analisando, ao qual se dá a palavra, embora haja uma tendência a se exagerar a retração do analista.

Nos dias atuais, admite-se muito mais facilmente que a análise seja uma tarefa a ser executada a quatro mãos. Essa interpretação, porém, deve ser investigada. Como afirmou o médico de Macbeth ao responder à pergunta de seu senhor, que lhe solicitava um tratamento para curar a loucura de sua esposa: “Para isso deve o doente achar os meios” (*Therein the patient must minister to himself*). Seria um erro considerar que a clínica é só uma prática, uma arte, se quisermos, que lembra mais o artesanato que a estética. Acima de tudo, clínico se opõe a teórico. O caráter polímorfo e frequentemente pouco inteligível dos elementos que compõem o quadro clínico leva-os a serem considerados próprios de uma conjuntura empírica supostamente coerente.

Na maioria das vezes, o ideal consiste em um equilíbrio sensato entre teoria e clínica: a teoria deve manter uma relação estreita entre seus teoremas e o que ensina a clínica, a qual nem sempre coincide com as explicações que se dão a respeito de seus sinais ou sintomas; além disso, a clínica deveria superar suas intenções descritivas e elevar-se a um nível de abstração necessário para promover a reflexão.

Nesse sentido, eu sustento que em psicanálise não há apenas uma teoria da clínica, mas também um pensamento clínico, ou seja, um modo original e específico de racionalidade que surge da experiência prática.

Propriamente dizendo, não afirmaria que é de uma lógica que se trata, mesmo que nos esforcemos para considerar os fenômenos psíquicos próprios do campo da psicanálise a partir do ângulo de uma causalidade específica que dá sentido aos movimentos, desenvolvimentos e transformações disponibilizados à escuta do psicanalista (Green, 1995).

A elaboração pode chegar a um nível de reflexão que a distancia da clínica; todavia, ainda que não faça menção aos pacientes, *o pensamento clínico sempre nos faz pensar neles*. Os escritos psicanalíticos “conversam” ou “não conversam” com seus leitores.

É possível ceder – devo reconhecer que já o fiz no passado aos encantos de uma elaboração teórica sedutora justamente por sua abstração, ainda que esta se mostre desencarnada. Ainda assim, é possível reconhecer o pensamento clínico quando a elaboração teórica desperta associações no leitor que se referem a tal e qual aspecto da experiência psicanalítica.

Em outras palavras, o pensamento clínico, ainda que não esteja se referindo especificamente à clínica, suscita a evocação de um paciente, ou de um

grupo de pacientes, trazendo à memória tal e qual momento de uma análise. Essas associações integram o modo de articulação do pensamento clínico e, ao se tratar do psiquismo, o pensamento não pode faltar em nenhuma de suas manifestações, sejam elas normais ou patológicas.

O analisando, em alguns momentos, apesar das aparências, explicitamente ausentes do discurso, em momento algum se ausentou ou se perdeu do processo de formulação das ideias, apenas se escondeu nas dobras do texto.

Os textos dirão se o pensamento clínico é uma miragem ou uma piedosa expressão de desejos, ou se efetivamente tem o poder de nos tornar sensíveis a um trabalho de pensamento que opera na relação do encontro psicanalítico – como uma representação que trará à mente algo que não está, mas que já esteve, e que demonstra, pela sua ressurreição, o prosseguimento de um trabalho subterrâneo e silencioso.

Todavia, falta reconhecer se essa representação, por definição interna, corresponde a algum objeto que tenha a qualidade de realidade. O que aqui garantiria essa existência?

Para evitar os perigos do solipsismo, o reconhecimento de outros psicanalistas, clínicos e praticantes – sobretudo os estranhos ao meio no qual nasceu o texto – cumprirá esse papel. Cesar e Sára Botella propuseram uma feliz formulação, com justiça celebrada, “apenas dentro, mas também fora”, para falar das relações entre a representação subjetiva e a percepção da realidade. Adaptando-a à situação do pensamento clínico, eu diria: “somente meu, mas também dos outros”.

Não é fácil dizer como delimitar esse pensamento. Falar de pensamento clínico significa aludir, em última instância, às transformações ditadas por angústia, sofrimento e dor e às estratégias para negá-los e combatê-los, buscando assim livrar-se deles, bem como a tentar superá-los.

O pensamento clínico forja conceitos que expressam as razões do inconsciente, a diversidade das respostas relacionadas aos seus avanços, sua transformação em “realizações” alucinatórias, em atuações, somatizações, racionalizações, sob o efeito dos contrainvestimentos, que põem em ação o desinvestimento etc.

Convém referir a clínica não somente àquele que sofre, como também àquele que, graças a uma sensibilidade particular, é encarregado de escutar esse sofrimento: o analista. Isso implica, pois, forçosamente examinar as questões relativas à transferência e à contratransferência.

Hoje em dia, a psicanálise levanta o problema das modificações e variações dos quadros clínicos sobre os quais se edificou a obra de Freud, seguida pela de seus sucessores, que introduziram enfoques diferentes dos dele – frequentemente diversos entre si –, trazendo inovações na maneira de compreender o discurso dos pacientes e de lhes oferecer as respostas antes ignoradas por Freud. Ainda assim, o conjunto segue gerando sentido, ainda que seja difícil reunificá-lo.

