



Contardo Calligaris

cartas a um jovem
terapeuta

*Reflexões para psicoterapeutas,
aspirantes e curiosos*

DADOS DE COPYRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe [Le Livros](#) e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudiável a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo

Sobre nós:

O [Le Livros](#) e seus parceiros, disponibilizam conteúdo de domínio público e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: [LeLivros.Info](#) ou em qualquer um dos sites parceiros apresentados [neste link](#).

Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível.



CARTAS A UM JOVEM TERAPEUTA

Contardo Calligaris

Reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos

2004, Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998. Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer Outros.

Projeto Gráfico Folio Design

Edição Eletrônica Estúdio Casteliani

Copidesque
Shirley

Revisão Gráfica Edna Cavalcanti Roberta Borgas

Fotos de capa

Luciana Cattani e Gabriel Boieras

Elsevier Editora Ltda.

A Qualidade da Informação.

Rua Sete de Setembro, 111 - 16 andar

20050-006 Rio de Janeiro RJ Brasil

Telefone: (21)3970-9300 FAX: (21)2507-1991

E-mail: info@elsevier.com.br

Escritório São Paulo: Rua Elvira Ferras, 198

04552-040 Vila Olímpia São Paulo SP Tel.: (11)3841-8555

ISBN 85-352-1493-3

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte.

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

Calligaris, Contardo, 1948-

Cartas a um jovem terapeuta : o que é importante para ter sucesso profissional / Contardo Calligaris. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2004

(Cartas a um jovem)

1. Psicoterapia. 2. Psicanálise. 3. Psicanalistas. 4. Orientação profissional. I. Título. II. Série.

COO - 616.8914 COIJ -615.851

04 05 06 07

SUMÁRIO

- [1. Vocação profissional](#)
- [2. Quatro bilhetes](#)
- [3. O primeiro paciente](#)
- [4. Amores terapêuticos](#)
- [5. Formação](#)
- [6. Curar ou não curar](#)
- [7. O que fazer para ter mais pacientes?](#)
- [8. Questões práticas](#)
- [9. Conflitos inúteis](#)
- [10. Infância e atualidade, causas internas e causas externas](#)
- [11. Que mais?](#)

1

VOCAÇÃO PROFISSIONAL

Meu jovem amigo,

Imagino que você ainda não tenha decidido qual será sua profissão. Você estaria procurando neste livro alguma indicação para descobrir se quer mesmo se tornar psicoterapeuta. E estaria perguntando: antes de começar uma formação que vai durar no mínimo uma década e custar uma nota preta, será que há como saber se tenho o que é preciso para dar certo?

É uma ótima pergunta. Para ser um bom psicoterapeuta, é útil que a gente possua alguns traços de caráter ou de personalidade que, dito aqui entre nós, dificilmente podem ser adquiridos no decorrer da formação: melhor mesmo que eles estejam com você desde o começo.

Um exemplo, só para começar.

Meu pai era médico, internista e cardiologista, mas funcionava, para muitos de seus pacientes, como o médico da família. A cada ano, no Natal, na Páscoa e no dia de São José (ele se chamava Giuseppe), nossa casa se enchia de presentes. Mas enchia mesmo: a sala era abarrotada de caixas de vinhos e liquores, panetones, doces, cestas de frutas exóticas, sem contar a prataria e os objetos variados de decoração, as canetas, as agendas e os conjuntos para escrivania. Nos últimos dias antes da festa, a campainha não parava de tocar. Nós, crianças, tínhamos a função e o privilégio de abrir os pacotes, deixando cuidadosamente os cartões que os acompanhavam, para que meu pai pudesse responder agradecendo.

Pois é, se eu tivesse escolhido a profissão de psicanalista e psicoterapeuta para receber a mesma variedade e fartura de presentes, minha vida seria um fracasso. Você pode querer ser médico ou coisa que o valha porque é essencial para você ser olhado com gratidão e respeito por seus pacientes e pelos outros em geral. Claro, todo o mundo gosta disso, não é? Mas há sujeitos para quem é crucial ser constantemente o objeto de uma veneração amorosa.

Quer saber por quê? Pense, por exemplo, no olhar de uma mãe para um caçula que teria nascido depois da morte do pai. Desde seu primeiro vagido, esse filho seria, para a mãe, ao mesmo tempo uma compensação e um memorial do marido que ela perdeu; ele seria objeto de veneração e de eterna gratidão a Deus.

Escolho esse exemplo porque foi o caso, justamente, de meu pai: ele nasceu quatro meses depois da morte do seu pai (meu avô). Obviamente, não é isso que fez dele um grande

médico. Mas, na escolha de sua profissão, deve ter contado a necessidade de repetir a experiência inicial do olhar adorador de sua mãe. Essa necessidade também deve ter contado na sua capacidade de ganhar uma gratidão que não se resolvia no pagamento dos honorários e, portanto, se expressava naquelas orgias festivas de presentes.

Pois bem, se, por alguma razão (que não precisa ser a mesma do meu pai), é importante para você se alimentar no reconhecimento e no agradecimento infinitos dos outros, então não escolha a profissão de psicoterapeuta. Por duas razões.

Primeiro, na vida social, o psicoterapeuta não encontra nada parecido com a espécie de gratidão que, no geral, é reservada ao médico (como um agradecimento preventivo, caso acabemos em suas mãos). O psicoterapeuta encontra uma atitude (nem sempre escondida por trás da polidez dos costumes) que é uma mistura de temor com escárnio. Funciona assim, ao redor das mesas de jantar: “Puxa, este cara, aqui ao meu lado, é psicocoiso; vai ver que ele sabe ou entende sobre mim e minhas motivações mais do que eu mesmo sei e certamente mais do que eu gostaria que os outros soubessem.” A medida protetora mais banal é o ataque: “Ah, você é psicanalista? Justamente acabo de ler uma matéria, onde é que era?. sabe, daqueles americanos que provam que a psicanálise é uma baboseira, você leu?”

Segundo, o psicoterapeuta não deve esperar a gratidão de seus pacientes. Nada de presentes no Natal, na Páscoa ou nas outras festas. Nas curas que proporciona, o psicoterapeuta é, por assim dizer, ele mesmo o remédio. E, nos melhores dos casos, quando tudo dá certo, ele acaba exatamente como um remédio que a gente usou e que fez seu efeito: uma caixinha aberta, com as poucas pílulas que sobraram, no fundo do armário do banheiro. A caixinha é guardada durante um tempo, porque nunca se sabe; um dia a gente a encontra, não se lembra mais qual era seu uso, constata que, de qualquer forma, o remédio está vencido e joga fora. E é bom que seja assim.

Tento explicar-lhe por quê.

Em regra, idealizamos nossos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, acupuntores, dentistas, eutonistas, psicoterapeutas, a lista é longa).

Quando os consultamos, levando-lhes nossas dores, depositamos neles toda nossa confiança, porque imaginamos, supomos que eles saibam sobre nós e nossos males exatamente o que é preciso para que eles possam nos curar. É bem possível que essa confiança seja excessiva, mas, mesmo em seu excesso, ela é útil para que uma cura funcione.

Acreditar no médico que nos prescreve um remédio ‘ não é tudo, claro; ainda é preciso que ele prescreva o remédio certo. Mas é bem provável que, para quem acredita em seu médico, aumentem as chances de que o remédio prescrito seja eficaz, de que o paciente não caia na percentagem estatística dos que (sempre existem) não obtêm efeito algum com o remédio.

A importância da confiança para que as curas funcionem vale provavelmente para todas as profissões da saúde. E vale mais ainda no caso da psicoterapia.

Então, por que o psicoterapeuta não poderia esperar o tipo de vínculo duradouro e afetuoso que garante panetones, vinho e outros presentes nas festas?

Voltarei sobre isso em outras cartas, mas, desde já, aqui vai: nenhuma psicoterapia, seja ela qual for, deveria almejar a dependência do paciente. Como disse antes, na psicoterapia, o terapeuta funciona um pouco como o remédio. Ora, transformar a confiança inicial numa eterna admiração e gratidão seria como substituir uma doença por uma toxicomania: você não tem mais pneumonia, mas tem uma necessidade visceral de tomar e venerar antibióticos. Ou, ainda, seria como curar um alcoolista tornando-o heroinômano.

De fato, se a psicoterapia faz seu efeito, o paciente para de idealizar o terapeuta. Tudo isso apenas para dizer que, se você gosta da ideia de ser um notável na cidade e de se sentir amado, a psicoterapia talvez não seja a melhor escolha profissional para você.

Só uma nota à margem, para ser sincero. Há terapeutas que, aparentemente, cultivam o amor, a admiração e a gratidão de seus pacientes acima de tudo. Eles parecem se importar mais com isso do que com a eficácia das curas. Ou seja, há terapeutas que escolheram a profissão com uma boa dose daquela vontade de ser amado e admirado, a mesma que, acabo de lhe dizer, talvez seja uma contraindicação para o exercício da profissão.

Pois bem, devo lhe confessar que alguns desses terapeutas podem ter o maior sucesso: eles se tornam frequentemente, aliás, chefes de escolas e (talvez empurrados pela necessidade de ser admirados) podem vir a ser teóricos brilhantes e inventivos. Seus consultórios são, eventualmente, abarrotados, mas eles devem seu sucesso profissional ao amor e à admiração que nunca se esquecem de alimentar em seus pacientes. De fato, pela experiência acumulada, pelo talento e pela capacidade de inspirar confiança, eles são, em geral, ótimos terapeutas no começo das curas. Mas os tratamentos que dirigem duram para sempre, transformam-se em dependências químicas. Não é raro que esse tipo de terapeuta considere e vivencie mesmo o fim ou a interrupção de uma cura como uma espécie de traição amorosa de seu paciente.

Essa perpetuação das curas não é o único problema.

É fácil reparar que, em quase todas as orientações da psicoterapia, a história da disciplina não é feita de discussões, confrontação de ideias e resultados, interrogações e pesquisas, mas se apresenta como um vaudeville (nem sempre engraçado), em que se alternam fiéis e infiéis, lugar-tenentes e traidores. Ou seja, é uma história de amores, desamores e ódios pessoais. Nisso, aliás, a psicanálise ganha o prêmio. Pois é, tudo isso tem uma origem comum: os chefes de escola vieram à psicoterapia como crianças decididas a viver para sempre com a agradável sensação de ser objetos insubstituíveis de amores e gratidões maternas. E delegaram a tarefa de manter essa ilusão a alunos e pacientes.

Por isso, insisto. As psicoterapias, em geral, se beneficiariam muito com algumas décadas de menos brilho, menos neurose de seus chefes e mais cuidado com os pacientes. Portanto, por favor, se sua personalidade pede amor e admiração ao mundo, invente uma crença, torne-se

médico, mas, pelo bem das psicoterapias, desista. Ou então (mas este é um caminho longo), antes de se autorizar a ser psicoterapeuta, faça o necessário para mudar mesmo.

Mas deixemos as razões de desistir e vamos ao que importa. Esta carta deveria tratar dos traços de caráter que eu procurari a em quem quisesse se tornar psicoterapeuta. Não sei decidira ordem, mas todos estes eu gostaria de encontrar:

1) Um gosto pronunciado pela palavra e um carinho espontâneo pelas pessoas, por diferentes que sejam de você. Proponho-lhe um teste um pouco difícil, mas, afinal, você deve tomar uma decisão importante: bata um papo com dois ou três moradores de rua, aproxime-se, deixe-os falar o que, em geral, ninguém escuta (salvo justamente os psicoterapeutas dos Centros de Atenção Psicossocial). Se você conseguir escutar, digamos, uma hora, sem que o discurso (quase sempre desconexo) abale sua atenção, e se não recuou instintivamente quando eles passaram uma mão encardida na sua camisa ou direto no seu braço, passou no teste. Repita, se possível, com outras amostras: pacientes psiquiátricos numa enfermaria ou num hospício, pacientes terminais num hospital geral e pessoas assoladas por um luto.

Sei, claro, que são provas que podem parecer estranhas e extremas, sugeridas por alguém (eu, no caso) que tem desde sempre uma simpatia (senão uma atração) pelas sarjetas do mundo. Mas minha intenção é prevenir. Vej a bem, eu me formei numa escola de gente engravatada ou, então, alardeando camisas de seda modelo Revolução Cultural Chinesa. Alguns anos depois de ter começado minha prática de psicanalista, decidi trabalhar durante um tempo (foram dois anos) num IME (Instituto Médico Educativo) do norte da França, em Le Havre. Eu seria terapeuta de crianças que só tinham em comum o traço seguinte: todos - os pais, a assistência social, a escola - haviam desistido delas. Durante a visita preliminar para obtero emprego, sentei no pátio da instituição, contemplando a estranha agitação ao meu redor. De repente, um menino, bonito e inquietante pelo olhar esbugalhado, veio até mim, subiu no meu colo (eu pensei: legal, ele me acha simpático, não é?) e começou a comer meu rosto. Não eram mordidas, eram chupadas largas, de boca aberta, nos olhos, no nariz, nas bochechas; num instante, minha cara estava coberta de uma saliva espessa que tinha o cheiro e o gosto inconfundíveis de café com leite, ruim como só a instituição psiquiátrica consegue fazer. Durou uma eternidade, e eu deixei, até que ele mesmo, talvez estranhando que eu não o afastasse nauseado, parou e ficou me olhando. Passei a mão na cabeça dele, devagar, para não assustá-lo, num gesto que queria dizer: está bem, entendi que este é seu jeito de falar, esta é (literalmente) sua “língua”, pode falar comigo. O diretor da instituição, que estava sentado ao meu lado, comentou: bom, acho que você foi aprovado. E pensei o seguinte: isso deveria ter acontecido comigo muito tempo atrás, antes de começar minha formação, quando ainda daria para desistir. Por sorte, passei nesse teste tardio.

2) Uma extrema curiosidade pela variedade da experiência humana com o mínimo possível de preconceito. Você pode ter crenças e convicções. Aliás, é ótimo que as tenha, mas, se essas convicções acarretam aprovação ou desaprovação morais preconcebidas das condutas

humanas, sua chance de ser um bom psicoterapeuta é muito reduzida, para não dizer nula.

Explico melhor. Você pode ser religioso, acreditar em Deus, numa revelação e mesmo numa ordem do mundo. No entanto, se essa fê comportar para você uma noção do bem e do mal que lhe permite saber de antemão quais condutas humanas são louváveis e quais condenáveis, por favor, abstenha-se: seu trabalho de psicoterapeuta será desastroso.

A preocupação moral não é estrangeira ao trabalho psicoterápico, mas, para o terapeuta, o bem e o mal de uma vida não se decidem a partir de princípios pré- estabelecidos; eles se decidem na complexidade da própria vida da qual se trata.

Um mesmo sintoma pode ser razão do sucesso ou do fracasso de uma existência.

Se você sofre de insônia, porque, por exemplo, sua história o condena a ser para sempre a sentinela da casa, pode acontecer que você se torne o responsável noturno mais confiável de uma central nuclear ou, ao contrário, que você atravesse a vida de café em café, numa luta extenuante contra o sono que, obviamente, sobra para o dia. Em suma, a insônia não é nem ruim nem boa. Agora aplique a mesma ideia ao caso de uma preferência ou de uma fantasia sexual e entenderá que um terapeuta que tivesse um juízo moral preconcebido sobre a tal fantasia ou preferência não teria condição de respeitar a singularidade de seu paciente.

Você poderia perguntar: mas será que não há condutas que eu posso julgar desprezíveis, seja qual for seu lugar, origem e função na vida de meu paciente? O que faço, se meu trisavô era Zumbi dos Palmares, e alguém se apresenta, me conta que odeia negros e orientais, acredita na supremacia da raça branca e quer ajuda porque (o exemplo é real) só consegue desejar corpos dessas outras raças? Pois bem, de duas uma: ou você pode escutar esse paciente sem juízo moral preconcebido (mas sem, mesmo) ou, então, é um limite, um caso do qual você não pode se ocupar. Encaminhe para outro terapeuta que talvez tenha limites diferentes.

É fácil entender que, se você tiver opiniões morais prontas sobre a metade dos atos possíveis nesta terra, é melhor deixar a profissão de terapeuta para quem tem mais indulgência pela variedade da experiência humana.

3) Este ponto é controvertido: além de uma grande e indulgente curiosidade pela variedade da experiência humana, eu gostaria que o futuro terapeuta já tivesse, nessa variedade, uma certa quilometragem rodada. Claro, sei que Freud era, ao que parece, bem certinho, e isso não impediu que ele se tornasse capaz de lidar como terapeuta (e não como moralista) com sintomas e fantasias sexuais que sua época condenava radicalmente. Também não impediu a “descoberta” da existência da sexualidade infantil, da qual ninguém queria sequer ouvir falar. Como ele conseguiu? É que, na sua própria análise (ou autoanálise que fosse), ele soube encontrar fantasias e desejos que não eram muito distantes dos que animam vidas estranhas e reprovadas socialmente. Ele aprendeu, em suma, que é difícil, senão impossível, encontrar “desvios” pelos quais ao menos uma parte de nossa mente não se tenha engajado em algum momento.

Por que qualquer terapeuta não faria o mesmo? Acontece que duvido que a coragem analítica

de Freud possa ser compartilhada por muitos. Por isso, prefiro contar com a experiência efetiva, ou seja, gostaria que a capacidade de considerar a variedade das vidas e das condutas com carinho e indulgência viesse ao terapeuta da variedade “animada” de sua própria vida.

No caso de Freud, essa exigência teria sido inútil e enganosa. Mas, como considero Freud uma exceção, na hora de escolher um terapeuta, minha preferência iria para alguém que não fosse um cartão-postal do conformismo.

Portanto, se você estiver hesitando em escolher a profissão de psicoterapeuta só porque, por uma razão qualquer, você não é um modelo de normalidade, esqueça essa preocupação. Claro, é possível que você ainda encontre no seu caminho instituições de formação muito preocupadas em não comprometer sua aura de respeitabilidade social. Até pouco tempo atrás, por exemplo, havia instituto de formação de psicanalistas que consideravam que um ou uma psicanalista não poderiam ser homossexuais. A justificativa era que os tais sujeitos não teriam chegado à suposta “maturidade genital”, ou seja, àquele estágio (mas seria melhor dizer àquele estado) da sexualidade em que as pessoas transariam só para fazer filhos, direitinho. Provavelmente tratava-se sobretudo de fazer bonito aos olhos da sociedade bem pensante, cujos membros são, afinal os “melhores” pacientes (ou seja, neste caso, aqueles que podem pagar mais). A prova disso é que os mesmos institutos, durante anos, recusaram dar formação a candidato que tivessem algum tipo de deformidade física. Diziam que os defeitos visíveis impediriam que os pacientes idealizassem seu terapeuta, como é necessário que aconteça inicialmente, para que a cura funcione.

Os psicanalistas eram, no começo da história da psicanálise, um bando de tipos excêntricos, marginais da medicina e das ciências sociais. Entende-se que alguns ficassem ansiosos em ganhar cartas de recomendação para os clubes dos notáveis, normais e bonitos. Mas não se entende que essa fachada de normalidade possa ser, hoje, um critério na hora de selecionar candidatos para formação.

Enfim, se sua vida sexual for um pouco colorida e você esbarrar numa instituição que condena seu desejo, não hesite, passe longe, siga em frente e procure outra instituição. Lembre-se de duas coisas. Primeiro, um psicoterapeuta (e ainda mais um psicanalista) que define uma conduta como “desvio” não fala em nome da psicoterapia e ainda menos em nome da psicanálise. Ele fala quer seja em nome de seu anseio de normalidade social, quer seja em nome de seu esforço para reprimir nele mesmo o desejo que parece condenar. Segundo, e mais geral, quem estigmatiza categorias universais, como “os homossexuais”, “os sadomasoquistas”, “os exibicionistas” etc., é um atacadista, enquanto a psicanálise trabalha no varejo: a fantasia e o desejo só encontram seu sentido nas vidas singulares.

4) O quarto e último traço que gostaria de encontrar no futuro psicoterapeuta é uma boa dose de sofrimento psíquico. Desaconselho a profissão a quem está “muito bem, obrigado”, por duas razões.

Primeiro, uma parte essencial da formação de um terapeuta que trabalhará com as motivações conscientes ou inconscientes de seus pacientes consiste no seguinte: o futuro terapeuta deve, ele mesmo, ser paciente durante um bom tempo. Certo, é possível, aparentemente, submeter-se a uma terapia ou a uma psicanálise só por razões didáticas, para aprender o método ou, como dizem alguns, para se conhecer melhor. Mas insisto no “aparentemente”, pois, de fato, é improvável que uma psicanálise aconteça sem que um sofrimento reconhecido motive o paciente. O processo não é necessariamente desagradável, mas pede uma determinação e uma coragem que podem falhar mais facilmente em quem não precisa de tratamento. Por que diabo me aventurarei a explorar os porões de minha cabeça, lugares malcheirosos e arriscados, se eu não for empurrado pela vontade de resolver um conflito, acalmar um sintoma e conseguir viver melhor? Uma terapia puramente didática é geralmente uma simulação de terapia.

E eis uma segunda razão para preferir que o futuro psicoterapeuta traga consigo uma boa dose de sofrimento psíquico e precise se curar. Durante os anos de sua prática clínica, no futuro, muitas vezes você duvidará da eficácia de seu trabalho. Encontrará pacientes que não melhoram, agarrados a seus sintomas mais dolorosos como um náufrago a um salva-vida; viverá momentos consternados em que as palavras que lhe ocorrerão parecerão alfinetes de brinquedo agitados em vão contra forças imensamente superiores. Nesses momentos (que, acredite, serão frequentes) será bom lembrar que você sabe mesmo (e não só pelos livros) que sua prática adianta. Sabe porque a prática que você propõe a seus pacientes já curou ao menos um: você.

Resumindo, meu jovem amigo que pensa em ser terapeuta, se você sofre, se seus desejos são um pouco (ou mesmo muito) estranhos, se (graças à sua estranheza) você contempla com carinho e sem julgar (ou quase) a variedade das condutas humanas, se gosta da palavra e se não é animado pelo projeto de se tornar um notável de sua comunidade, amado e respeitado pela vida afora, então, bem-vindo ao clube: talvez a psicoterapia seja uma profissão para você.

Abç.

2

QUATRO BILHETES

BILHETE 1

Caro amigo, recebi, sim, seu bilhete. Gostei da provocação. Lida a minha primeira carta, você me pergunta se, então, não haveria nenhum “desvio” (apreciei as aspas) que impediria que um sujeito se tornasse psicoterapeuta e acrescenta: “Poderia um travesti ser psicoterapeuta ou psicanalista? E você iria num ou numa terapeuta travesti?”.

Pois é, eu escolheria um analista em que tivesse confiança. As razões dessa confiança seriam provavelmente imponderáveis e, eventualmente, irrisórias: desde a recomendação de um amigo até a decoração do consultório, passando por uma contribuição decisiva do terapeuta à última enciclopédia de bridge ou por algo que ele ou ela disse ou escreveu em matéria de psicanálise.

De qualquer forma, quando escolhi meu analista, não me lembro de ter pensado que escolhia um analista heterossexual. Suas fantasias e preferências sexuais não o definiam, eram irrelevantes aos meus olhos.

A coisa seria diferente na escolha de um analista travesti? Sim e não.

Escolher um (ou uma) analista travesti teria um significado muito especial para quem compartilha com a cultura dominante a atitude seguinte: geralmente, pensamos que um sujeito que tenha e assuma uma preferência sexual excêntrica (digamos assim) seja necessariamente um sujeito que só pensa nisso, um “tarado, ou seja, um sujeito que se define exclusivamente por seu desejo sexual. Essa convicção é sempre fruto de alguma repressão. Funciona assim: se reprimo minhas fantasias (por mínimas que sejam) de experimentar os prazeres que imagino sejam reservados ao outro sexo, quem parece viver essas fantasias (o travesti, no caso) me aparecerá como o símbolo vivente da lubricidade. Claro, trata-se somente da lubricidade que não me autorizo ter. Pois, de fato, na maioria das vezes, os travestis são mais preocupados em definir sua identidade do que afoibados de gozar como míticos hermafroditas.

Em suma, se você imagina que qualquer travesti é um ser que conhece os prazeres de ambos os sexos e é afoito por ambos, talvez um travesti não seja para você o terapeuta ideal. A

menos que você não queira justamente um terapeuta ou analista que lhe apareça de imediato como depositário de um extraordinário saber sobre o sexo. Nesse caso, por que não?

Por outro lado, se você não caminha com a cultura dominante, ou seja, não transforma uma preferência excêntrica numa “tara” sexual, um terapeuta ou analista travesti não será, para você, muito diferente de um terapeuta ou analista de terno ou tailleur Armani.

Agora, não sei se há analistas ou terapeutas travestis. Portanto, não adianta me pedir telefone e endereço do consultório.

BILHETE 2

Gosto disso, você é persistente e agora pergunta: “É um pedófilo, poderia ser terapeuta ou analista?. Você quer que eu estabeleça um limite, ou seja, que coloque alguma prática ou fantasia sexuais no campo de uma anormalidade que tornasse por si só impossível o exercício da psicoterapia ou da análise. Por isso, você recorre a uma preferência sexual que é, além de ilegal, repulsiva, pois há ótimas razões, em nossa cultura, para que a infância seja protegida do desejo sexual dos adultos.

Mas disso, em princípio, cuida a nossa polícia.

A objeção à ideia de um terapeuta pedófilo existe, mas é de outra natureza. A fantasia do pedófilo é propor ou impor seus desejos a um sujeito que mal entende o que está sendo feito com ele e com seu corpo. É uma fantasia de domínio e sobretudo de domínio pelo saber. É a história (verídica) daquele padre americano que pedia sexo oral explicando a seu coroinha que era uma forma de santa comunhão.

Não é difícil entender que essa fantasia não é compatível com o exercício da psicoterapia ou da análise.

Claro, no começo de uma terapia ou análise, o paciente sempre supõe que seu terapeuta saiba muito mais do que ele, sobretudo em matéria de desejo e de sexo. Justamente, espera-se de uma terapia que ela não transforme essa suposição numa dependência crônica. Ora, é exatamente o que acontecerá se o terapeuta se servir da suposição inicial do paciente para realizar sua própria fantasia sexual, ou seja, se ele, propriamente, encontrar seu gozo na suposta supremacia de seu saber. E, se o terapeuta for pedófilo, a tentação será grande.

BILHETE 3

Desta vez, você pergunta: “Qual é seu limite? Qual é o paciente que você recusaria e

encaminharia alhures? E será que existem limites, por assim dizer, universais? Ou seja, sujeitos que nenhum terapeuta ou analista deveria aceitar?”.

Um grande analista francês, Jacques Lacan, disse uma vez, durante uma supervisão, que a gente não deveria oferecer tratamento aos parricidas. Mas não explicou por quê.

É sempre possível construir uma teoria geral do parricídio como infâmia inaceitável. Mas suspeito que se tratasse de um limite pessoal de Lacan, ou seja, que ele, Lacan, não tinha condição de oferecer análise a um parricida.

Por quê? Pois é, se você conhecesse a raiva famélica com a qual os filhos espirituais de Lacan se jogaram em cima de seu cadáver ainda antes de sua morte, entenderia facilmente (não me eximo da crítica: participei do festim). Talvez, nos últimos anos de sua vida, Lacan já sentisse hálitos carniceiros perto de seu pescoço e, com isso, achasse os parricidas pouco simpáticos.

E eu? Qual é meu limite? Há só um que me parece evidente: são aqueles sujeitos que conseguem se autorizar a cometer pequenos ou grandes horrores participando de aventuras coletivas que os absolvem de antemão.

No fim dos anos 70, em Paris, por falar italiano, recebi alguns pedidos de terapia de brigadistas vermelhos que fugiam da Justiça italiana exilando-se na França.

Todos viviam numa espécie de divisão. Eram sujeitos atormentados por dúvidas, dívidas e culpas em mil aspectos de suas vidas privadas. Mas seus atos militantes pertenciam, por assim dizer, a outro mundo, no qual não cabia a nenhum questionamento subjetivo, fora, naturalmente, a interrogação: “Sou ou não sou, fui ou não fui um ‘bom’ militante?”

Por exemplo, um jovem, aflito por pensamentos obsessivos e impotência sexual, não tinha nada para comentar sobre o fato de que, numa manhã de inverno, ele enfiara duas balas calibre 45 nos joelhos de um sindicalista da FIAT, bem na hora em que, saindo para o trabalho, o homem se virava para dizer tchau à mulher e à filha.

“Pernizar” (“gambizzare”, atirar nas pernas), como se dizia na época, e deixar inválido um pai de família não era, para esse jovem, um ato do qual ele reconhecesse propriamente a autoria. “Pernizar” era a expressão “normal” da máquina revolucionária da qual ele era uma engrenagem.

Pois bem, consegui oferecer tratamento a somente um desses brigadistas exilados. E foi porque, logo nas primeiras entrevistas, ao expor o passado militante, sua confortável sensação de ter sido apenas um instrumento do brigadismo não resistiu, e ele descobriu, com um certo horror, que o dedo que puxara o gatilho tinha sido o seu.

Pode ser que meu limite, neste caso, decorra de uma antipatia atávica por todos os grupos que nos fornecem a ocasião de agir como instrumentos de uma causa, adormecendo os espectros da consciência. Afinal, desse ponto de vista, os jovens brigadistas não deviam ser muito diferentes dos fascistas que perseguiram meu pai. Mas talvez meu limite coincida com

o limite universal sobre o qual você me questiona. Talvez um terapeuta ou um analista não tenham nunca o que propor a quem (burocrata, militante ou crente) consegue agir e perpetrar pequenos ou grandes horrores sem que sua subjetividade esteja envolvida. Você já ouviu, não é? “Essas eram as ordens”, “esta é a regra”, “isso é o que manda nossa fé”.

BILHETE 4

Você pergunta: “Será que não deveríamos acrescentar, entre os traços de caráter esperados num terapeuta, uma vontade de mexer com a vida dos outros, de ensiná-los, influenciá-los?”

Admito sem dificuldade que, no decorrer de uma terapia ou de uma análise, há momentos em que o terapeuta ou analista é levado a apontar um caminho e mesmo a empurrar o paciente na direção que parece mais certa. Nenhuma vergonha nisso. Aliás, a maior associação de psicoterapeutas dos Estados Unidos, da qual sou membro, chama-se American Counseling Association; “counselor” significa “conselheiro”, não no sentido honorífico: simplesmente, alguém que dá conselhos.

Será que o terapeuta ou analista não é também, você pergunta, alguém que gosta de aconselhar, com os privilégios (ilusórios) que essa posição comporta (sensação de relevância, de sabedoria efetiva)?

Quando era moleque, detestava conselhos, como a maioria de meus colegas. Quem oferecia conselhos era chamado pela gente, na Itália, de “cagassenno”, ou seja, melhorando a chulice na tradução, defecador de sapiência. Ora, o conselheiro “cagassenno” é aquele que se prevalece de um saber externo à situação (sua experiência pretensamente maior, seu elevado senso moral ou uma reserva de banalidades que ele chama de sabedoria ancestral). Em nome desse saber, o “cagassenno” quer escolher pela gente.

Como se espera que aja o terapeuta ou analista na hora em que for preciso empurrar o paciente para frente? A escolha da direção ou do caminho não deve ser decidida por uma norma, nem mesmo por uma sabedoria. Espera-se que o terapeuta ou analista empurre o paciente na direção de seu desejo. Aliás, é por isso que uma terapia leva tempo, porque, antes de empurrar, é preciso que esse desejo consiga se manifestar um pouco.

Mesmo assim, na hora de empurrar, é difícil, para o terapeuta, respeitar a direção apontada pelo desejo do paciente, ou seja, é difícil não achar que o desejo do paciente se parece sempre (olhe só, que coincidência) com o que a gente escolheria se estivesse na mesma encruzilhada. Por isso, é bom que o terapeuta ou analista não tenha uma grande paixão pedagógica. Se ele for “cagassenno” de caráter, empurrará na direção que lhe parece certa à vista de seus conceitos ou preconceitos.

Falando nisso, um episódio recente foi particularmente tragicômico: uma igreja evangélica

quis e tentou se constituir como centro de formação “psicanalítica”. Nota: aparentemente, apesar dos ataques que ela recebe, a psicanálise ainda deve ser uma denominação interessante. Fora isso, dá calafrios a ideia de “terapeutas” convencidos de que o Senhor e Bom Pastor sabe o caminho certo para cada ovelha e o comunicará a seus ministros, de modo que eles possam encaminhar as ditas ovelhas pela via do bem. Brrrrrrr.

Em suma, muito mais do que a vontade de ensinar os outros e de mexer com suas vidas, é importante, como já lhe disse, a aceitação carinhosa da variedade das vidas com todas as suas diferenças.