Sejam quais forem a diversidades e a abundância das soluções propostas, sempre haverá uma “distância teórico-prática” impossível de se apagar. Em outras palavras, a teoria jamais poderá coincidir integralmente com a clínica, nem abarcar toda a extensão de seu campo; a clínica nunca será uma aplicação sem resto da teoria, nem será completamente iluminada por ela.

O pensamento clínico deverá sempre sustentar esse hiato e esse resíduo impossível de eliminar, aceitando que este não pode ser preenchido integralmente. Não há um âmbito em que o peso da incerteza seja maior que em psicanálise. Reconhecer isso implica reconhecer que o psiquismo somente pode ser indagado de forma indireta, que ele “dá sinais”. É escutando, estando à cabeceira do divã, que nos disponibilizamos a deixar nosso inconsciente vibrar, ressoar com o inconsciente do analisando. Todavia, nem sempre esse tipo de comunicação hermética, ou de circuito fechado, é o suficiente para constituir uma disciplina, um pensamento.

Sempre faz falta um terceiro, que escute o que os outros dizem e ouvem. Por isso, os analistas – e em alguns casos também os analisandos – escrevem. Ao fazê-lo, se escutam e às vezes se reconhecem, ou são impactados pelo brilho de uma novidade.

Claro que tudo isso tem uma história, cujo precipitado presente nos textos se funde na escrita. Obrigatoriamente, a clínica, modo de expressão da enfermidade, busca a sua explicação em teorias etiopatogênicas que foram se sucedendo, isso para mencionar somente a tradição ocidental de Hipócrates em seu renascimento, com uma roupagem mais moderna, no século XIX. Foucault (1963) lhe consagrou uma obra, deixando vias para reflexão. A clínica psicanalítica surgiu, em parte, da clínica psiquiátrica dos grandes alienistas do século XIX. Nessa tradição formou-se Freud. É que a psiquiatria, justamente em razão de seu objeto, ou seja, as doenças da mente e da alma, demanda de vez em quando investigação, excita a imaginação, faz brotar as construções teóricas mais diversas, inclusive divergentes, e às vezes extremamente contraditórias, dado que frequentemente são derivadas de ideologias filosóficas e também religiosas. A proporção de especulação é aqui considerável, pois o campo da experiência em psiquiatria – manicomial em grande parte, na época – por maior que fosse, era pouco profundo. As primeiras teorizações clínicas de Freud vieram para delimitar o campo de aplicação da psicanálise: as psiconeuroses de transferência. Verdadeira ou falsa, essa delimitação do campo psicanalítico baseia-se em um pensamento clínico, ainda que nessa fase este reste ignorante acerca de si.

As psiconeuroses de transferência (ou com transferência) recebem esse nome por demonstrarem certa mobilidade libidinal, que pode deslocar-se do corpo ao psiquismo nas relações com seus objetos – o que não ocorre nas outras duas categorias, autorizando, assim, a instalação de uma transferência dos objetos primários de sua infância sobre a pessoa do analista.

Há, portanto, uma teoria subjacente à construção do campo psicanalítico freudiano, e está fundamentada em uma hipótese teórica que supõe a autonomia relativa do psiquismo, marcada por sua infância e por sua ligação eventual com outro psiquismo.

Sem dúvida, ainda que eu seja sensível ao método comparativo que Freud utiliza em seus primeiros escritos, parece-me que ainda não havia nascido um pensamento clínico. Certamente podemos observar uma disposição em superar o empirismo clínico, porém as hipóteses, as concepções, seriam fruto mais da experiência de um psiquiatra que estava a ponto de inventar a psicanálise do que de um reconhecido psicanalista que extrai de sua técnica o material de sua reflexão.

As coisas começam a mudar em *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) de Breuer e Freud. Creio que o pensamento clínico comece verdadeiramente com o relato do caso Dora e prossiga com os outros quatro casos que formam o corpo do que, na França, foi denominado de *Cinco psicanálises* (1953): Dora, o pequeno Hans, o Homem dos Ratos, o presidente Schreber e o Homem dos Lobos.

Nesses textos, aprecia-se com toda a nitidez a diferença entre a exposição de casos tal como se faz tradicionalmente em medicina, incluindo a psiquiatria, e sua versão psicanalítica, que enfrentam ao mesmo tempo a história do doente, a história da doença, a história do tratamento, a compreensão das relações entre passado e presente, e a aplicação dos conceitos psicanalíticos (sexualidade infantil, fantasia inconsciente, complexo de Édipo) vistos a partir do ângulo da especificidade da transferência. Testemunhamos o pensamento do analista em sua plena tarefa, ainda que referido somente ao paciente. Nasce o pensamento clínico, ainda que, contudo, ignore a si como tal.

Ao reler essas resenhas, verifica-se o que esse pensamento tem de novo, de único, de valioso, assim como é impossível não perceber como as coisas mudaram desde então. Por isso é necessário revisitar mais uma vez o triângulo canônico histeria-fobia-neurose obsessiva, para dar-lhe uma luz atual.