Sei como esse carinho se manifestava em mim, quando era ainda criança. Sobretudo aos sábados, eu voltava para casa, do cineclube de meu colégio, no fim da tarde. Em Milão, já era noite. Caminhava devagar, olhando para cima; gostava de ver as janelas iluminadas, a cor das cortinas, o brilho dos lustres, a luz trêmula dos primeiros televisores branco e preto. No verão, chegavam aos meus ouvidos o tilintar das mesas que estavam sendo postas e das cozinhas, alguns gritos, chamados e mesmo pequenas brigas, música e vozes do rádio. Eu ficava nostálgico daquelas existências, que imaginava, ao mesmo tempo, parecidas com a minha e diferentes. Senti a pena por todas as vidas que eu não viveria e uma certa alegria, porque pensava que, de todas, no fundo, eu podia reconhecer ao menos o barulho e o cheiro que me eram estranhamente familiares.

Mais comum do que o gosto pelas janelas iluminadas, a paixão pela literatura é, geralmente, sinal do mesmo carinho e da mesma aceitação diante da variedade das vidas. Detalhe: o amor pela literatura pode ser, indiferentemente, amor pelos autores de cordel ou pelos clássicos, mas é sempre amor por muitos livros. Como diz o Santo Tomás (apenas modificado): “Temo o psicoterapeuta de um livro só”.

Abç.

3

O PRIMEIRO PACIENTE

Minha jovem colega,

Imagino que você seja recém-formada (o que não significa apenas recém-saída dos bancos de sua faculdade, mas disso falaremos outra vez), prestes a começar a atender seu primeiro paciente. Você poderia perder coragem, perguntando-se: mas quem me escolherá como terapeuta, com tantos profissionais experientes e medalhões na praça? Um kamikaze?

Pois é, deixe que lhe conte a história de meu primeiro paciente.

Resolvi me tornar psicanalista em 1974. Antes daquela data, eu ensinava (teoria literária) na Universidade de Genebra, onde havia terminado minhas graduações. Não tinha a menor ambição ou desejo de me tornar psicanalista. Mas, há anos, passava quatro dias por semana em Paris, para me analisar. Da psicanálise eu esperava que curasse minhas assíduas angústias e uma gastrite crônica que, desde a adolescência, fazia do Buscopan meu companheiro mais fiel.

As angústias se amenizaram, e a gastrite sumiu. Por isso mesmo a psicanálise começou a me interessar seriamente; passei a freqüentar, além do seminário de Lacan (a missa semanal parisiense), cursos e grupos de estudo da École Freudienne de Paris, que era a instituição à qual pertencia meu analista. Mesmo assim, segui pensando que meu futuro seria pesquisar, ensinar e escrever, certamente não clinicar.

Em 74, então, recebi uma proposta que me acuou. Alguém tinha gostado de um livro que eu acabara de publicar e que era uma interpretação da grande mudança na pintura francesa de Courbet a Duchamps. Esse alguém (Yves Velan, um escritor e um homem fora do comum, que infelizmente perdi de vista) ensinava numa universidade americana e propôs que me candidatasse a um posto que coincidia com minhas qualificações. As grandes decisões da minha vida sempre foram assim, na hora em que os ingredientes chegam na boca do funil. Aceitar a proposta americana significaria impulsionar de vez uma carreira acadêmica que, de fato, eu já começara, mas significaria também deixar Paris, minha análise e a École Freudienne. Pois é, decidi, de repente, que a vida acadêmica não era mais o que eu queria. A psicanálise me interessava mais.

Na École Freudienne de Paris, para que um membro começasse a atender, não era prescrito nenhum exame ou entrevista específica. Mas era preciso que, quando se considerasse pronto para receber seu primeiro paciente, ele anunciasse a decisão ao seu analista. O dito analista

não daria nenhuma autorização, oral ou escrita que fosse; era apenas esperado que ele se opusesse, caso necessário.

O sistema parecia fácil demais, sem currículo para ser preenchido e sem entrevistas de seleção. Na realidade, era assustador, pois forçava cada um a encarar a responsabilidade de sua decisão sem um carimbo que o autorizasse. A ideia do consenso tácito do analista fazia a festa de alguns e o drama de outros. Os candidatos histéricos eram sempre convencidos de que seu analista mal tinha conseguido esconder o júbilo; os candidatos obsessivos nunca paravam de perguntar-se: será que ficou calado porque acha que estou pronto, porque não ouviu direito, porque considera apenas que não serei uma calamidade, porque acha que serei, mas não quis me magoar ou porque não soube o que dizer?

O fato é que, quando lhe comuniquei que começaria a atender pacientes, Serge Leclair, meu analista, não disse nada. E lá fui eu.

Na época, com o salário de professor assistente da Universidade de Genebra (magro, mas em francos suíços), pagava minhas viagens (trem de segunda classe), minha análise e o aluguel de um apartamento de quarto e sala em que morava em Paris. Em Genebra, me hospedava em casa de amigos.

A transformação de meu quarto e sala do 32, rue St Paul, deu nisto: a sala se tornou sala de espera e o pequeno quarto se tornou consultório. À noite, a sala de espera se transformava em quarto, graças a um sofá-cama. Comprei minha poltrona numa liquidação da Samaritaine; a poltroninha para os pacientes, achei no mercado das pulgas; a base do divã, confesso que achei na rua; um amigo me deu um colchão que lhe sobrava; e uma amiga costurou uma colcha de retalhos que dava ao conjunto um aspecto tipo Freud dos pobres. A mesa (que ainda carreguei comigo), encontrei na demolição de um bar, perto de casa. Estava pronto, só faltavam os pacientes.

Meu primeiro paciente foi indicado por uma amiga, Nicoil e SeIs, que era analista e bibliotecária da École Freudienne e que confiava em mim como futuro analista pela razão seguinte: ela sabia que, por mais que a psicanálise me tivesse conquistado, eu continuava apaixonado por muitas outras coisas que me seduziam tanto quanto e sobre as quais conversávamos assiduamente, repetindo capucinos num bar da rue Gay-Lussac. Falávamos com o mesmo prazer dos romances de Barbara Cartland ou do último prêmio Goncourt, das personagens mais excêntricas do século XVII (que era meu século preferido), da história da psiquiatria, de crimes verídicos, romances policiais e por aí vai.

O critério que, aparentemente, valeu para que ela me encaminhasse um paciente vale hoje para mim; na hora de encaminhar um paciente, prefiro os analistas cuja curiosidade para com o mundo, a vida e a cultura se estenda além das quatro paredes do consultório.

Quando chegou o dia da primeira entrevista do primeiro paciente, eu tinha uma preocupação dupla: queria que o apartamento tivesse cara de consultório, mas também queria que não tivesse cara de consultório no dia de sua inauguração. Afinal, eu pensava, qual paciente

gostaria de descobrir que o analista em que ele vem depositar uma esperança de cura é um novato absoluto? Cuidei dos detalhes: uma certa desordem de papéis e notas na mesa, uma pequena desarrumação do acolchoado do divã, para mostrar que alguém já deitara ali, três ou quatro baganas no cinzeiro (na época não só eu, mas a França inteira fumava), para mostrar que, naquela tarde, já me debruçara sobre outros destinos cabeludos.

Esse primeiro paciente se analisou comigo durante sete anos. Era um jovem psiquiatra, que se tornou analista por sua vez. Alguns anos depois de ele terminar sua análise, quando eu já era um analista reconhecido e estabelecido, nos encontramos, por acaso, num congresso e conversamos um pouco. De repente, ele me perguntou: “Eu fui seu primeiro paciente, não fui?”.

Hoje, responderia imediatamente a verdade. Na época, eu ainda me preocupava em defender a aura de mistério atrás da qual os terapeutas gostam de se esconder, sob pretexto de que o paciente precisa idealizar seu terapeuta. Portanto, fiquei perplexo e calado, com aquela cara de “Há!” que os analistas usam para fazer pensar que, primeiro, eles já estariam vendo a razão verdadeira da pergunta que está sendo feita e que, segundo, essa razão (desconhecida por quem pergunta) é infinitamente mais interessante do que a resposta que eles deveriam dar. Mas meu ex-paciente (aparentemente sua análise tinha funcionado) não deixou para menos e continuou:” Acho mesmo que fui seu primeiro paciente; não sei se você sabe, mas é o que eu tinha pedido para Nicolle, que me deu seu endereço na época. ‘Quero um analista’, eu lhe havia dito, ‘de quem serei o primeiro paciente’. E acho que ela respeitou meu pedido.

Queria ser o primeiro paciente porque pensava que, como meus problemas eram meio banais, só um analista debutante me escutaria com toda sua atenção”.

Gostaria de poder dizer que ele estava enganado, que, durante todos estes anos, escutei meus pacientes com a mesma paixão, vontade de entender e de dizer a coisa certa que eu sentia no começo daquela primeira análise. E é verdade que, até agora, consigo quase sempre me surpreender com cada história. Afinal, se um terapeuta não enxergasse (mais) a intensidade e a originalidade do drama e da tragédia por trás da eventual banalidade de cada vida que lhe é contada, ele estaria precisando de reciclagem urgente. Mas admito o seguinte: lembro-me do primeiro sonho daquele paciente em cada detalhe; não posso dizer a mesma coisa de todos os primeiros sonhos dos pacientes que seguiram.

Claro, nada garante que a voracidade da escuta e uma atenção exacerbada sejam as melhores conselheiras para um terapeuta. Além disso, dificilmente o desejo de ser o primeiro paciente de seu analista é apenas um jeito de garantir uma escuta especial e atenta.

Meu paciente escondia de seus pais algumas escolhas de vida, que, se fossem conhecidas, lhe valeriam um repúdio. No mínimo, era o que ele imaginava. Não estranha que ele quisesse ser, de uma certa forma, o legítimo primogênito de alguém para quem ele poderia contar “tudo”. A escolha de um terapeuta é sempre guiada por razões um pouco mais complexas e reveladoras do que o próprio paciente imagina.

Essa história deixa alguns ensinamentos:

- 1) Nem sempre é verdade que os pacientes preferem terapeutas experientes.
- 2) Como os caminhos pelos quais um paciente coloca sua confiança num terapeuta são muitos, se não são inúmeros, o mais simples talvez seja que nos contentemos em ser nós mesmos (não é preciso desarrumar colchas e deixar baganas nos cinzeiros).
- 3) A experiência certamente ajuda na conduta das curas, mas, de qualquer forma, seria bom que guardássemos sempre alguns elementos do espírito do debutante: a curiosidade, a vontade de escutar e, por que não, o calor de quem, a cada vez, acha extraordinário que alguém lhe faça confiança.

Abç.

4

AMORES TERAPÊUTICOS

Caro amigo,

Você me perguntou: “O que faço, se me apaixono por uma paciente?”. E lhe respondi laconicamente: “Será que é uma questão urgente?”. Você replicou: “Desde o começo de minha formação, pratico (só de vez em quando, não se preocupe) um devaneio em que curo milagrosamente uma moça emudecida por sua loucura e, lógico, nos amamos para sempre”. Depois disso, decidi levar sua pergunta a sério.

Talvez você se lembre de que, na minha primeira carta, falei um pouco da admiração, do respeito e, em geral, dos sentimentos que destinamos às pessoas a quem pedimos algum tipo de cura para nossos males.

Comentei que era bom que fosse assim, pois esses afetos facilitam o trabalho do terapeuta. E acrescentei que isso é especialmente verdadeiro no caso da psicoterapia, com a exceção de que, neste caso, espera-se que o encantamento se resolva, acabe um dia. Sem isso, a psicoterapia condenaria o paciente a uma eterna dependência afetiva.

Repare que, às vezes, sentimentos negativos, como o ódio, permitem e facilitam o trabalho psicoterápico, tanto quanto o amor. Mas é certo que o amor é a forma mais comum dos sentimentos cuja presença assegura o começo de uma psicoterapia. Ou seja, é muito frequente que um/uma paciente se apaixone por seu terapeuta.

A psicanálise deu a essa paixão um nome específico: amor de transferência. O termo sugere que o afeto, por mais que seja genuíno, sincero e, às vezes, brutal, teria sido “transferido”, transplantado. Ele se endereçaria ao terapeuta por procuração, enquanto seu verdadeiro alvo estaria alhures, na vida ou na lembrança do paciente. Você já deve ter ouvido mil vezes: o amor de transferência, grande ou pequeno, é a mola da cura.

Primeiro, ele possibilita que a cura continue apesar dos trancos e dos barrancos. Segundo, ele permite ao paciente viver ou reviver, na relação com o terapeuta, a gama de afetos e paixões que são ou foram também dominantes em sua vida; essa nova vivência, aliás, é a ocasião de modificar os rumos e o desfecho dos padrões afetivos que, geralmente, assolam uma vida, repetindo-se até o enjôo. Terceiro, ele pode, às vezes, ser o argumento de uma chantagem benéfica: o paciente pode largar seu sofrimento por amor ao terapeuta, para lhe oferecer um sucesso, para ganhar seu sorriso, para fazê-lo feliz. Esse terceiro caso apresenta alguns inconvenientes óbvios: o paciente que melhorar por amor a seu terapeuta nunc a se

afastará dele, pois parar de amar seria para ele largara razão pela qual se curou, ou seja, voltar a sofrer como antes ou mais ainda.

Você deve também ter ouvido mil vezes que um/uma terapeuta não pode e não deve aproveitar-se do amor do paciente ou da paciente. Você pode ter carinho e simpatia por seu/sua paciente, mas transformar a relação terapêutica em relação amorosa e sexual é mais do que desaconselhado.

Por quê?

Nota: para simplificar, no que segue, falarei do terapeuta no masculino e da paciente no feminino. Mas o mesmo vale seja qual for o sexo do terapeuta e seja qual for o sexo do paciente, incluindo os casos em que esse sexo é o mesmo.

Um argumento que é usado tradicionalmente para justificar essa interdição é o seguinte: o afeto que uma paciente pode sentir por seu terapeuta é fruto de uma espécie de quiproquó. O terapeuta não é quem a paciente imagina. A situação leva a paciente a supor que seu terapeuta detenha o segredo ou algum segredo de sua vida e que, graças a esse saber, ele poderá entendê-la, transformá-la e fazê-la feliz. Ou seja, a paciente idealiza o terapeuta, e quem idealiza acaba se apaixonando.

Conclusão: o apaixonamento da paciente é um equívoco. E não é bom construir uma relação amorosa e sexual sobre um equívoco. Se paciente e terapeuta se juntarem, a coisa, mais cedo ou mais tarde, produzirá, no mínimo, uma decepção e, frequentemente, uma catástrofe emocional, pois a decepção virá de um lugar que pode ter sido idealizado além da conta.

Esse argumento, na verdade, vale pouco. Explico por quê: a paixão de transferência é, de fato, igual a qualquer outra paixão. Em outras palavras, os amores da vida são fundados num quiproquó tanto quanto os amores terapêuticos. Quando nos apaixonamos por alguém, a coisa funciona assim: nós lhe atribuímos qualidades, dons e aptidões que ele ou ela, eventualmente, não têm; em suma, idealizamos nosso objeto de amor. E não é por generosidade; é porque queremos e esperamos ser amados por alguém cujo amor por nós valeria como lisonja. Ou seja, idealizamos nosso objeto de amor para verificar que somos amáveis aos olhos de nossos próprios ideais.

Então, se o amor de transferência não é muito diferente de qualquer amor, será que está liberado? Pois é, não está liberado: há outros argumentos contra, e são de peso; eles não se situam do lado do paciente (cujo amor é bem parecido com um amor verdadeiro), estão do lado do terapeuta.

Por que um terapeuta toparia a proposta amorosa de uma paciente? Por que ele se declararia disponível e proporia um amor quase irrecusável a uma paciente já seduzida pela situação terapêutica? Há três possibilidades.

1) A primeira é perfeitamente explicada no auto-de-fé do ex-presidente Clinton, quando, em suas memórias recentemente publicadas, ele narra e tenta entender seu famoso envolvimento

com uma estagiária da Casa Branca, Monica Lewinski. Com notável honestidade e capacidade analítica, Clinton não justifica seus atos pelo transporte da paixão, mas declara que ele se deixou seduzir ou (tanto faz) que ele seduziu Lewinski simplesmente “porque podia”. Ele acrescenta (admiravelmente) que, de todas as razões possíveis, essa é a pior, a mais condenável.

“Transar porque pode” não significa só transar porque é fácil, porque o outro é acessível. Significa transar pelo prazer de poder. É como se a gente gostasse de bater em enfermo porque isso dá a sensação de ser forte.

O consultório do terapeuta tomado por essa fantasia se transforma num templo (ou num quarto de motel), em que as pacientes são chamadas a participar de ritos que celebram a potência do senhor.

Esse abuso dos corpos produz estragos dolorosos, porque ele se vale de uma oferta generosa de amor: “Posto que você me ama, ajoelhe-se”. É uma situação próxima à do abuso de uma criança, quando os adultos que ela ama e em quem confia se revelam sedentos de demonstrar sua autoridade pelas vias de fato, na cama ou a tapas.

Invariavelmente, o terapeuta deslumbrado pela descoberta de que ele “pode” agir do mesmo modo com as pacientes com quem ele transa e com aquelas com quem ele não transa. A fantasia de abuso invade todo seu trabalho terapêutico, ou seja, ele não analisa nem aconselha, ele dirige e manda, pois ele goza de e com seu poder.

2) Mas há terapeutas, você me dirá, que se apaixonam mesmo por uma paciente e até casam. Concordo. Aliás, essa é a segunda possibilidade.

O curioso é que, em regra, os analistas que se apaixonam pelas pacientes que os amam são recidivistas. Eles se casam com várias pacientes, uma atrás da outra. Um psicanalista famoso, de tanto casar com pacientes, ganhou o apelido “Divã, o Terrível”.

Conheço as desculpas: a gente trabalha duro e não tem tempo para sair na noite, onde a gente encontraria uma companheira? Afinal, não é banal que as pessoas encontrem suas metades no ambiente de trabalho? Além disso, o terapeuta se apaixonou por alguém que ele conhece (ou imagina conhecer) muito bem; essa não é uma garantia da qualidade de seus sentimentos? Pode ser. Mas resta uma dúvida, que se torna quase certeza à vista da repetição.

Esses psicoterapeutas ou psicanalistas que se juntam com verdadeiras séries de pacientes devem ser tão cativos da situação terapêutica quanto suas pacientes. Explico. A paciente se apaixonou porque tudo a leva a idealizar seu terapeuta. O terapeuta deveria saber que é útil que seja assim, mas também deveria saber que, de fato, sua modesta pessoa não é o remédio milagroso e definitivo que curará os males de sua paciente. Ora, é provavelmente disto que ele se esquece. O terapeuta, seduzido pela idealização de sua pessoa, como o corvo da fábula, acredita no que diz o amor de sua paciente, ou seja, acredita ser a panaceia que tornará sua paciente feliz para sempre.

Generoso? Ingênuo? Nada disso, apenas vítima, por exemplo, de uma obstinada esperança de

voltar a ser o nené que, por um mítico instante, no passado, teria feito sua mãe absurdamente feliz.

A série continua porque a decepção é garantida. O terapeuta (como homem e companheiro) não é uma panaceia (ninguém é). A paciente com quem ele se casou, uma vez feita essa descoberta trivial, manifestará sua insatisfação e, com isso, fará a infelicidade do nené caprichoso com quem casou. Pronto, acaba o casamento. Entretanto, como disse, a esperança do terapeuta é obstinada; não é fácil desistir do projeto de ser aquela coisa que traz ao outro uma satisfação absoluta. Por que não tentar outra vez?

Os terapeutas recebem regularmente, em seus consultórios, os cacos desses dois tipos de desastres: o das abusadas e o das casadas e abandonadas por não se terem mostrado perfeitamente satisfeitas. São cacos difíceis de serem recolados. A decepção amorosa da paciente é violenta: afinal, ela foi enganada por um objeto de amor ao qual atribuía poderes e saberes quase mágicos.

O pior desserviço desses desastres é que, de fato, eles impedem que as vítimas encontrem a ajuda da qual precisam. Frequentemente, ao tentar uma nova terapia, elas não param de esperar que se engate uma nova relação erótica (pois lhes foi ensinado, por assim dizer, que a cura virá de um amor correspondido com seu terapeuta). Outra eventualidade é que elas nunca mais consigam estabelecer a confiança necessária para que um novo tratamento se torne possível.

3) Existe uma terceira possibilidade para os amores terapêuticos. É possível que se apaixone por sua paciente um terapeuta que não queira apenas gozar de seu poder e que não seja aflito pela síndrome de fazer a “mamma” feliz. E é possível que uma paciente se apaixone por seu terapeuta sem acreditar que ele seja o remédio a todos os seus males.

Afinal, não é impensável que dois sujeitos, que tenham algumas boas razões de gostarem um do outro, se encontrem num consultório. Todos sabemos que um verdadeiro encontro é muito raro, e é compreensível que um terapeuta não faça prova da abnegação profissional necessária para deixar passar a ocasião. Mas, convenhamos, se esse tipo de encontro é tão raro, é difícil acreditar que possa repetir-se em série... Como diz o provérbio, errar é humano, perseverar é diabólico. Ou seja, pode acontecer uma vez numa vida. A partir de duas, a série é suficiente para provar que o terapeuta está precisando de terapia.

Abç.

Caro amigo, recebi sua notinha um pouco irônica. Sua observação é correta. Embora eu tenha especificado que os amores terapêuticos acontecem tanto com terapeutas homens como com terapeutas mulheres, é verdade que, em minha carta, para simplificar (foi o que eu disse), usei o masculino para “o” terapeuta e o feminino para “a” paciente. Não foi por acaso, você tem razão. Provavelmente, esses desastres acontecem mais entre terapeutas homens e pacientes mulheres do que entre terapeutas mulheres e pacientes homens. Mas não é, como você sugere, porque os homens “são sempre mais assanhados”. A razão é outra: muitos homens, diferentemente das mulheres, acreditam terem sido, ao nascer, a única e inigualável razão da satisfação de suas mães. É isso que explica que os terapeutas sejam mais propensos a se oferecer a suas pacientes como panaceias amorosas.

BILHETE 2

Agora você quer que eu lhe diga, caso se apaixone por uma paciente, como você saberá se a coisa se enquadra no caso dois ou no caso três. Ou seja, como saberá se está se rendendo à raridade de um encontro amoroso excepcional ou se é apenas o começo de uma série (que demonstraria que, na verdade, você se enganou um pouco de profissão).

Pois é, salvo esperar para ver se a coisa se repete, o único que poderia dizer seria seu analista. É por isso, aliás, que é sempre bom que um terapeuta, de vez em quando, volte a ser paciente...

Enfim, na dúvida, abstenha-se.

5

FORMAÇÃO A

Minha jovem amiga,

Você tem razão, falei (em minha primeira carta) dos traços de caráter que gostaria de encontrar num terapeuta, mas não disse nada dos caminhos pelos quais ele deveria formar-se.

Por exemplo, você me pergunta, que faculdade você recomendaria cursar? Medicina e psiquiatria ou psicologia clínica?

Na verdade, tanto faz, porque nem o psiquiatra nem o psicólogo clínico se formam para serem psicoterapeutas. Se você quer ser psicoterapeuta, o essencial de sua formação acontecerá depois da faculdade ou, quem sabe, durante seus estudos. De qualquer forma, se dará fora da academia.

E há, por isso, uma razão intransponível: uma peça-chave da formação de um psicoterapeuta é o tratamento ao qual ele mesmo se submete. E essa cura não pode ser uma demonstração pedagógica abstrata, não pode ser limitada a um fazer de conta durante o qual se transmitiria uma técnica. Ao contrário, espera-se que, nesta experiência, o futuro terapeuta se depare com a complexidade de suas motivações, sintomas e fantasias conscientes e inconscientes. Pois, para o terapeuta, não há melhor introdução à variedade do sofrimento humano do que a descoberta de que, em algum canto de seus pensamentos, ele pode encontrar palavras, lembranças, razões, visões e pensamentos parecidos com aqueles que afetam, agitam ou mesmo enlouquecem seus pacientes.

É óbvio que essa experiência por si só não forma um terapeuta. Desde o fim do século XIX, vem se constituindo uma imensa biblioteca de depoimentos, pesquisas e construções teóricas sobre o sofrimento psíquico, as motivações humanas e os caminhos terapêuticos possíveis. Espera-se que um terapeuta conheça o essencial da tortuosa história dessas ideias, não por gosto erudito, mas porque essa história apresenta as respostas que nós, humanos e modernos, construímos para entender quem somos. Ela é, em suma, uma vasta patologia das racionalizações que somos capazes de inventar para explicar nosso mal-estar. Espera-se também que, nesse emaranhado, o terapeuta escolha um fio e o percorra detalhadamente, lendo e estudando.

Muito bem, você dirá, entendo facilmente que a própria análise ou terapia de quem está se formando não possa fazer parte de um curso universitário. Como seria avaliada, com que notas? E quem garantiria a absoluta confidencialidade das coisas ditas? Qual seria a

qualidade da relação terapêutica, se ela for, ao mesmo tempo, uma espécie de exame?

Mas e o estudo dos textos, por que não seria responsabilidade de um curso universitário?

De fato, existem hoje mestrados em psicologia clínica e em psicanálise, nos quais esse estudo é proposto e acontece.

No entanto, a diversidade das orientações psicoterápicas pediria uma multiplicação de pós-graduações (só em psicanálise, seriam necessários cinco ou seis cursos diferentes). Além disso, de qualquer forma, o estudo universitário não é exatamente equivalente ao estudo proporcionado pelos institutos de formação. A compreensão dos textos não é a mesma. Há uma diferença relevante entre ler como estudante, que deve dar conta do que aprendeu, e ler como terapeuta em formação, que interpreta os textos a partir da experiência singular de sua própria terapia ou análise.

Por essas razões, no mundo inteiro, a formação do psicoterapeuta é proposta por instituições privadas, que inventam, cada uma de seu jeito, formas de ensino e de aprovação e reprovação compatíveis com este estranho currículo, no centro do qual está a coragem do candidato que se questiona radicalmente, em sua terapia ou análise.

Anos atrás, o governo italiano foi pressionado pela classe médica a regulamentar a profissão de psicoterapeuta. A ideia dos médicos e psiquiatras que pediam essa legislação era definir oficialmente a psicoterapia como ato médico, podendo ser praticado legitimamente só por doutores em medicina. Com isso, os psicólogos e demais terapeutas não-médicos estariam sob tutela, ou seja, pagariam para os médicos supervisões obrigatórias. O governo achou a proposta boa, examinou a questão e chegou à seguinte conclusão: nem médicos psiquiatras nem psicólogos recebem uma formação acadêmica que possa ser considerada suficiente para exercer a psicoterapia sem constituir perigo para a saúde mental do cidadão. A dita formação é administrada por instituições privadas de várias orientações. Portanto, foi constituído um conselho das instituições estabelecidas e reconhecidas, e esse conselho decide quem é habilitado ao exercício da psicoterapia.

O governo italiano agiu de maneira certa. Contudo, minha preferência é para a situação que vige hoje no Brasil e na maioria dos países, em que a prática da psicoterapia não é regulamentada. Claro, para quem procura um psicoterapeuta, seria simpático que um carimbo oficial garantisse que o terapeuta foi formado por uma instituição reconhecida. O problema é que isso implicaria que cada terapeuta se formasse inteiramente numa única instituição, da qual seria membro carimbado. Sumiriam na ilegalidade, portanto, os numerosos terapeutas e analistas, digamos assim, independentes, sem carteirinha de um partido só.

Formações unívocas, ligadas à doutrina de uma instituição só, ganhariam em rigor, mas perderiam em complexidade em liberdade. A perda, a meu ver, seria maior do que o ganho.

Alguém me lembrará que vários institutos de formação psicanalítica não são doutrinários; ao contrário, eles cultivam a pluralidade. Concordo, e são os institutos que prefiro. Mas a liberdade da qual falo vai além disso. Por exemplo, acho que um pouco de formação em

terapia cognitiva ou sistêmica seria útil para um psicoterapeuta motivacional. A grande maioria de meus colegas psicanalistas achará que essa afirmação é um disparate. Alguns, se eu fosse membro de sua instituição, levariam o caso ao comitê central para que tomasse providências. Parênteses: não é disparate nenhum; de fato, como aquela personagem de Molière que falava em prosa e não sabia, até um psicanalista purista age como terapeuta cognitivo várias vezes por dia, só que não sabe.

Mas voltemos ao essencial desta carta.

Imagino que, nesta altura, você observe: se a formação acontece depois da faculdade, em instituições privadas, por que deveríamos escolher ou privilegiar a formação acadêmica em psiquiatria ou psicologia? Se eu quiser me tornar psicoterapeuta e estiver ainda na hora do vestibular, por que não escolheria qualquer faculdade que, quem sabe, me interesse mais? Seja lá, filosofia, direito, história ou matemática?

De fato, quase todas as instituições privadas que formam psicoterapeutas aceitam candidatos que não são nem psicólogos nem psiquiatras.

Mas meu conselho é o seguinte: se você decidir se tornar psicoterapeuta já no meio de sua vida, e sua formação acadêmica for diferente de psiquiatria e psicologia, não volte ao vestibular e aos bancos da universidade; simplesmente, comece sua formação na instituição de sua escolha. Não ser psiquiatra nem psicólogo não constitui um impedimento decisivo.

Mas, se você estiver decidindo se tornar psicoterapeuta na hora de escolher sua faculdade, escolha sem hesitar ou psicologia ou medicina e psiquiatria.

Pois seria errado pensar que, na formação de um psicoterapeuta, os currículos acadêmicos de psiquiatria e psicologia não adiantariam nada. Certo, só uma parte pequena do que você aprende na faculdade lhe será de alguma ajuda no seu trabalho futuro. Certo, sua formação efetiva começará, provavelmente, depois da faculdade. Mas, mesmo assim, há algumas boas razões para não desprezar os estudos de psicologia ou de psiquiatria.

As que são invocadas mais frequentemente são também as menos importantes. Concernem a experiências e saberes que poderão fazer falta na sua formação de psicoterapeuta, mas que ambos, experiências e saberes, poderão ser encontrados de outro jeito.

Por exemplo, é indispensável que um psicoterapeuta tenha instrumentos diagnósticos para não confundir, se possível, uma amnésia histórica com o começo de uma arteriosclerose ou de um Alzheimer e para se lembrar que uma depressão pode ser o efeito de uma insuficiência de hormônio da tireóide. Na suspeita, é bom encaminhar o paciente para um check-up neurológico, vascular e endocrinológico.

É também indispensável que um psicoterapeuta tenha um conhecimento dos princípios ativos dos remédios psicotrópicos mais comuns, pois, embora ele não prescreva, lidará, em muitas ocasiões, com pacientes que precisam de medicação ou já estão sendo medicados. É importante poder colaborar com o psiquiatra que prescreverá, assim como é importante

distinguir o efeito medicamentoso das mudanças que nada têm a ver com esse efeito.

É útil que um psicoterapeuta conheça os princípios diagnósticos do Manual Estatístico Diagnóstico adotado pela Organização Mundial da Saúde. Num mundo em que se viaja muito, não é raro que a gente receba pacientes que carregam consigo diagnósticos dos quais é bom entender como foram estabelecidos e o que eles significam. E não é raro que a gente deva encaminhar um paciente para um psiquiatra desconhecido num país onde não há terapeutas da mesma orientação que a nossa. Você não acha? Pois é, se um dia um paciente seu apresentar um surto agitado num hotel de Cingapura, tente explicar por telefone a um residente em psiquiatria local que seu paciente não é psicótico. Logo constatará que o DSM pode ser de grande ajuda.

Também é necessário, a meu ver, que um psicoterapeuta passe por uma experiência efetiva e consistente com pacientes psicóticos e, se possível, com toxicômanos. Os estágios clínicos universitários respondem a essa necessidade. Agora, esses saberes e essas experiências podem ser adquiridos sem passar pelas faculdades de psicologia ou de medicina e psiquiatria.

Meu caso é uma boa ilustração. Minha graduação, em Genebra, foi entre filosofia e epistemologia (teoria do conhecimento). Isso me tornou psicólogo o suficiente para poder, mais tarde, completar um doutorado em psicopatologia clínica. Mas, de fato, em minha graduação (em Genebra, quando Piaget ainda ensinava), só me interessei em entender como se constituem, no desenvolvimento humano, as operações mentais graças às quais conseguimos pensar. O que aprendi seria de grande ajuda se, hoje, eu fosse psicólogo escolar; saberia diagnosticar anomalias e atrasos cognitivos. Mas, na faculdade, meu treinamento clínico foi nulo. Ou seja, quando decidi me consagrar à clínica, não tinha passado por nenhum estágio, não conhecia o DSM nem os princípios ativos dos remédios psicotrópicos etc. Em suma, não preenchia nenhum dos requisitos que mencionei antes e que constituem o pano de fundo garantido pelo ensino de psiquiatria ou de psicologia clínica.

O que eu fiz? Organizei um grupo com alguns amigos, e pedimos a um psiquiatra de boa formação em biopsiquiatria que ele nos desse aula durante um ano. Inicialmente, esnobei o DSM, pois essa era a moda em Paris, mas recuperei o tempo perdido mais tarde e voltei ao DSM ainda muito recentemente, quando, praticando nos Estados Unidos, tive de preencher sistematicamente formulários diagnósticos para o seguro saúde de meus pacientes.