A partir da introdução dos casos-limite (*borderline*) na clínica psicanalítica, definidos a princípio como casos situados nos limites da psicose (hoje prefiro falar em estruturas neuróticas), quando for possível classificar esses pacientes nos limites de múltiplas organizações (depressivas, perversos, psicopáticas, psicossomáticas etc.), pensou-se primeiro em relacioná-las com as neuroses para posteriormente distingui-las delas.

Sua delimitação clínica é imprecisa, e seus mecanismos, obscuros. O conhecimento que temos delas se impregna facilmente de confusão, em contraste com a precisão, a nitidez e a clareza da problemática bem delimitada das neuroses. O esforço do clínico buscava, em especial, marcar as diferenças entre as duas categorias, sobretudo porque frequentemente tendia-se a confundi-las. Logo – como posteriormente tive a oportunidade de assinalar me interessei pelas correspondências entre esses dois grandes grupos. Por exemplo, me propus a

traçar um paralelismo entre a angústia de castração (no homem) e a de penetração (na mulher) e a angústia de separação e de intrusão em ambos os sexos.

À ameaça que pesa sobre a organização sexual pode se opor, no primeiro caso, o que afeta o Eu no segundo. Angústias de castração e de penetração observam-se, sobretudo, nas neuroses, e o par separação-intrusão recorrentemente é constatado nos casos-limite.

Hoje volto a essas questões de modo mais detalhado para cada um dos campos clínicos isolados no marco das psiconeuroses de transferência, mostrando certas relações que mantêm com os casos-limite: seja encarando frontalmente a problemática levantada por uma das entidades (como é o caso da histeria), seja levando em conta alguns aspectos derivados de umas dessas neuroses quando a estrutura neurótica não chega a se organizar como tal, dando origem a configurações que remetem a ela... Seja por defeito (Green, 1986) analidade primária na organização obsessiva, seja outorgando a alguma delas alguma característica que se verifica no âmago do funcionamento mental em algumas análises (posição fóbica central).

Situamos-nos, definitivamente, depois de Freud, todavia permanecemos junto a ele para nos perguntarmos sobre nosso saber.

Se tivéssemos de eleger um único elemento para caracterizar a mudança que se produziu depois de Freud, penso que este deveria situar-se na crítica da teoria das pulsões, à medida que esta descuida, inclusive omite, o papel do que é acrescentado pelas teorias do objeto (relação de), Outro (com “o” minúsculo ou maiúsculo), sujeito (intersubjetividade), aos quais Freud não dedicou suficiente interesse.

Não retomarei em detalhes essa crítica (Green, 2000). Eu me contentarei em examiná-la a partir do ângulo que me parece mais essencial. A metapsicologia freudiana pode dar a impressão de que, tanto na estruturação do psiquismo como na compreensão das psiconeuroses e na evolução do tratamento analítico, tudo se baseia em um funcionamento endógeno, impulsionado por sua organização interna segundo um movimento autônomo quase independente das circunstâncias – quer se trate do desenvolvimento da sexualidade infantil, quer da transferência no tratamento, o que sugere a comparação com um mecanismo de relojoaria cujo funcionamento estivesse imutavelmente regulado.

Obviamente, essa descrição é exagerada e caricatural, porque não há nada fixo ou estabelecido na teoria das manifestações psíquicas e porque o que se descobre nelas é, sobretudo, a importância do dinamismo que as anima e as conduz a incessantes transformações – as quais, por outro lado, são, sem dúvida, expressão da mobilidade e das transformações da libido.

Sem dúvida, porém, subsiste a impressão de um circuito fechado, como se as mudanças que são produzidas no âmbito da análise fossem independentes tanto da estrutura psíquica dos pais em tempos longínquos como da equação pessoal do analista no presente.

Com efeito, Freud sempre salientou o papel da contratransferência, porém só se servia dela à medida que suas manifestações entorpeciam um curso quase programado ou desviavam o seu caminho espontâneo.

Foi necessário esperar até o final da obra de Freud, e em particular até “Construções em análise”, para que se reconhecesse, um pouco tardiamente, que a análise se desenvolvia em dois cenários completamente distintos: o de cada um e o de ambas as partes. Todavia, o que já estava escrito, estava escrito, e já era tarde demais para revisá-lo.

O pensamento clínico estava então centrado no intrapsíquico do paciente. Somente deveria ser considerado o que dali emanava. Quanto ao analista, pensava-se somente em protegê-lo, posicioná-lo em guarda contra as armadilhas da transferência, recomendando a sua firmeza, o que incluía a inflexibilidade, encorajando-o frequentemente a adotar uma atitude arbitrária, aplicando a persuasão, em vez de permitir ressurgir a sugestão, e a não retroceder diante de uma atitude pedagógica (“reeducação do neurótico”).

A maioria dos escritos técnicos de Freud é anterior a 1918. Em 1920 ele publicou “Além do princípio do prazer”, trabalho no qual estão desenvolvidos a compulsão à repetição (já antecipada em 1914) e a hipótese da pulsão de morte (timidamente defendida nessa época, pois Freud ainda não estava seguro e somente mais tarde adquiriria convicção da legitimidade dessa teoria).

Da minha parte, sustento que a hipótese da pulsão de morte é uma resposta teórica de Freud à misteriosa comprovação da enorme frequência de reações terapêuticas negativas, nas quais domina uma pulsão de morte esterilizante.

Pouco depois, em 1924, com Rank e Ferenczi, surge uma reflexão crítica sobre a técnica, na qual cada um desses autores irá chegar a uma resposta diferente, o que culminará, finalmente, no seu desacordo.

Nasce uma nova espécie de analista: o analista-terapeuta. É certo que Freud sempre teve em vista a necessidade de uma utilização prática de sua técnica. Sustento, assim, que só havia um médico, um terapeuta, capaz de descobrir o inconsciente, inventar a psicanálise e, ao mesmo tempo, criar o pensamento clínico.

Porém Freud, cujo interesse pela terapia era bastante moderado, se apaixonava em especial pelo que podia aprender com os pacientes sobre o psiquismo, complementado pelos ensinamentos que podia extrair da investigação em outros âmbitos: a arte, a antropologia, a psicologia coletiva etc.

A partir de 1924 quatro anos depois de “Além do princípio do prazer” se desenvolve um interesse, que para alguns se tornará posteriormente quase exclusivo, pela terapêutica psicanalítica. Como tratar?

Em decorrência disso, o pensamento clínico se modifica: já não se trata de decifrar somente o código de estruturação do mundo interno do paciente, mas de se fundamentar nos ensinamentos do tratamento, com o dever de

preocupar-se com o papel que os intercâmbios entre o analisando e o analista têm no desenlace do tratamento.

Aqui, incluso entre os nomes de outros autores, o nome de Ferenczi deve ser primeiramente destacado. Sua sólida reputação como terapeuta naquele momento da psicanálise fez que o tratamento com ele fosse muito demandado por pacientes e futuros analistas.

Freud não tinha interesse particular pelos casos difíceis, que geralmente o entediavam e suscitavam nele a impressão de que a análise não podia lhes prestar grande ajuda. Com Ferenczi, ocorria o contrário: quanto mais difícil era o paciente, maior era o desafio, muito mais porque explorar esse campo ermo abria a possibilidade de trazer alguma grande descoberta do que porque isso poderia lhe trazer alguma fama, dado que já gozava de grande prestígio.

Para dar-nos conta disso, é válida a leitura do *Diário clínico*, redigido de janeiro a outubro de 1932 e interrompido em face do agravamento do seu estado de saúde. Ferenczi fez uma crítica radical à técnica de Freud, questionando sua personalidade. Acusando-o, na correspondência particular de ambos, de depreciar os pacientes, de acreditar que nada se pudesse fazer por eles, que servissem ao analista apenas para lhe ensinar algo acerca do psiquismo, ao mesmo tempo que fazia uso deles apenas para se sustentar.

Ferenczi reprovava a frieza, a hipocrisia e a falta de sinceridade do analista da época e, por mais justificadas que possam parecer essas críticas, às quais não se pode negar uma parcela de verdade, ao perder toda a prudência, toda a distância crítica, Ferenczi acabou se deixando levar não somente pela loucura da transferência do analisando, mas também pelo *delírio do tratamento recíproco da dupla analítica*. Sem dúvida, o questionamento da técnica de Ferenczi de modo algum oblitera o considerável interesse em suas autênticas, atuais e originais descobertas sobre a questão do trauma, da cisão narcísica, a projeção para fora de si de uma parte do funcionamento do Eu que adota a insensibilidade como defesa, bem como a desabilitação do corpo pelo sujeito (que pode ser denominado de excorporação), o desejo de arrastar o analista para uma loucura complementar, descobertas que motivaram os escritos de Ferenczi de 1928 a 1933.

Desde então, no movimento psicanalítico, a tônica se desloca da elucidação de mecanismos inconscientes para influências mútuas entre os membros do par analítico. Com Melanie Klein (Ferenczi foi seu primeiro analista, a quem abandonou para seguir com Abraham), a relação de objeto (cujo verdadeiro inventor foi Fairbairn) se converte no principal tema de interesse para pensar o tratamento.

Freud se interessava pela estrutura psíquica do paciente e Melanie Klein não a concebe senão a partir da relação que o Eu de uma criança ainda muito pequena, que está presente desde o nascimento, mantém com o objeto, objeto este que se supõe existir desde o início. Na França, Lacan reformulará a teoria e

também a Freud, uma vez que, perseguindo o mesmo fim que este – a elucidação do inconsciente –, acaba compartilhando com ele a opinião mesquinha sobre os pacientes. Sente-se então obrigado a reformular a teoria central, cujo cerne passa a ser a linguagem, introduzindo o objeto *a*, o Grande Outro, entre outros conceitos novos, relativizando, assim, ainda que sem chegar a suprimi-lo, o conceito de pulsão. Laplanche, depois dele, retomará o ponto de vista do primado do outro, diferenciando-se de Lacan.

O movimento intersubjetivista privilegia ainda mais o efeito de simetria entre analisando e analista. Considera-se que o analisando sabe tanto quanto o analista; a neutralidade não somente é impossível como, também, praticamente indesejável.