Muito cedo em minha formação, tive a sorte de ser admitido para frequentar as apresentações de pacientes psicóticos que Jacques Lacan oferecia semanalmente no hospital Sainte Anne. E inventei minha própria residência: me apressei a conseguir trabalho no Instituto Médico-Educativo que mencionei em minha primeira carta. Lá, aprendi, por exemplo, que autismo e psicose não são bem a mesma coisa e também que abuso, abandono e desamparo social, sobretudo para uma criança ou um adolescente, podem se confundir com a deterioração e o sofrimento psíquicos mais profundos.

Em suma, batalhei um pouco, mas não foi impossível compensar uma formação acadêmica não-clínica.

Ora, há uma outra razão que torna o currículo de psicologia clínica ou de psiquiatria interessante para um psicoterapeuta. É esta razão que me parece, hoje, a mais importante: quem não passa pelo ensino clínico universitário, em geral, forma-se só e exclusivamente na orientação específica da instituição que escolheu. Por exemplo, minha formação foi na École Freudienne de Paris, a escola fundada e dirigida por Jacques Lacan. Por graça divina (e vontade de Lacan, sem dúvida), era considerado crucial ler a obra de Freud até cansar. Salvo as devidas exceções e as curiosidades pessoais de alguns, o clima geral sugeria que, para a psicanálise anglo-saxã, por exemplo, era suficiente conhecer chavões críticos e palavras de ordem irônicas. Depois da morte de Lacan, a coisa piorou. Cada vez mais, lacaniano só lê Lacan.

Você pergunta: qual é o problema? À primeira vista, poderíamos pensar que é melhor assim; afinal, o terapeuta aprende mais da orientação que sustentará sua prática, ou seja, aprende mais do que importa, não é?

Pode ser. Acontece que, de fato, medindo cuidadosamente as palavras, uma formação policiada para ficar circunscrita a uma prática só e ao ensino que lhe corresponde está levando gerações de terapeutas e analistas a valorizar não o compromisso com os pacientes, mas a reprodução e a preservação da doutrina na qual se formaram.

A orientação terapêutica na qual você se formou ou está se formando, minha jovem amiga, não é uma ideologia, nem uma fé na qual seria preciso que você acreditasse, nem uma espécie de dívida que você contraiu com seus mestres e que a forçaria a se fazer seu repetidor e arauto fiel.

Nisso, uma formação acadêmica de psicólogo ou psiquiatra pode ser de grande auxílio. Apesar da multiplicação de departamentos vigiados por obediências teóricas, a variedade do ensino universitário ajuda a levar a sério a frase famosa de Aristóteles (apenas modificada): “Platão é meu amigo, mas meus pacientes são mais amigos ainda”.

Abç.

6

CURAR OU NÃO CURAR

Cara amiga,

Você vai ter dificuldade em acreditar, mas é assim: um bom número de meus colegas psicanalistas achará estranho que, nestas cartas, eu fale de psicoterapia e de psicanálise como se fossem parentes próximos. Aliás, eles julgarão curioso que um psicanalista escreva “Cartas a um jovem terapeuta”.

Em princípio, eles certamente reconhecem que a psicanálise é a matriz mais importante de qualquer terapia que opere com as motivações conscientes e inconscientes de quem sofre. Mas não aceitam de jeito nenhum que a psicanálise seja uma psicoterapia; recusam a ideia de que o psicanalista se proponha a curar, de uma maneira ou de outra, o sofrimento de seus pacientes.

Na origem dessa recusa, que é, à primeira vista, um pouco surpreendente, há algumas reservas bem justificadas quanto aos efeitos da vontade e da pressa de curar. Essas reservas são úteis para o psicoterapeuta.

Freud, por exemplo, recomendava que os psicanalistas não tivessem pressa de curar.

Por quê?

Em muitos casos, o paciente nos consulta por um problema bem definido: um medo específico, uma ejaculação precoce, um pensamento obsessivo ou mesmo uma encruzilhada da vida em que lhe é difícil tomar uma decisão. Às vezes, aliás, ele já pensou bastante no assunto e nos dá sua própria explicação para o que lhe acontece.

Se o terapeuta estiver com pressa de agir, acreditará que a queixa apresentada (com a explicação que a acompanha) diz mesmo o essencial do que atormenta o paciente. E tentará imediatamente combater o sintoma ou ajudar na solução do dilema.

Neste caso, quase sempre, o sintoma e o dilema apenas se deslocarão, migrarão alhures, pois o sofrimento psíquico é como a massinha de modelar de nossa infância; você não a quer num determinado quatinho da casa de boneca, empurra com força, consegue deslocá-la, mas ela não sumiu, apenas se insinuou pelas frestas e reaparece no quarto ao lado.

Um exemplo. Nos últimos anos, atendi pacientes brasileiros que viviam em Nova York. Muitos vinham me ver com um problema “só”: queriam decidir se voltariam para casa ou

ficariam nos Estados Unidos. Chegavam com verdadeiras listas de argumentos contrapostos que acabavam num empate que os imobilizava. Também estavam com pressa: renovo o visto ou não renovo? E o contrato de aluguel, que acaba daqui a seis meses?

Era grande a tentação de tomá-los ao pé da letra e, ajudá-los a decidir, pesando de novo os argumentos, acrescentando outros que, quem sabe, eles não tivessem contemplado e, sobretudo, jogando na balança o peso de um conselho que, justo ou errado, teria a vantagem de tirá-los de uma hesitação excruciante.

Claro, escutava com calma a exposição dos dilemas e de suas razões, mas me guardava da pressa. À força de perguntas, encorajava-os a voltar no tempo. Não era fácil, pois a reação imediata era de impaciência: “Tudo bem, vou falar daquela viagem ao Canadá quando era criança, tudo isso é bem bonito e interessante, mas eu devo decidir agora, você entende?”.

Ora, quase sem exceções, o dilema do momento, por mais imperativo e efetivo que fosse, era o herdeiro de conflitos mais antigos, que, quase sempre, tinham sido ilusoriamente resolvidos pela própria saída do Brasil. Era a necessidade de realizar um desejo fracassado dos pais (impressionante quantas crianças nascidas ou concebidas durante o doutorado do pai ou da mãe nos Estados Unidos se perguntam um dia por que diabo acabaram emigrando). Era a necessidade de repetir o gesto mítico do ancestral que foi embora de algum país europeu para o Brasil (maneira de reivindicar para si a suprema autoridade simbólica da família, mas a que preço?). Eram as mil faces do eterno conflito de qualquer adolescente tardio, dividido entre o desejo paterno de que ele dê prova de sua autonomia e o desejo (também paterno) de que ele fique perto de casa, no abraço quente dos seus. Havia as filhas que precisavam demonstrar coragem e autônias muito “machas”, para competir com os irmãos; caçulas que sonhavam em ser o filho pródigo da parábola; filhos mais velhos que só se sentiriam legítimos se conquistassem sua primogenitura na marra. Havia sujeitos só capazes de amar e ser amados à distância. E por aí vai.

O fato é que a pressa de curar e decidir teria sido péssima conselheira. Meus pacientes, de volta ao Brasil ou estabelecidos de vez em Nova York, tanto faz, teriam certamente encarado, algum dia, uma nova forma do mesmo dilema não resolvido, tão angustiante quanto.

O preceito de não se apressar é quase equivalente à recomendação médica segundo a qual nem sempre é bom suprimir os sintomas antes que a doença se declare. Não há nada, nessa desconfiança da pressa, que seja um privilégio da psicanálise e ainda menos que livre a psicanálise da tarefa de curar (claro, sem que a pressa atropela a cura).

Um outro argumento para desconfiar da ideia de que a psicanálise seria uma forma de terapia é o seguinte: as definições tradicionais do que é curar dizem que curar significa restabelecer a normalidade funcional ou, então, levar o sujeito de volta a seu estado anterior à doença.

Nesta altura, você já sabe que a psicanálise (e a mesma coisa vale para qualquer psicoterapia) não tem, nem quer ter, uma noção preestabelecida de normalidade. Ou melhor, nosso ideal de normalidade é o estado em que um sujeito se permite realizar suas

potencialidades, ou seja, o estado em que nada impede que alguém viva plenamente o que lhe é possível nos limites impostos por sua história e sua constituição.

Se a normalidade for definida assim, ela pode perfeitamente ser o alvo de nossas curas. Quanto à ideia de que curar seria levar de volta um sujeito ao estado anterior à doença, é óbvio que uma psicoterapia não funciona nunca como a extirpação cirúrgica de um cisto ou como a exterminação de uma bactéria, atos que devolveriam o corpo a seu estado anterior.

Uma psicoterapia é uma experiência que transforma; pode-se sair dela sem o sofrimento do qual a gente se queixava inicialmente, mas ao custo de uma mudança. Na saída, não somos os mesmos sem dor; somos outros, diferentes.

Em suma, os argumentos apresentados até aqui nos encorajam a redefinir o que é a cura que pode ser esperada de uma psicoterapia e sugerem que, justamente para curar direito, o psicoterapeuta não deve se apressar. Nada, nesses argumentos, explicari a um divórcio necessário entre psicanálise e psicoterapia.

De onde vem, então, o estranhamento de meus colegas? Por que a psicanálise não seria uma terapia? Por que a ideia de curar o sofrimento psíquico se tornou objeto do escárnio de muitos psicanalistas?

Há, primeiro, uma razão histórica. A coisa começou no fim dos anos 60, época triunfante da contracultura americana e do espírito do maio francês, em que a crítica e a revolta eram o único sinal verdadeiramente aceitável de “saúde” mental.

Naqueles anos, nasceu o movimento antipsiquiátrico. Era o projeto de esvaziar os asilos, onde apodreciam legiões de pacientes de quem se esperava apenas que se tornassem crônicos e permanecessem presos para não atrapalhar a vida dos outros. Era também a ideia de que os “loucos”, uma vez liberados, poderiam se tornar uma força revolucionária que transformaria a vida de todos. Melhor, ao se tornarem revolucionários, eles de uma certa forma estariam curados: o engajamento político seria sua terapia final.

Em 69, se me lembro direito, eu estava na plateia (e um pouco na organização, pois servia de tradutor) do primeiro congresso “Psicanálise e Política”, em Milão. Perdido entre as estrelas (Deleuze, Guattari, Giovanni Jervis da equipe de Basaglia etc.), um honesto psicanalista milanês, Enzo Morpurgo, apresentou o caso de uma paciente. Não me lembro dos detalhes do caso, mas lembro da discussão: o público quase linchou o conferencista porque o tratamento que ele apresentava havia melhorado a condição de sua paciente. A palavra “adaptação” voava no ar como o último xingamento.

Curar significava permitir que um paciente estivesse melhor, portanto que ele perdesse seu potencial de revolta, ficasse mais resignado e complacente com a realidade política e social do momento. Quem curava traía a causa do proletariado e da revolução. Quem curava levava seu paciente a esquecer-se de que ninguém deve salvar-se sozinho.

O pobre analista milanês, enfim, para proteger-se dos tomates verbais que choviam no palco, acrescentou um epílogo (verdadeiro ou improvisado, nunca saberemos) à exposição do caso. Declarou: “Mas aconteceu algo que devemos considerar. Quando a paciente veio me ver, ela era membro do Partido Comunista Italiano” (que era, na época, considerado desprezivelmente rosa-claro, reformista e traidor). “Quando a análise terminou”, continuou o analista, “ela deixou o partido e entrou no Manifesto”. O Manifesto era uma dissidência crítica e revolucionária do partido; só para entender, é como se um psicoterapeuta dissesse, no Brasil de hoje, que seu paciente saiu do PT e foi fundar um partido com Babá e Luciana Genro.

Hoje, esse episódio parece cômico e estranhamente distante. As coisas mudaram, provavelmente para melhor: não acredito que haja um psicanalista ou um psicoterapeuta que, mesmo coagido por uma plateia enfurecida, alegaria a mudança de partido de uma paciente como prova da excelência dos resultados de sua prática.

Mas algo daquela época permaneceu, no mínimo, até os anos 90. O quê? A ideia de que a pretensão de curar-se, de ser um pouco mais “feliz”, seria só uma idiotice vendida pela propaganda de iogurte, carros e cartão de crédito, um sonho de consumo feito para nos distrair do que importa. Nisso, a rebeldia nascida nos anos 60 reata com a tradição romântica do século XIX, glorificando a inquietude, a angústia e mesmo o sofrimento psíquico como provas de vitalidade subjetiva.

Nota à margem. É um estranho paradoxo: é bem possível que o sonho de felicidade seja a cenoura atrás da qual nossa cultura individualista e liberal força todos a correr, mas é certo também que o sonho só é uma cenoura eficaz à condição que seja entretida uma insatisfação permanente com nosso destino. Ou seja, é preciso não ser feliz para correr atrás da felicidade e de seus substitutos. O culto da inquietude inconformada e angustiada é tão essencial ao funcionamento de uma sociedade liberal quanto o sonho de felicidade. Mas, enfim, esses eram (e ainda são) os tempos.

Para entender as origens da resistência à ideia de uma cura psíquica, é bom levar em conta ainda outros fatores. Por exemplo, os intelectuais europeus (sobretudo italianos e franceses) dos anos 70 descobriram os sociólogos (e psicossociólogos) da escola de Frankfurt. Na verdade, enquanto os italianos liam (pois quase tudo era traduzido do alemão para o italiano), os franceses confiavam na segunda-mão (pois as traduções francesas chegaram bem mais tarde); com isso, dessa não-leitura, sobraram aos franceses os chavões, o maior deles sendo a convicção férrea e abstrata de que uma das raízes do mal é a cultura de massa. Qualquer coisa que agradasse ao grande número devia ser reprovável; portanto, se o grande número, quando está mal, quer ser curado, é porque o grande número está sendo enganado pela cultura de massa.

Com isso, as vanguardas da época viviam um paradoxo extremo: queriam ser populares e sonhavam com a aliança de estudantes e proletários, mas praticavam propositalmente um elitismo exacerbado, que lhes parecia a única reação contra a “burrice” da cultura de massa

(ou seja, contra tudo o que pensavam as próprias massas com as quais as vanguardas queriam aliar-se).

Talvez esse quadro ajude a entender por que a psicanálise francesa dos anos 60 e 70 (na qual me formei e que teve uma grande influência direta e indireta no Brasil dos anos 80) desconfiava da ideia de que a psicanálise fosse uma terapia e por que ela produziu um corpo teórico de acesso difícil, quase críptico e curiosamente afastado do dia-a-dia da clínica.

A psicanálise francesa daqueles anos era, em suma, (permita-me a ironia) perfeitamente adaptada à sua época, cultivando o exoterismo de sua doutrina e preferindo apresentar-se como uma experiência mais iniciática do que terapêutica, mais para os adeptos do que para os pacientes.

No meio desse clima, produzia-se um outro fenômeno. A partir dos anos 60, crescia o número de jovens que tinham acesso ao ensino universitário - efeito de desenvolvimento, do bem-estar e, mais tarde, também de governos satisfeitos com a ideia de atrasar por quatro ou cinco anos a chegada ao mercado de trabalho de jovens que seriam, sem isso, desempregados no fim do secundário. Obviamente, a geração rebelde era seduzida pelas ciências humanas: as faculdades de sociologia e psicologia estavam abarrotadas.

Ora, nos anos 70 e 80, os psicanalistas americanos, por exemplo, queixavam-se de uma diminuição do número de pacientes e de candidatos e explicavam a penúria pelo fato de que talvez a psicanálise clássica fosse uma cura longa e trabalhosa demais. No entanto, na Europa (de fato, sobretudo na França e na Itália) assistia-se a uma difusão sem precedentes da prática psicanalítica e a uma acelerada reprodução de analistas. Claro, nos cafés de Paris, comentava-se que a psicanálise americana se ferrava por seu próprio empirismo adaptador, ou seja, por não entender que “na verdade” o povo não quer adaptação, o povo quer revolução e complicação.

Talvez seja melhor não acreditar nos cafés de Paris e considerar que o sucesso de mercado da psicanálise francesa daquela época (e, especificamente, do ensino de Jacques Lacan) foi o fruto de uma extraordinária adequação ao momento. Uma geração revoltada, apaixonada pelas ciências humanas e ameaçada de desemprego estava entregue a furores abstratos; a psicanálise francesa respondeu perfeitamente ao mal-estar dessa geração. Na próxima carta, tentarei lhe mostrar como isso se deu e com quais consequências (que, em parte, ainda duram).

Desta vez, basta-me ter exposto o clima que predisponha a psicanálise francesa dos anos 70 a considerar a ideia de curar como anátema.

Aliás, desde aquela época, há meios psicanalíticos em que a palavra “paciente” é malvista. Paciente é o chato que se queixa e quer ser curado, enquanto quem faz análise é “analisando” ou “analisante”, não paciente, pois ele deve esperar análise e não cura.

Você deve ter notado que penso diferente. A psicanálise me interessa por sua capacidade de transformar as vidas e atenuar a dor.

Se tenho uma reserva diante da palavra “paciente”, é porque espero que todos sejamos impacientes com o sofrimento desnecessário que, eventualmente, estraga nossos dias.

7

O QUE FAZER PARA TER MAIS PACIENTES?

Meu caro amigo,

Respondo a uma preocupação que você manifestou depois de minha terceira carta. Você escreveu: “Receber um primeiro paciente é fácil; fazer que o consultório da gente cresça e se torne viável é uma outra história, não é?”.

Por sorte, para responder, terei de completar a história que comecei na última carta. Em 1974, acredito, um pouco antes que começasse a atender, fui visitar Christian Simatos, que era o secretário da École Freudienne de Paris (secretário, neste caso, não designa um emprego administrativo, mas um cargo essencial no funcionamento da instituição, ocupado por um psicanalista).

Tratava-se de formalizar minha candidatura ao estatuto de membro da École de anunciar que eu me aprestava a receber pacientes. Fiz meu pedido e apresentei meu currículo (com nome do analista, tempo de análise, grupos de estudos dos quais eu participava etc.), que seria examinado na próxima reunião da direção. Depois disso, conversamos um bom momento.

No decorrer desse papo amigável, perguntei a Simatos o que ele achava que eu deveria fazer para que alguém me encaminhasse pacientes, de maneira que pudesse começar minha atividade. Sabia que a École não tinha uma política de encaminhamento para os jovens analistas (só nos últimos anos, foi instituído um comitê responsável para receber os pedidos de análise e terapia que chegavam diretamente à instituição; esse pequeno comitê encaminhava os pedidos a membros da instituição, mas segundo os critérios escolhidos pelos analistas que compunham o comitê, não segundo uma política formal).

Pensava também que talvez essa ausência de política de encaminhamento fosse proposital, uma espécie de seleção social, uma última prova depois da formação; afinal, ser psicanalista é um ofício liberal, e uma certa capacidade social de inspirar confiança e receber demandas poderia ser considerada como um requisito de qualquer profissão liberal. Essa ideia, embora nada explícita, ressurgia, na vida da instituição, na hora de os membros serem designados com o título de “analista membro”. Não havia candidatura para isso; o que contava, de fato, era ter durado ao menos dez anos na prática clínica, dar o, sem fazer estragos.

Enfim, coloquei a pergunta, e Simatos me respondeu: “Faites-vous connattre”, faça-se conhecer. Era uma resposta de bom senso; sobretudo se você começa a trabalhar numa cidade que não é sua de origem (na qual talvez você tivesse uma rede de amigos, colegas desde o primário, parentes etc.), é preciso, no mínimo, que as pessoas saibam que você existe.

Entretanto, no contexto daqueles anos, a resposta assumia um sentido um pouco diferente.

Lembra-se da última carta? Pois é, na época, contribuir ao exercício e à doutrina da psicanálise parecia mais importante do que curar pacientes. Isso fazia com que, para cada um, a relação com os colegas da École, com os outros analistas, fosse mais relevante do que a relação com a cidade e, em geral, com o resto da sociedade.

Consequência disso: todo o mundo parecia convencido de que, assim como as batatas vêm da terra, os pacientes só vêm de outros analistas e terapeutas mais abastados. Portanto, fazer-se conhecer não significava ganhar a confiança de quem está na primeira linha de embate com o sofrimento cotidiano (o padre da igreja, o quiroprático, o médico de família ou mesmo os vizinhos do prédio); significava impor respeito aos colegas da instituição. Na mesma linha, mostrar que a gente era digno de confiança não significava dar provas práticas da capacidade de ajudar pacientes, significava dar prova de uma “excelência” teórica que “impressionaria” os colegas.

Quem seguisse o conselho que eu acabava de receber e quisesse “se fazer conhecer” não pensava, por exemplo, em conseguir trabalho num dispensário público de saúde mental, onde se mostraria capaz de lidar com a demanda de quem sofre e pede ajuda sem salamaleques (ou seja, sem a reverência garantida de quem já saberi a que a psicanálise era uma aventura especial reservada aos entendidos).

Naquela época, quem se dispusesse a seguir o conselho de Simatos, ao contrário, pensava em outras coisas. Pensava em dar prova de extraordinários brilho, inteligência e saber num seminário fechado entre analistas (consequência paradoxal disso: nos seminários, falava-se pouco, pois o risco de perder pontos parecia maior do que a chance de ganhá-los). Pensava em conseguir apresentar uma comunicação num congresso ou numa jornada de trabalho da École, mesmo que fosse às 8 da manhã na sala D. Pensava em publicar a dita comunicação ou, então, em publicar um artigo em alguma revista. Ou, sonho supremo, pensava em escrever, um dia, um livro para a Éditions du Seuil.

Mas, cuidado, em sua maioria, essas intervenções e comunicações, esses artigos e livros não nasceriam propriamente como contribuições a uma disciplina, e sim como esforços para conquistar um espaço mais ensolarado na hierarquia (imaginária ou real) da instituição. Eram como a roupa da semana da moda de São Paulo ou do Rio: fashion para dar lustre à marca, vestimenta só para a passarela, não para usar.

De fato, na história de poucas disciplinas houve uma proliferação de produção, digamos, teórica tão intensa como na psicanálise francesa desde 1970. Multiplicavam-se as revistas e as séries editoriais. Depois da dissolução da École Freudienne, quando Lacan estava se apagando, a comunidade fragmentou-se, não tanto por diferenças na interpretação da obra ou no entendimento da psicanálise. Ela se fragmentou como se fragmentaria um exército em que todos achassem vital ser generais. Cem grupos permitem a existência de cem chefes de escola

(por pequena que cada uma seja); com cem escolas, há mil membros de diretorias, 2 mil analistas encarregados de ensino e, sobretudo, cada grupo convocando deus e todo o mundo para seus congressos, centenas de ocasiões de subir num pódio.

Na vida das instituições desta época (vamos fazer de conta que não seja mais o caso), não havia temas que se impusessem como questões comuns e motivassem números especiais de revistas ou encontros. Havia, isso sim, a necessidade institucional de garantir espaço a todos os membros que se sentiam compelidos a tomar a palavra ou a caneta para “s e fazer conhecer”.

A produção psicanalítica deste período (com as exceções que são sempre devidas, claro) é fundamentalmente uma vasta e desordenada máquina de propaganda. E, à diferença do que acontecia nos começos da psicanálise, quando se tratava de estabelecer a legitimidade da disciplina, o objeto da propaganda deste período não era a psicanálise, eram as instituições (as marcas) e as pessoas (os modelos).

Consequência e prova disso: essa produção surpreendentemente exuberante não tinha nenhum efeito acumulativo. Alguém podia escrever e publicar hoje uma interpretação sofisticadíssima de um sintoma extremamente raro, sei lá, síndrome de Tourette com tique do olho esquerdo e palavrões em chinês. Pois bem, amanhã outra pessoa escreveria e publicaria outra interpretação sofisticadíssima da mesma síndrome, só que absolutamente oposta à anterior. Nem por isso haveria debate ou acumulação de um saber. Citações do trabalho anterior, nem pensar. As ideias se sucediam como num desfile de achados sem conexão. Por que um debate, posto que o propósito dos autores não era interpretar a dita síndrome (ainda menos curá-la, Deus nos livre disso), mas assinar uma interpretação suficientemente sofisticada para impressionar os colegas?

Havia uma outra razão para que não acontecesse debate nem acumulação de saber. Não era raro que, continuando o mesmo exemplo, nenhum dos autores das interpretações opostas tivesse sequer visto um paciente com síndrome de Tourette. É certo que o racionalismo tradicional da cultura francesa alimenta a ilusão de que a verdade surgiria “à la Descartes, ou seja, não do exame dos fatos, mas por pureza lógica de deduções abstratas. Mas é mais certo ainda que o imperativo de ganhar visibilidade empurrava especificamente os psicanalistas menos experientes a escrever, comunicar e ensinar.

Tenho uma certa birra daquela época, pois me parece que vi alguns dos melhores cérebros de minha geração, não agonizantes na sarjeta, como escreveu um grande poeta da contracultura, Allen Ginsberg, mas perdidos em elucubrações sem diálogo e sem relação com a gravidade e a seriedade de suas práticas.

Quem lia essa massa de livros e artigos? Quem escutava o murmúrio incessante de seminários e comunicações? De certa forma, ninguém. Em regra, lia-se e para adquirir o código comum e colocar em dia o ranking dos analistas. Além disso, lia-se só para cima, numa espécie de pirâmide. As sumidades eram perfeitos autodidatas, só liam o que eles mesmos escreviam; os que estavam embaixo deles só liam as sumidades, e por aí vai,

descendo até a massa dos jovens que eram o embasamento e a sustentação (entre outros, financeira) da pirâmide, pois a necessidade de “fazer-se conhecer” os levava a pagar seu ingresso em todos os congressos, comprar todos os livros e todas as revistas.

De qualquer forma, não é de estranhar que as contribuições não fossem levadas a sério, pois, de fato, em sua maioria, não eram escritas para divulgar ideias.

Você poderia me perguntar: mas, falando em finanças, como uma tal quantidade e diversidade de editoras deficitárias, de congressos dispendiosos, de locais alugados por instituições que pagavam funcionários, imprimiam programas etc., como tudo isso podia ser sustentado só pela presença e pela leitura assídua e fiel dos jovens médicos e psicólogos que queriam se tornar analistas? Afinal, o número não devia ser imenso, não é?

Pois é, a solução veio do próprio ensino de Lacan. Certamente não foi uma sacação maquiavélica. Uma ideia de Lacan, nos anos 60, criou as condições para que a pirâmide se constituísse e também para que a psicanálise francesa, durante ao menos duas décadas, não conhecesse dificuldade de clientela e, sobretudo, de pedidos de formação.

Aconteceu assim. Lacan se perguntava o que seria o fim de uma análise, ou seja, como definir uma análise propriamente terminada. Sua resposta foi a seguinte: o fim de uma análise (diferentemente de uma interrupção) não é o esgotamento dos assuntos, o sumiço dos sintomas, o fim das queixas ou coisa que o valha. O fim de uma análise propriamente dito seria uma experiência radical produzida pelo próprio processo analítico.

Pouco importa aqui examinar como Lacan entendia essa experiência e o processo que a levaria. Mas, descrita em termos psicológicos e muito simples (que ele teria detestado), seria a experiência de que não somos grande coisa e, em particular, não somos a única coisa que falta para que o mundo seja perfeito e para que a nossa mãe seja feliz. Isso parece (e é) uma coisa fácil de saber e mesmo de admitir, mas uma experiência efetiva dessa superfluidade de nós a existência é uma outra história. Nesse momento final, o sujeito vivenciaria, logicamente, uma espécie de desamparo depressivo, mas também uma extrema liberação. Por que liberação? Pois é, o que mais nos faz sofrer talvez seja justamente a relevância excessiva que atribuímos à nossa presença no mundo, pois essa relevância é a pedra de fundação de todas nossas obstinadas repetições, é graças a ela que insistimos em ser sempre “iguais a nós mesmos” (sendo que, no caso, essa expressão não tem um sentido positivo).

Há boas razões para se pensar que, uma vez essa experiência feita, a gente possa passar a viajar pela vida carregando malas um pouco mais leves. Ou seja, seríamos capazes de largar os sintomas que nos devastam e que, obviamente, adoramos a tal ponto que não conseguimos desistir deles. Em suma; essa experiência conclusiva teria um valor terapêutico.

A questão do fim de análise é de grande interesse clínico. Eu mesmo escrevi meu primeiro livro de psicanálise, no começo dos anos 80, para tentar entender se e como essa experiência tinha acontecido para alguns de meus pacientes.

Até aqui, tudo bem. O problema é que, à sua descrição do fim de análise, Lacan acrescentou uma observação que teve consequências propriamente sociais. Ele notou que essa experiência produzia, nos sujeitos que a atravessavam, uma qualidade analítica, uma disposição, digamos assim, a exercer a função de psicanalista. Com os poucos elementos de descrição psicológica da experiência que acabo de esboçar, já dá para entender o porquê. Para lidar corretamente com o sofrimento dos outros, não é necessário ser “normais” nem é preciso estarmos curados de nossas neuroses, mas seria bem-vindo que a gente não se tomasse pelo ouro do mundo. Você deve lembrar, por exemplo que já mais de uma vez, em nossa correspondência, lhe aponte alguns problemas da prática de quem acredita que sua presença deveria bastar para fazer cada paciente feliz. Em geral, esse terapeuta casa com uma série de pacientes ou mantém todos numa eterna dependência ou, terceira possibilidade, faz os dois.

Ora, a observação de Lacan levou todo mundo às conclusões seguintes: 1) só seria analista mesmo quem passasse pela experiência do fim de análise, 2) passar pelo fim de análise seria o suprasumo do que é preciso para tornar-se psicanalista. As consequências são previsíveis. Para a psicanálise na França (e em boa parte do mundo), elas foram devastadoras, embora paradoxalmente positivas para o mercado da psicanálise. Aconteceu o seguinte.

Os que estavam se formando entenderam que deveriam necessariamente ir até o fim de suas análises. Mas a dita experiência não é um evento pontual que seja reconhecível porque, de repente, se acenderia a uma luz verde. Tanto o paciente quanto seu analista poderão, eventualmente, entender o posteriori que uma experiência daquele tipo aconteceu, mas nenhum dos dois poderá certifi-cá-la na hora em que ela se der (se é que se trata de uma hora e não, como é bem mais provável, de um processo tortuoso).

Por consequência, as análises de quem estava se formando tornaram-se infinitas, eternamente suspensas à questão insolúvel: será que cheguei lá ou ainda não? O cúmulo é que, desta forma, uma experiência que devia implicar um certo desprendimento era procurada como se fosse o ponto G do gozo. Ou seja, a observação de Lacan (mal interpretada?) fazia com que, no momento de largar suas malas mais pesadas, os pacientes em formação as trocassem por um enorme baú. Em outras palavras ainda, Lacan descreve uma possível experiência de (saudável, embora doloroso) abalo das fundações do narcisismo; essa experiência foi entendida como a porta de acesso ao prestígio da profissão desejada. O momento em que eu realizasse a experiência de que não sou nada seria o momento em que finalmente conseguiria ser alguma coisa ou mesmo alguém.

Acredito que a experiência que Lacan tentou descrever existisse mesmo. Agora, é de se perguntar se ela não se tornou impossível a partir do momento em que passou a prometer, como prêmio, justamente uma identificação, uma certeza narcisista: cheguei, enfim, sou analista!

Naqueles anos, teria sido possível escrever uma espécie de etiqueta para quem quisesse mostrar ao mundo que havia atravessado a experiência do fim de análise (e, “portanto”, era

analista). Era bom, claro, mostrar-se sempre deprimido, evitar com desdém qualquer conversa fútil (e qual não é?), tomar a palavra só transmitindo a impressão de que a gente está se forçando a falar, pois, na verdade, como todos podem ver, não é?, tomar a palavra parece agora uma jactância e por aí vai. Uma série de caretas e posturas quase cômicas.

Já é meio estranho escutar alguém esbofando-se a contragosto para anunciar que sabe que ele é só um objeto inútil e descartável. Agora, quando esse alguém está esbofando-se num palco, diante de 800 pessoas que pagaram algo como R\$50 para escutá-lo esbofar, está na hora de rir.

Seja como for, do ponto de vista do mercado da psicanálise, essa transformação de uma hipotética experiência num carimbo de autorização (e, reciprocamente, do carimbo numa hipotética e enigmática experiência) foi ótima, pois manteve durante anos deitados no divã pacientes em formação, que, sem isso, já estariam correndo pelas ruas.

Mas há mais. A ideia de que qualquer análise terminada seria o essencial de uma formação (termine a análise e tornar-se-á analista), uma vez vulgarizada, transformou todos os pacientes, ou quase todos, em candidatos potenciais. Com os efeitos seguintes: 1) a grande massa dos pacientes veio engrossar a base da pirâmide que mencionei antes, frequentando congressos, seminários e colóquios, comprando revistas e livros, pagando as mensalidades das instituições etc.; 2) começar uma análise tornou-se mais tentador: mesmo que não acredite que essa coisa possa melhorar minha vida, curando meus sintomas, será que não a melhorarei achando enfim uma profissão? (lembre-se das massas de estudantes de humanas prometidos ao desemprego); 3) a psicanálise se afastou ainda mais do projeto terapêutico; a ideia de que curar fosse acessório, senão supérfluo, além de ser um trejeito ideológico da contracultura, tornou-se um fato estabelecido pela própria finalidade da análise. A experiência do fim de análise: era para isso que a análise servia. Que, ao longo do caminho, a gente pudesse curar uma gastrite, uma obsessão ou uma incapacidade de amar, isso era coisa para a espécie inferior dos psicoterapeutas.