Em todas as partes, a mesma batalha: guerra ao solipisismo. Parece que o tratamento analítico, ainda que tenha partido do esclarecimento da loucura da transferência, tomou consciência, em um segundo momento, da loucura potencial da situação analítica.

Isso explica a desconfiança e os chamados à ordem de Freud, o autoritarismo partidário da psicologia do Eu (o eu do analista é mais forte que o eu do analisando e portanto, está com a razão).

Por um lado, pondo-se em resguardo da loucura do paciente, mantendo-se à distância de uma demanda considerada, de qualquer forma, exorbitante; por outro, uma loucura sem limite da parte do analista, cuja habilidade supostamente o autorizaria a fazer qualquer coisa. Neste último caso, já não há pensamento clínico, mas manipulação e a degradação da análise ao nível do adestramento animal.

Às vezes chegamos ao paradoxo. Não se pode negar a Winnicott a condição de grande pensador da clínica, que elevou a imaginação teórica a extremos raramente antes alcançados. Todavia, nele aparece a mesma ingenuidade que em Ferenczi, a obstinação em crer que bastaria encarnar a figura da mãe boa (a fim de que apareça diante do analisando apenas como suficientemente boa) para tratá-lo a partir dessa nova experiência renovadora.

Seus efeitos não se fizeram sentir em Masud Khan, apesar de dotado de inegável criatividade. Mais do que nunca, as questões que envolvem a técnica permanecem em aberto, pois o pensamento clínico não pode excluir o que afeta o analista.

Todas essas questões implicavam a revisão de certos aspectos da Teoria Freudiana que surgiram no contexto da análise das neuroses. Desse modo, as relações representação-afeto, motivo até hoje de muitas controvérsias, obrigam a examinar os casos (não neuróticos, em sua maioria) em que essa distinção é quase impossível.

O afeto continua provocando discussões nas quais nenhuma posição é unânime: a relação do afeto com o corpo e com o soma, seu vínculo com o inconsciente e com a repressão, sua culminação na descarga, sua sensibilidade

diante dos afetos dos outros na relação formam um emaranhado de problemas, cujas intenções são difíceis de esclarecer.

Acreditou-se que uma solução tivesse sido encontrada ao se renovar o estudo sobre a neurose usando como referência a pré-gerinalidade e, ao mesmo tempo, relativizando-se a importância do complexo de Édipo. Colocava-se, então, a tônica na importância e na tenacidade das fixações nas relações primitivas duais, focalizando-se as primeiras etapas das relações mãe-bebê.

Seria isso suficiente para excluir o papel do terceiro? Não seria procedente ampliar o problema da triangulação edípica, remetendo-a a uma base mais fundamental, constitutiva do pensamento e da semiologia?

Existe um consenso no reconhecimento de que as relações duais não só têm a particularidade de confundir a diferenciação das atividades psíquicas instaladas nas neuroses, como também a de serem infiltradas por uma destrutividade que, por vezes, toma o lugar principal, colocando em eclipse as produções da libido erótica.

A ideia da pulsão de morte que Freud introduziu em 1920, primeiramente experimentada por ele como uma convicção pessoal que não valia a pena compartilhar, logo tomou uma dimensão cada vez maior em sua obra.

Apesar de a maioria dos analistas, sobretudo aqueles que se dedicam ao estudo das estruturas não neuróticas, ficarem obrigados a reconhecer que muito frequentemente a clínica contemporânea os confronta com as incidências da destrutividade no funcionamento mental (problema que permanentemente se busca resolver nas reações terapêuticas negativas), poucos são os que aderem à concepção freudiana de pulsão de morte. É necessário, portanto, revisar este conceito, uma vez que isto prejudica muito o pensamento clínico.

Bion, um dos grandes teóricos da psicose, e que a partir desta problemática reformulou o conjunto da teoria psicanalítica, põe os transtornos de pensamento entre as mais importantes desorganizações produzidas pela psicose. O pensamento clínico da destrutividade responde, pois, à necessidade de pensar o antipensamento no trabalho psicanalítico, que foi o que busquei fazer em *O trabalho do negativo* (1993).

Se o pensamento psicanalítico hoje sofre, certamente não é por seu questionamento das ideias freudianas. Ao contrário, isso seria mais um indício de uma psicanálise em movimento, não fixada na idolatria de seu criador e de sua teoria. O que preocupa é a multiplicidade de respostas paralelas, a dispersão de referências fundamentais, a ausência de um exame atento e desprovido de preconceitos referentes aos campos doutrinários em que se reparte o campo psicanalítico.

É válido se perguntar, apesar das notáveis realizações posteriores a Freud, se algo não se perdeu, ou se as numerosas modificações referentes às suas interpretações da clínica, suas referências teóricas, não levaram a uma crise no entendimento psicanalítico.

Se a escuta do psicanalista o leva aos seus julgamentos sobre a natureza do inconsciente ou do isso, esses julgamentos não têm muito em comum com o núcleo da teoria freudiana. Diante da hipercomplexidade, os psicanalistas preferem as ideias simples e estão ávidos por soluções pragmáticas e receitas fáceis de aplicar. Fracasso certo.