Na verdade, seria possível dizer que a psicanálise não se afastou de um projeto terapêutico; apenas passou a propor a todos, como cura, a chance de tornar-se psicanalista. Com isso, aliás, curou suas próprias finanças e qualquer crise de clientela.

Ironia da história: Lacan avançara seu entendimento do fim da análise também para polemizar com a ideia de que o fim de uma análise seria uma identificação com o analista, que é de fato uma ideia suspeita: “você estará bem, quando ficar parecido comigo”. Ora, tudo na mesma, com o fim da análise como passaporte para transitar do divã para a poltrona.

O prognóstico dessa história não é bom. Uma prática e uma disciplina têm seus dias contados e se perdem o rumo de sua utilidade social para se preocuparem apenas com sua própria reprodução. A base da pirâmide, passado o entusiasmo inicial, só pode descobrir que não lhe foi dada formação alguma; apenas lhe foram transmitidos os tiques, os anseios e a ilusão de uma militância esperançosa. A promessa do bem-estar foi substituída pela promessa de entrar no clube, de ganhar status e trabalho. E, dessa promessa, só se realizou (se é que se

realizou) a primeira parte. Quem acreditou na promessa ganhou os encargos do clube, o dever de pagar a mensalidade, sem qualquer benefício. Entretanto, a longo prazo, a massa de cidadãos, que não são seduzidos por essa promessa, acabará se perguntando por que diabo levaria as queixas de sua vida a quem parece se importar sobretudo em produzir adeptos. Para isso, bastam as igrejas evangélicas, não é?

Enfim, essa história contém lições que podem ser valiosas para você, especificamente na hora em que se pergunta como estabelecer sua clínica.

Seu primeiro compromisso não é com “a psicanálise” ou “a psicoterapia”, nem com Freud, Melanie Klein, Lacan ou qualquer outro chefe de escola, nem com a instituição na qual você se formou.

Seu primeiro compromisso é com as pessoas que confiam em você e trazem para seu consultório uma queixa que pede para ser escutada e, por que não, resolvida. Ou, mais geralmente, seu primeiro compromisso é com a comunidade na qual você presta serviços. E o compromisso é de prestar o melhor serviço possível.

Talvez uma comparação resuma melhor. O destino da União Soviética teria sido diferente se os bolcheviques se lembrassem que seu compromisso não era com o partido nem com Lenin nem com a teoria marxista, mas com o povo russo. Ajudou? Conte-lhe essa história para chegar à resposta que eu lhe daria, hoje, se você me perguntasse o que, na época, eu perguntei a Simatos: “O que fazer para que mais pacientes cheguem até meu consultório?”.

Diria: “Para estabelecer sua clínica, vale esta máxima: se seu compromisso for com os pacientes, não se preocupe, eles vão acabar sabendo”.

Abç.

BILHETE

Você observa que, às vezes, lendo textos psicanalíticos dos anos 70 e 80 (hoje a coisa tende a melhorar), não é simples fazer a diferença entre uma contribuição valiosa e um exercício de autopromoção; o estilo pode ser o mesmo: inutilmente torto, propositalmente incompreensível. Como não confundir?

Não sei. A verdade é que a obscuridade desses textos me afasta por razões propriamente clínicas.

Os textos psicanalíticos obscuros são geralmente concebidos para produzir e alimentar amores de transferência. Funciona assim: se você não entende bulhufas, é que meu texto diz

coisas que você não quer saber; deve tratar de coisas que têm tudo a ver com você. Portanto, quanto menos você entende, tanto mais você pode e deve me idealizar e me amar como detentor de uma verdade sua que você desconhece e que eu conheço.

Numa terapia ou numa análise, espera-se e que, um dia, a idealização do terapeuta acabe. Espera-se também que o terapeuta queira que isso aconteça.

No caso dos textos obscuros, parece que seus autores preferem manter os leitores e admiradores boquiabertos para sempre. Pois escrevem não para transmitir o que sabem (a revelação liquidaria a idealização cega), mas para serem idealizados.

Só uma consolação: sempre chega um dia em que o truque para de funcionar e parece evidente que, quando você não entende, é porque o autor não tem grande coisa para dizer ou, mesmo que tenha algo para dizer, prefere preservar sua aura de mistério a transmitir o que sabe. Em ambos os casos, provavelmente não vale a pena se esforçar.

Sou um leitor obstinado. Os textos com os quais mais penei foram a Fenomenologia do espírito, de Hegel, e os Escritos, de Lacan (um ano para cada um, a tempo pleno). Eles me servem de referência: quando o esforço de leitura se aproxima do que eles exigiram de mim, é bom que o texto prometa um conteúdo de riqueza equivalente (o que é raro).

Se não for o caso, passo adiante.

Fora isso, há momentos em que um sólido senso de humor pode ser salutar para evitar as armadilhas transferenciais da obscuridade.

No ano passado, em Boston, Estados Unidos, fui escutar, com um amigo e colega americano, um professor universitário inglês que proferi a uma conferência supostamente de teoria psicanalítica de inspiração francesa.

No fim de uma incompreensível sucessão de afirmações sem referência empírica, destacando as palavras para marcar a extrema dramaticidade da questão conclusiva de sua exposição, o palestrante perguntou: “Será que a pulsão se curva?”.

E deixou o silêncio compenetrar o momento solene.

Meu amigo americano observou discretamente: “É uma questão muito interessante, mas, ultimamente, o que tem me ocupado mesmo é outra questão: quantos anjos você acha que cabem na cabeça de um alfinete?”. Sério, comentei: “Depende, anjos em pé ou sentados?”.

Fomos tomados por um acesso de riso incontrolável. O curioso é que o auditório, embora ninguém tivesse ouvido nossa troca bem-humorada, foi contagiado e aliviado por nossa hilaridade.

O conferencista ainda deve estar se perguntando o que há com estes americanos, que, em vez de aplaudir, caem na gargalhada. E, provavelmente, está contando para seus amigos que ele verificou pessoalmente o que todos já sabem: os americanos são refratários à psicanálise.

Abç.

8

QUESTÕES PRÁTICAS

Minha jovem colega,

Vou tentar responder numa só carta aos vários bilhetes que você me mandou na semana passada. São questões que, quas e sempre, embora sejam objetos de reflexões teóricas complexas (às vezes, inutilmente complexas), merecem ser resolvidas com uma dose certa de bom senso.

REGRAS

Você me pergunta se, no começo de uma cura, é bom dar alguma indicação ao paciente ou mesmo explicitar algumas regras. Sei que você está pensando, por exemplo, no que se chama, em psicanálise, a regra da associação livre. Algo assim: “Aqui, você deve poder falar livremente de tudo o que lhe ocorrer, mesmo e sobretudo se a coisa lhe parecer fútil, sem medo de falar besteiras e exercendo o mínimo de censura possível; pode falar de sonhos, fantasias, pensamentos estranhos, lembranças aparentemente sem importância etc.: tudo o que passar pela sua cabeça nos interessa.” (É importante que a regra, se for dita, não seja recitada como uma reza que a gente conheceria de cor e repetiria sempre do mesmo jeito; melhor improvisar de cada vez, como acabo de fazer.)

O pressuposto que justifica essa regra é o seguinte: no que a gente fala, opera uma lógica interna, que nós não percebemos. Quanto menor nos seja a intervenção na escolha e na organização do que falamos, tanto mais essa lógica interna poderá nos levar a dizer coisas inesperadas por nós mesmos, a descobrir algo que estava em nossos pensamentos sem que soubéssemos.

Alguns analistas e terapeutas enunciam essa regra no começo de cada cura e a repetem regularmente, para que o paciente não se perca, por exemplo, em meandros de explicações e elaborações preparadas de antemão.

Outros analistas e terapeutas notam (com razão) que a dita lógica se impõe de qualquer forma na fala de nós todos, mesmo quando fazemos o possível para controlar nossas palavras. Aliás, geralmente, é logo quando tentamos policiar cuidadosamente nosso discurso que podemos cometer um lapso revelador.

Além disso, a experiência mostra o seguinte: quase sempre, mesmo o paciente mais prevenido, que anotou seus tópicos por medo de perder seu tempo ou de não ter nada para dizer, acaba sendo levado, no decorrer da sessão, a falar de coisas que ele não previu.

Um detalhe: se um paciente chegar de papel na mão, decidido a ler o que preparou, e se isso deixar você incomodado, você poderá pedir para ele guardar o papel e falar “espontaneamente”, pois certamente ele deve se lembrar dos temas que previu tratar.

Agora, lembre-se do seguinte: de qualquer forma, as palavras sempre levarão seu paciente por terras imprevistas.

Então, formular ou não a regra fundamental? Não perca muito tempo debruçando-se sobre essa questão. Decida você também “livremente”, ou seja, explicita a regra quando lhe parecer importante ajudar o paciente a ultrapassar seu pudor, sua vontade de se mostrar inteligente ou sua necessidade de construir explicações racionais. Mas cuide disto: enunciar a regra deve servir para autorizar o paciente a falar, não para obrigá-lo a falar do que você quer ouvir. É possível se esconder de si mesmo por trás de racionalizações e assuntos preparados. Mas é possível também se esconder por trás de associações quase poéticas, que pulam de palavra em palavra.

Agora, há duas outras regras que o próprio Freud considerava com simpatia e que, um pouco esquecidas, talvez mereçam sua atenção.

A primeira quase ninguém mais usa. Ela pede ao paciente que, durante sua análise ou terapia, evite tomar decisões cruciais e irreversíveis na condução de sua vida. Não é só porque as melhores decisões seriam tomadas no fim (quer dizer, quando, presumivelmente, as motivações e os conflitos estariam em cima da mesa). É também porque o tratamento agita fortes emoções e talvez não seja uma boa ideia tomar grandes decisões sob esse impacto.

A regra é sábia, mas encontra dois problemas: 1) hoje, as curas tendem a durar muito tempo, e pedir que alguém suspenda, por assim dizer, sua vida durante anos parece impossível e injusto, seria pedir muita paciência ao paciente; 2) é frequente que alguém recorra a um analista ou terapeuta para conseguir tomar uma decisão difícil, mudar de emprego, separar-se, casar-se, adotar uma criança, emigrar e por aí vai. Esse tipo de paciente nos consulta porque se sente paralisado pela incerteza: faço ou não faço? Não seria curioso pedir-lhe que se engaje a não decidir nada, ou seja, a persistir na hesitação da qual se queixa?

A segunda regra é também um pouco esquecida, mas, a meu ver, injustamente. Ela pede que o paciente se comprometa a não falar de sua terapia com os seus próximos, familiares e amigos. Há ao menos duas razões que justificam o uso dessa regra. 1) Muitos amigos ou parentes podem hostilizar a cura de um paciente, porque receiam (com razão, aliás) que o tratamento modifique a relação que o paciente mantém com eles. Como cada relação é um encaixe em que convivem, mais ou menos harmoniosamente as neuroses de todos os

interessados, é claro que mexer num dos elos significa atrapalhar a vida de todos.

Ora, já não é fácil, para o paciente, encontrar coragem de mexer em sua própria vida; parece melhor evitar a tarefa suplementar de lidar com as resistências de seus próximos; 2) A outra razão para fazer valer a regra do silêncio concerne mais especificamente aos casais. Acontece que os membros de um casal recorrem, separadamente, a analistas ou terapeutas distintos. Às vezes, o casal está em crise, ambos desejam ou declaram desejar que a relação continue, e cada um espera justamente que o outro mude um pouco graças à terapia.

É banal, nesses casos, que as curas se tornem o objeto favorito da conversa familiar: “O que disse hoje o seu psi?”, “E o que disse a sua?”. Pois é, quase sempre, olhe só que coincidência, o que disse o terapeuta de um membro do casal vale como uma acusação feita ao outro e vice-versa. A paz projetada se transforma numa guerra familiar combatida por terapeutas interpostos, com as interpretações e intervenções dos terapeutas servindo como armas. “O meu disse que você ainda não entendeu que a sua família é esta, não a casa de sua mãe.” “Ah, é? Engraçado, porque a minha disse que você passa o tempo todo me criticando para preservar a imagem de seu pai.” E por aí vai.

Pena, pois, se ambos ficassem calados, as palavras dos terapeutas poderiam mesmo surtir o efeito que ambos declaram desejar.

SETTING

Você me escreve que nunca sabe direito por que, quando e como propor a um paciente que deite no divã e por que, quando e como deixar ou pedir que ele continue sentado na sua frente.

Sobre essa questão, há uma vasta bibliografia. Não vou resumir argumentos teóricos que você já conhece ou que pode facilmente ler e meditar.

Uma coisa é certa: há análises de formação de psicanalistas famosos e reconhecidos que se deram inteiramente no face a face. Ninguém sabe por quê, nem os analistas que se formaram sentados e talvez nem os analistas que os analisaram sentados. A coisa, aparentemente, não foi decidida por alguma razão clínica argumentada.

Eu me formei deitado, mas, em compensação, meu analista preferiu me falar no fim da sessão, no face a face, quando eu acabava de me levantar. Então, talvez tenha-me formado em pé.

Minha sugestão é a seguinte: claro, leia e cogite sobre essa questão, mas leve em conta que, como disse o próprio Freud, talvez a decisão possa depender simplesmente de uma questão

de conforto, seu e de seu paciente.

Para começar, há pacientes que não aguentam a ideia de falar sem ver a cara de quem escuta e há pacientes que, ao contrário, não aguentam encontrar o olhar de seu terapeuta. Por mais que essas intolerâncias possam lhe parecer sintomáticas, forçar a barra não tem sentido. A imposição de um setting não vai curar ninguém, e seu propósito não é colocar condições que dificultem a relação terapêutica, mas permitir que o paciente se engaje na cura.

Além disso, leve em conta suas próprias exigências. Durante muitos anos, em São Paulo, eu atendi meus pacientes de maneira concentrada, pois permanecia na cidade pouco mais de uma semana por mês. Aos poucos, fui deixando que muitas análises acontecessem face a face. Quando me dei conta e me perguntei por que eu não estava mais convidando meus pacientes em análise a se deitar no divã, descobri o seguinte: no fundo, gostava de tê-los na minha frente porque queri a guardar uma lembrança visual de seus rostos durante os tempos de separação. E suponha, claro, que o mesmo valesse para eles.

Alguns colegas poderiam me dizer que essa ideia é cretina, pois o que importa numa análise não são as caras e as caretas, mas as palavras. Concordo sem discutir, mas repito: não tenho nem procuro argumentos teóricos, apenas sentia a exigência de me lembrar bem das caras de quem contava comigo. E não estou convencido de que essa exigência me servisse para ocultar ou esquecer as palavras.

Na contramão dessa exigência, situa-se o cansaço produzido por uma série de sessões face a face. Nem todos os analistas ou terapeutas aguentam passar o dia expostos a uma sucessão de olhares escrutadores, que, inevitavelmente, tentam ler ou adivinhar, na cara do terapeuta, um sinal de aprovação e simpatia ou, então, de rechaço e ironia.

Enfim, nesta matéria, quatro conselhos:

1) Aja de maneira que sua escolha não seja forçada. Nenhum paciente gostaria de perceber que seu terapeuta, no consultório, obedece a formas estabelecidas, sem construir e propor seu próprio espaço.

2) Lembre-se de que, em última instância, o setting não é condição nem garantia de nada. Uma análise ou uma terapia acontecem pelas palavras trocadas e pelas relações que elas organizam, não pelas disposições dos traseiros dos interessados. Durante a ditadura militar, na Argentina, mais de um analista se dispunha a encontrar seus pacientes na clandestinidade, no carro, dirigindo, pegando-os de carona.

3) Lembre-se também de que nem o paciente nem o terapeuta estão presos no divã ou na poltrona por parafuso algum. Um paciente deitado há tempo pode decidir um dia que há algo que ele quer dizer olho no olho.

4) Pode acontecer que manter e impor o setting prescrito por sua formação se torne, um dia, para você, uma espécie de condição, do tipo: se esta paciente não deitar no divã, não haverá

análise possível. Essa rigidez surge, em geral, com um ou outro paciente específico. Bom, se isso acontecer, considere a possibilidade de que você esteja transformando sua poltrona numa fortificação militar e então pergunte-se por quê.

ENTREVISTAS PRELIMINARES

Você quer saber quais são as perguntas que coloco e me coloco durante os primeiros encontros com um paciente. Isso, é claro, além das que ajudam o paciente a contar sua história e suas dores e nos ajudam a construir um primeiro esboço do problema.