É um bom presságio que a psicanálise avance, que continue com idas e vindas, com teorias que se entrecruzem, inclusive que se contraponham. René Thom afirmava que as teorias são como organismos vivos que lutam por sua sobrevivência, até o momento em que morrem, não porque se demonstrou que elas estavam equivocadas, mas porque não há mais quem as defenda.

Ainda são muitos os admiradores de Freud entre os psicanalistas, incluindo aqueles cujas opções contemporâneas os afastam bastante de sua obra – ainda que se proclamem seus sucessores –, já que não têm muito em comum com ela. De uma distorção a outra, o que se pode temer de pior é a referência cada vez mais predominante à ideia de um desenvolvimento regido pelo estudo das relações, que minimiza cada vez mais o papel da organização psíquica interna.

Retornar a Freud? Não exatamente, pois a solução que já preconizamos – compartilhada em medida considerável é a articulação do intrapsíquico com o intrasubjetivo. É o que caracteriza, em minha opinião, o enfoque dos psicanalistas. É o que marca a sua originalidade e torna a psicanálise insubstituível, uma psicanálise cuja teoria seja construída sobre a base da experiência.

Contudo, essa experiência não pode ser invocada como dado bruto que bastaria ignorantemente revisar. Seja como for, a relevância da experiência para o pensamento clínico permanece a etapa prévia a qualquer teoria que se proponha alcançar o consentimento daqueles que reclamam para a psicanálise o *status* de disciplina fundamental.

A teoria só se esclarece, se integra, se aprofunda e multiplica suas conexões extraindo da experiência sua potencialidade, sua interpretação do psiquismo, para alcançar o que, segundo ela, permanece encoberto, porém constantemente ativo, às vezes de modo perturbador. Uma psicanálise que não se interessasse pelo pensamento clínico se constituiria numa disciplina mundana, ornamental e estéril. Terminaria agonizando. Há, no entanto, perspectivas melhores.

Buscaremos ir mais longe para caracterizar a ideia de um pensamento clínico. Hoje em dia, este se apreende da melhor maneira no espaço-tempo definido pelo enquadre psicanalítico. Sem dúvida, não é possível passar por cima do fato de que o enquadre varia de um país para outro, de um movimento psicanalítico para outro, bem como varia dependendo de a psicanálise estar sendo exercida em um âmbito institucional ou em um âmbito privado etc.

Porém, não se pode preconizar nem defender um relativismo que esvaziaria seus conceitos, nem privilegiar uma de suas modificações, excluindo as demais. É necessário, portanto, superar essa contradição. Entre tais modificações, a “psicoterapia psicanalítica” constitui-se em uma das mais frequentes

modalidades de trabalho em psicanálise que contrapomos com o trabalho do psicanalista que está a serviço de instituições, cujo propósito essencial não é o tratamento psicanalítico.

O pensamento clínico depende, portanto, das características do campo no qual o psicanalista é levado a trabalhar. Não basta simplesmente categorizar as relações entre a análise clássica e a psicoterapia mediante fórmulas emblemáticas como divã-poltrona ou poltrona-poltrona.

Com efeito, o modo de exercício do pensamento clínico não é o mesmo em ambos os casos, porém, por outro lado, se estas psicoterapias se consideram psicanalíticas, é porque nelas o psicanalista não renuncia a encontrar e a exercer seu modo singular de pensamento.

Para sair desse atoleiro, propus a distinção, no contexto do enquadre, de duas partes: uma que eu chamo de *matriz ativa*, que se constitui pela associação livre do paciente complementada pela escuta flutuante e pela neutralidade benevolente do analista, matriz que forma o núcleo da ação psicanalítica, sejam quais forem as condições em que o analista se veja obrigado a trabalhar. Sua natureza é de ordem dialógica. Seria como a fração constante do trabalho analítico.

A outra parte seria, pelo contrário, papel de uma *fração variável*, constituindo de certa forma um estojo protetor da matriz ativa. O estojo corresponderia às disposições secundárias (visibilidade ou não visibilidade do analista, caráter gratuito ou oneroso do tratamento, frequência semanal das sessões, sua duração, acordo acerca das sessões perdidas etc.).

De modo algum minimizo as diferenças que podem afetar essas disposições práticas, porém a experiência mostra que se trata de uma parte variável, convencional e eventualmente passível de revisão.

Faltaria ainda especificar certo número de problemas técnicos fundamentais: a sustentação, pelo analista, de maior ou menor silêncio ou verbalização, interpretação da transferência ou abstinência quanto a esse ponto, medidas eventuais de urgência etc.

Em todo o caso, a psicanálise clássica ou com variações e a psicoterapia buscam os mesmos objetivos, como ampliar a tomada de consciência do analisando (por meio da transferência, interpretada ou não, e da resistência) com respeito ao seu funcionamento, à natureza de seus conflitos, às suas relações com sua própria história, e finalmente sua relação com sua própria palavra e com a escuta do outro.

Esse conjunto constitui o objetivo do trabalho do psicanalista, que deveria conduzir a mudanças significativas que se traduziriam em uma maior liberdade, em consequência, acompanhada de uma atividade psíquica de representação mais profunda e ampliada. A “cura”, como se sabe, é um benefício secundário, conforme a confissão de Freud.

O pensamento clínico é o resultado de um trabalho mútuo de observação e auto-observação dos processos mentais que se utilizam do canal da palavra.

Já escrevemos que o trabalho psicanalítico transforma o aparato psíquico em um aparato de linguagem.

Para descrever a atividade psicanalítica propusemos a fórmula de voltar-se a si mesmo por meio de uma volta pelo outro semelhante. A essas formulações agregaremos hoje que o trabalho do pensamento clínico consiste em relacionar, a partir da linguagem, duas formas que esta mantém com o psiquismo.

A primeira é a das relações entre pensamento consciente e pensamento pré-consciente, ambos sempre indissociáveis da linguagem.

A segunda forma de relação buscaria estabelecer os vínculos entre pensamentos consciente e pré-consciente, por uma parte, e as conjecturas que surgem no grupo anterior acerca do pensamento inconsciente, que não têm a mesma relação de dependência com as representações de palavra e que se sustenta de modo majoritário nas representações de coisas.

Este seria, a nosso ver, o núcleo dinâmico do pensamento clínico: reconhecermos que, em certas situações extremas, a separação entre pensamento consciente e atividade não consciente pode ser ampliada ainda mais. Foi o que impulsionou Freud a substituir o conceito de inconsciente pelo conceito de isso, no qual os aspectos submetidos à interpretação do pensamento clínico podem tomar a forma do alucinatório, de atuação ou de somatização. Estamos aqui no limite do analisável, ou seja, nos limites do que é concebível para o pensamento clínico.

Ao nos referirmos ao pensamento clínico como uma atividade que se caracteriza essencialmente pelos processos de relação entre os diversos regimes das instâncias da personalidade psíquica, antepusemos dois conceitos, um dos quais já conhecemos.

Com efeito, já faz tempo que introduzimos os processos terciários, ao conjunto dos processos primários e secundários. Caracterizamos esses processos assinalando que consistiam no estabelecimento de ligações. Supusemos que a atividade analítica, no seu menor nível, consistisse em um ir e vir permanente entre elementos que poderiam ser relacionados com os processos primários e com os do pensamento secundário.

O novo conceito que gostaríamos de introduzir agora diz respeito à relação desses processos terciários com o virtual. Valorizamos as relações sustentadas pela rede dos processos terciários – terceiridade – virtual. O virtual se inscreve na ordem das possibilidades oferecidas pelas ligações que governam as relações e, sobretudo, as inter-relações, para estabelecer uma hipótese que permaneça dentro da ordem do não especulável, do possível, do eventualmente realizável e que, em todo o caso, trabalhe subterraneamente e que não emergja, senão como eventualidade.

Encontramos nesse ponto uma das características do pensamento hipercomplexo, a saber, o círculo de retroação entre a causa e a consequência (Morin). Aqui voltamos a um tema que já trabalhamos bastante, denominado de *trabalho do negativo*, do qual esta é uma de suas formas.

No pensamento clínico fundamentado na confiança do deixar fluir da associação livre, é necessário um elemento que Bion subtraiu de Keats: *a capacidade negativa*. Essa tolerância ao negativo aplicável ao paciente é também uma das atitudes que o analista adota quando trabalha. É, sem dúvida, a forma mais frutífera e criativa do trabalho do negativo.

Todo analista sabe que nada é mais ilusório do que a instalação, mais ou menos traiçoeira, de um pensamento próximo à tradução simultânea, forma sutil de robotização do vínculo escuta-palavra interpretante. Em comparação com a precipitação interpretativa, a elaboração é uma atividade de efeito retardado. É desejável que a interpretação surja como uma abertura da latência na qual é mantida.

Nesse momento se percebe uma espécie de positivação do negativo ou da formalização de uma virtualidade. Nesse movimento, precisamente, o pensamento não articulado do inconsciente, ao se anunciar, se articula, de maneira que se limita. Ao limitar-se, é possível circunscrevê-lo. Talvez isso o faça perder parte de seu dinamismo, todavia adquire uma precisão que lhe permite ser comunicado e manejado pelo pensamento. Em suma, ascende a um estado de linguagem.

Se voltarmos às relações entre enquadre e sonho, a modificação do enquadre – para face a face, por exemplo – pela distração da presença, pelos signos corporais (gestos mímicas), pela fascinação hipnótica do discurso oferecido, dada a possibilidade que tem o paciente de observar as mudanças no rosto do analista, pode atrapalhá-lo em suas redes de projeções “percebidas”.

Convém, portanto, depositar uma confiança limitada na escuta de um pensamento ágil, frequentemente narrativo, carregado, às vezes, de fortes emoções que, no consciente, suscitam empatia.

Sejam quais forem as formas de exercer o pensamento analítico (poltrona-poltrona ou poltrona-divã), sejam quais forem as limitações na implementação das suas condições de exercício, sempre chega um momento em que o paciente toma consciência da extraordinária liberdade que essa situação lhe oferece. Acaba alterando seu modo de falar, seja para obter um proveito que não conhecia até então, seja para notar que, ao contrário, mesmo quando lhe é oferecida uma oportunidade para se beneficiar disso, se encontra incapacitado para fazê-lo. Experimenta também até que ponto esta liberdade é cada vez mais tentadora e temível, bem como sente também quão criadora pode tornar-se.

Evitemos um mal-entendido: essa liberdade só poderá dar frutos se estiver associada a uma coerção. Sabemos até que ponto é difícil para o paciente seguir a regra de tudo dizer. O pensamento clínico aqui, como qualquer outra forma de pensamento, necessita de afeto para encorajá-lo, e, sem dúvida, este deve manter-se em um limite que o permita não desejar desistir. Se isto acontecesse, o pensamento de pronto sucumbiria, e o pensamento clínico se veria ameaçado.

Falar de pensamento clínico talvez seja, implicitamente, revisar as fronteiras de um pensamento arrogante e tirânico que buscou se estabelecer de modo

demasiado rígido entre a saúde e a enfermidade. Com efeito, implica reconhecer que o homem é um animal doente, como já foi dito, mas também debruçar-se ante o fato de que não se pode estar plenamente vivo, nem ser plenamente humano, se se pretende evitar as perturbações de existir, desejar e pensar.

Essa comprovação não basta, pois, se o conflito reside no núcleo da atividade psíquica, ele se faz evidente no combate entre a “doença”, por um lado, e o que chamamos de “saúde”, pelo outro. O postulado da psicanálise é de que o pensamento não se detém no limite da clínica, mas habita e anima o espírito de quem optou por colocar o seu pensamento a serviço das forças da vida contra a destruição.

Sem dúvida, Bion nos ensinou que pensar é doloroso, e quando a tarefa é pensar a dor – como a clínica frequentemente nos propõe –, o pensamento clínico enfrenta o intransponível. Para além da empatia, o pensar continua indispensável. Pensar como psicanalista, sem rigidez, sem lágrimas, sem cortina de fumaça. Isso se chama psicanalisar.

Contudo, psicanalisar remete à causa psicanalítica, um campo atravessado por forças que chamamos de desprazer, angústia, sofrimento, dor. Para aqueles que seguem Freud na hipótese da pulsão de morte, até a dor mais aguda é apenas mais uma entre as formas extremas de gozo. O que nos cabe não é saber se estamos diante da dor ou do prazer, mas se o analista pode mudar algo nesse sentido, se está em condições de resistir à tentação de se beneficiar à custa do analisando.

Seja como for, estamos na fronteira do que, por ser da ordem do mal-estar, levanta a questão da doença e, portanto, da clínica. Não importa se o paciente está deitado ou sentado de frente para o analista; de qualquer forma, o mal-estar faz grandes estragos, substituindo o prazer de existir por um estado que parece estar mais perto da morte do que da vida.

Esse mal-estar pede um tratamento, obriga à busca de uma maneira de lidar com este, o que inclui ser tratado por um psicanalista. Para desfazer esse mal, este último quase não tem escolha. Por mais brilhante que o analista seja, não pode prescindir de ser clínico, porém um clínico que pensa como pensa a clínica.

Para além dessa viagem com o paciente, na qual às vezes este tem a sorte de retornar à vida, é necessário contar sua odisseia, transmitir aos demais o que esse pensamento clínico, singular em seu gênero, tornou possível entender.

### **Introducción al pensamiento clínico**

Resumen: Este trabajo es una traducción del texto de Green que introduce su obra denominada *El pensamiento clínico*. En esta obra, el autor considera la importancia de pensar la clínica psicoanalítica por medio de la riqueza del encuentro del doble analítico, desde las proposiciones de Freud, desarrollando conceptos originales que darán cierta luminosidad contemporánea a los temas abordados.

Palabras clave: pensamiento clínico, procesos terciarios, Green, psicoanálisis contemporáneo

### **Introduction to clinical thinking**

Abstract: This article is a translation of Green's text that introduces his work denominated *The clinical thought*. In this work, the author considers the importance of thinking the psychoanalytic clinic through the richness of the encounter of the analytical pair, from the propositions of Freud, developing original concepts that will give a certain contemporary luminosity to the themes addressed.

Keywords: thought clinical, tertiary processes, Green, contemporary psychoanalysis

### **Introduction à la pensée clinique**

Résumé: Cet ouvrage est une traduction du texte de Green qui présente son travail dénommé *La pensée clinique*. Dans ce travail, l'auteur considère l'importance de penser la clinique psychanalytique à travers la richesse de la rencontre du couple analytique, à partir des propositions de Freud, en développant des concepts originaux qui donneront une certaine luminosité contemporaine aux thèmes abordés

Mots-clés: pensée clinique, processus tertiaire, Green, psychanalyse contemporaine

### **Referências**

- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.  
Green, A. (1995). *La causalité psychique*. Paris: Odile Jacob.

Tradução de Felípe Ferreira De Nichile<sup>3</sup>

Recebido em: 15/9/2017

Aceito em: 13/8/2018

3 Membro filiado ao Instituto de Psicanálise “Durval Marcondes” da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Psicólogo clínico, psicanalista, docente e supervisor clínico do curso de Formação em Psicanálise no Centro de Estudos Psicanalíticos. Mestre em psicologia clínica pelo núcleo Formações da Cultura e Subjetividade pela PUC-SP, autor do livro *Paciente-limite: entre Winnicott e Green* (2015).