De fato há, sim, duas perguntas, que sempre surgem.

1) A primeira coloco para mim mesmo, na hora de concluir, no fim das primeiras entrevistas. Pergunto-me se, neste caso, eu poderia ser de algum auxílio. Não há quadros patológicos que eu recuse a priori, e há poucos casos em que encontro o limite do que aguento escutar (deste tipo de limite já lhe falei em minha primeira carta, lembra?).

A pergunta que acabo de mencionar introduz um outro critério. Digamos assim: prefiro me engajar com pacientes com quem me parece possível estabelecer uma aliança. Não quero me engajar na cura de um paciente que não possa acolher, no dia de sua sessão, com um pouco de entusiasmo.

A ideia de uma aliança do terapeuta com o paciente foi muito criticada. Entende-se por quê: numa aliança, nada prova que não sejamos aliados justamente dos sintomas do paciente. Concordo, mas é possível imaginar uma aliança diferente; é possível ser o aliado do desejo do paciente contra as razões pelas quais ele se impede de desejar. Enfim, o que importa aqui é de onde me vem a sensação de uma aliança possível.

Sei, por certo, que ela não depende de alguma similitude de história, sintoma ou fantasia. Nunca me incomoda, por exemplo, que as fantasias sexuais de um paciente sejam muito distantes das minhas ou mesmo que elas me pareçam um pouco repulsivas. Nos anos 80, fui, por exemplo, o último recurso de um paciente coprófago, que comia seus excrementos quase a cada dia e que não conseguia encontrar um terapeuta em que a repugnância não falasse alto demais.

No fundo, acho que a sensação de uma aliança possível me vem do mesmo tipo de consonâncias (nem sempre ponderáveis) que decidem, por exemplo, que, ao encontrar alguém pela primeira vez, sabemos se poderia ou não ser nosso amigo. É provavelmente uma questão de pequenos traços, que parecem sem importância. Um exemplo de pequeno traço?

A voz. Há vozes que gosto e outras que me incomodam. Não sei bem por quê. Imagino que

nossa relação com a modulação da voz seja o resto de algo muito antigo (o ouvido é um sentido que se desenvolve plenamente já no ventre materno). Talvez cada um de nós guarde uma estranha mixagem de músicas e ruídos intrauterinos, cânticos de ninar, conversas familiares etc., que ficam para sempre ligados a uma certa sensação de bem-estar. E talvez exista em nós uma outra mixagem, que seria a coluna sonora do desamparo e da cólica.

O fato é que um terapeuta ou analista não é indiferente às vozes dos pacientes; é bom render-se a essa evidência. Não vejo por que deixaria que um paciente tivesse de lutar, em sua terapia, contra meu desagrado auditivo. Claro, o problema inverso também existe: há vozes que encantam, e não é bem-vindo escutar um paciente como se escuta uma música.

Outro caso ainda são as vozes que adormecem. O sono do terapeuta é geralmente interpretado como uma vontade de não escutar, uma defesa. Mas Roland Barthes, que, obviamente, falava bastante em público, me fez um dia esta confidência: nas suas palestras, nada lhe dava uma satisfação maior, ele me disse, do que constatar que alguém na platéia dormia profundamente. Ele não achava nem um instante que o sono de seu ouvinte fosse prova de desprezo. Ao contrário, pensava o seguinte: quem prestava atenção recompensava os frutos de sua inteligência, mas quem dormia demonstrava uma aceitação e uma simpatia mais profunda; quem dormia não gostava tanto da abstração de suas ideias quanto da concretude física de sua voz. Em suma, Barthes se sentia lisonjeado quando conseguia adormecer um de seus ouvintes. Talvez o sono do terapeuta seja também, às vezes, o fruto da sedução exercida pela voz do paciente.

Bom, seja como for, melhor não dormir.

2) A outra pergunta que coloco nas entrevistas preliminares é para o paciente. É uma pergunta que comecei a fazer só recentemente: quero saber o que o paciente espera da terapia que começa.

É óbvio que não confundo o que ele declara esperar com o que ele quer mesmo. A pergunta não é feita na ilusão de que o paciente dirá assim, de repente e às claras, seu desejo recôndito. Ao contrário, a resposta, em geral, manifesta sobretudo por quais caminhos o paciente está bem decidido a obstaculizar seu desejo. Por exemplo, “espero que você me ajude a me separar deste homem” pode significar “amo este homem, e não há catástrofe pior na minha vida do que a separação que me espreita, mas disso não quero nem ouvir falar, viu?”.

Em suma, nada prova que o terapeuta deva adotar a esperança declarada do paciente como se fosse o alvo de seu trabalho. Então, por que a pergunta?

Nos últimos anos, praticando nos Estados Unidos, lidei com a necessidade de preencher regularmente balanços e prognósticos dos tratamentos para as companhias de seguro de meus pacientes. Essa chatice burocrática teve um efeito interessante: fui levado a me perguntar, a cada três ou quatro meses: O que mudou? Qual foi o caminho percorrido?

Onde estamos agora? É diferente de onde estávamos no começo?

Pois bem, descobri que uma maneira de medir o andamento de uma cura consiste em repetir, regularmente, aquela pergunta inicial. Pois é frequente que a resposta do paciente mude, que ele passe a esperar de sua terapia algo diferente do que ele esperava no começo. Quer seja (sejamos otimistas) porque se aproximou do que ele deseja mesmo e consegue pedi-lo (a si mesmo, ao terapeuta e à vida), quer seja porque achou novos caminhos, talvez menos penosos, de organizar sua fuga do que ele quer.

De qualquer forma, a mudança da resposta me orienta.

A DURAÇÃO DA SESSÃO

Você me pergunta qual é a duração de uma sessão. Mal posso lhe dizer quanto dura, mais ou menos, uma sessão comigo.

Numa época, parecia-me que a duração das sessões fosse uma questão crucial, da qual dependiam o alcance e o sentido da cura.

De fato, a maneira de medir o tempo da sessão revela modelos terapêuticos diferentes.

A sessão com tempo fixo, 45 ou 50 minutos batidos por algum relógio, supõe um modelo radiológico, um pouco como se a cura dependesse do número de horas de exposição do paciente ao terapeuta.

A sessão com tempo variável supõe um modelo mais próximo da prática médica ou cirúrgica. Se você está deitado numa cama de operação enquanto lhe retiram o apêndice inflamado, você quer que a coisa leve o tempo necessário e, se, por sorte, a intervenção for rápida, você não despertará da anestesia para protestar, acusando o cirurgião de não dedicar mais tempo à sua barriga.

Na verdade, hoje, acho que a psicoterapia e a análise talvez sejam mais próximas de um terceiro modelo, o de muitas terapias do corpo. A cada vez, a postura é corrigida, a coluna estalada, os músculos relaxados, mas um resultado que não seja apenas um alívio temporário pede uma série indefinida de repetições. Do ponto de vista do tempo, é um modelo intermediário: a cada vez, leva um tempo variável (que depende dos músculos e ossos interessados, de quanto o paciente aguenta naquele dia etc.).

Mas não estou mais disposto a fazer desta questão o cavalo de uma batalha teórica. Conheço pessoas que parecem ter-se beneficiado bastante de uma terapia e outras para quem a experiência, aparentemente, foi sem consequência: a duração das sessões não parece ter sido um fator decisivo no sucesso ou insucesso das curas.

Minha formação foi, como já lhe disse, na École Freudienne de Paris, a escola de Lacan; as

sessões variáveis e breves eram um dogma (ao qual, aliás, nem todo o mundo obedecia, a começar pelo meu analista).

Durante anos, trabalhei com sessões breves das quais apreciava a tensão e o sentimento de urgência, que matavam a preguiça da escuta e excluía rapidamente o papo furado.

Nos Estados Unidos, pratiquei sessões de aproximadamente 50 minutos, conformando-me ao padrão exigido pelos seguros americanos e descobri, por exemplo, que o próprio andamento da sessão, suas pausas, recuos e avanços, é matéria de interpretação.

Hoje, minha fórmula preferida é um tempo variável, mas não breve. Talvez, por temperamento ou pela idade que avança, esteja apenas escolhendo uma atitude intermediária e conciliatória. Mais provavelmente, encontrei um ritmo que convém à minha atenção e à minha maneira de escutar e intervir. Gosto de ter o tempo para que uma lembrança seja evocada e explorada e para que um sonho seja analisado. Mas me reservo a possibilidade de interromper a sessão quando um pequeno ou grande achado poderia ser anulado pela necessidade de encher linguiça para preencher o horário.

Tenho um hábito que alguns pacientes estranham: não costumo atribuir horários definitivos, prefiro marcar a cada vez ou quase. É um incômodo, certo, mas gosto de ser surpreendido pela pessoa que encontro na sala de espera. Evito, em suma, a rotina que transforma Fulano no paciente das 9 e Sicrana na paciente das 10.

Outro detalhe: acontece que me atrase, não só porque às vezes uma sessão pode durar muito mais do que o previsto, mas sobretudo porque (como anuncio a meus pacientes) tento ser disponível numa urgência. Se um paciente, por alguma razão, quer me falar de repente, naquele mesmo dia, invento um horário.

Todos esses jeitos não constituem um modelo e, de fato, não têm (não quero que tenham) uma justificativa teórica. Minha intenção, ao expô-los, não é sugerir que você os adote. Ao contrário, quero sobretudo encorajá-la a inventar uma maneira de atender que seja a sua.

PAGAMENTO

Pois é, quem paga? Como?

Durante minha formação e quando era jovem analista, em Paris, vigia a ideia de que uma terapia e, mais ainda, uma análise deveriam ser pagas pelo bolso do próprio paciente. O uso de qualquer forma de seguro parecia uma heresia fadada ao fracasso: o acesso ao desejo da gente, dizia-se sem hesitar, não é um direito social, é preciso conquistá-lo com sacrifício. Inventavam-se, aliás, artifícios extraordinários para que também a prática com crianças e

adolescentes respeitasse o dogma. Claro, os pais pagavam, mas a criança devia trazer a cada vez um desenho; o adolescente levava o cheque de 140 francos, e acrescentava 10 da sua mesada, e por aí vai.

Pairavam sobre nós ameaças apavorantes: se seu paciente não tirar o dinheiro do bolso, ele pagará com sua carne. No mínimo, o paciente que recorresse ao seguro-saúde se amputaria um dedo a cada noite na hora de cortar o pão, e a culpa seria nossa.

Quem trabalhava em ambulatório ou em outras instituições públicas era considerado com suspeita; não eram verdadeiros terapeutas e ainda menos analistas, pois, por mais que eles se comportassem direitinho, seus pacientes não pagavam. Ainda hoje, há quem esnobe convênios sob o mesmo pretexto.

Ora, quem trabalhou no serviço público sabe que nada disso é verdadeiro. As resistências de um paciente a seu próprio tratamento não são vencidas pelo esforço de pagar. Aliás, há pacientes para quem pagar é uma boa desculpa: estou fazendo tudo o que preciso para melhorar, prova disso, estou pagando...

Além disso, para um adolescente, por exemplo, ver a mãe ou o pai preenchendo um cheque pode ser um “pagamento” bem mais pesado do que dedicar à terapia uma parte de sua mesada; para outro sujeito, o esforço de vir de longe é um sacrifício bem maior do que pagar o valor da sessão.

O engraçado é que, na França, quando a situação econômica apertava um pouco, os medalhões que nos ensinavam que o paciente devia imperativamente pagar de seu bolso (sem isso, ele nos ofereceria pedaços de sua carne) passavam a preencher e assinar alegremente os formulários do seguro-saúde de seus pacientes.

Mais uma questão: é frequente que o orçamento do paciente determine o número de sessões que ele poderá ter por semana. Pode pagar três? Não pode? Então duas. Não me conformo com esse cálculo. A frequência das sessões deveria depender das necessidades da cura que, aliás, podem variar. Há momentos (quer seja produtivos e acelerados, quer seja de uma viscosidade quase parada) em que posso querer encontrar meu paciente a cada dia; há outros momentos em que a cura parece precisar de um tempo de suspensão ou de digestão.

Às vezes, sonho com um sistema em que o paciente pagaria uma mensalidade fixa, e o número de sessões do mês seria variável, segundo o que pedem a cura e seu momento.

Mas é uma utopia, claro.

SUPERVISOR

Quanto à escolha de um supervisor, só duas indicações.

1) Sua supervisão não deveria custar mais do que você ganha atendendo o paciente cujo caso você decidiu supervisionar.

2) Como reconhecer um bom supervisor? É simples. A supervisão não é uma aula de clínica ou de arte diagnóstica. Também não é a ocasião para o supervisor mostrar como e por que ele teria agido diferente de você.

A função da supervisão de um jovem terapeuta ou analista, salvo situações catastróficas, deve ser autorizar o terapeuta, inspirar-lhe a confiança em seus próprios atos, sem a qual nenhuma cura vai ser possível.

Aliás, falando em confiança, eu queria que você deduzisse desta pequena série de notas práticas só uma regra: confiou a ponto de autorizar-se a atender, continue.

Abç.

09

CONFLITOS INÚTEIS

Meu jovem colega,

Entendo sua preocupação com fármacos e neurociências. Ao saber que você é psicoterapeuta ou psicanalista (além disso, jovem), quase sempre haverá alguém que, com uma espécie de comiseração, perguntará se você não está se engajando numa profissão sem futuro. Afinal, acrescentarão, com os progressos da farmacologia e das neurociências, quem vai precisar do transtorno de uma terapia, quando poderia regar a questão com uma pílula ou duas ou, quem sabe, no futuro, com uma pequena intervenção neurocirúrgica (laser, claro, ninguém gosta de bisturi na cabeça)?

Já lhe disse que, em regra, essas observações “a mistosas” manifestam sobretudo o temor (imotivado) que é produzido por sua presença. São jeitos de seus comensais se protegerem de um saber que eles mesmos lhe atribuem.

Só vale a pena acrescentar o seguinte: em regra, a disputa entre psicoterapia ou psicanálise de um lado e biopsiquiatria ou neurociências do outro é uma falsa disputa. Na minha experiência, quem alimenta essa oposição não conhece e quase nada de psicoterapia ou psicanálise e sabe ainda menos de farmacologia e de neurociência.

Quem conhece os assuntos e pratica ou pesquisa numa das ditas disciplinas sabe que não há disputa alguma, nem de fato nem de princípio. Se uma espécie de controvérsia ressurgere regularmente, isso se deve a duas razões: para a mídia, o tema é bom para um especial do domingo; para alguns interessados (as companhias farmacêuticas e alguns profissionais das três áreas), talvez funcione a ideia de que é preciso defender sua fatia de mercado.

Deveria parar por aqui, mas, enfim, vou lhe dizer muito brevemente o que respondo quando não tenho como mudar de mesa.

Primeiro, a pretensa oposição entre psicoterapia e fármacos.

Sou materialista. Não acredito na existência de humores que não sejam alterações químicas do meu cérebro. Se alguém me xinga, se morre um amigo, se por acaso me lembro de um evento feliz de minha infância, as emoções que me invadirão, boas ou ruins, podem, sempre e legitimamente, ser descritas como fenômenos químicos que acontecem no meu cérebro. Aliás, são fenômenos químicos.

Hoje, somos capazes de descrever quimicamente algumas emoções, de uma maneira ainda incipiente, mas já relativamente fina. É ótimo, porque isso abre a possibilidade de agir sobre essas emoções.

Fico triste porque meu amigo morreu; quem sabe no futuro exista um inibidor da captação da serotonina de ação imediata, e poderei engolir a seco uma pílula que, numa meia hora, permitirá que eu volte sorrir.

É óbvio que não terei agido sobre a causa de minha tristeza (meu amigo continua morto), mas, graças à descrição química de minha emoção, terei conseguido modificar meu humor. A mesma coisa aconteceria caso recorresse a um fármaco para aliviar os efeitos maníacos de minha lembrança de infância feliz.

A farmacopéia pode agir sobre a causa de meu humor (e não apenas sobre meu humor) quando meu humor não é só um estado químico (este é sempre o caso), mas é também de origem química. Por exemplo, uma depressão produzida por uma insuficiência da tireoide é um humor de origem química, que é, portanto, propriamente curado em sua causa por um suplemento hormonal correto.

Esses casos são relativamente raros. Mesmo as depressões ditas endógenas (ou seja, que não parecem ser causadas por fatos externos à vida do paciente) são, em geral, efeito de processos complexos de pensamentos e representações. O que, de novo, não significa que não sejam descritas adequadamente em termos químicos.

Ora, é óbvio para qualquer psicoterapeuta que, em muitas situações, é aconselhável tentar modificar o humor do paciente quimicamente. Por exemplo, um paciente deprimido a ponto de não sair da cama e não abrir a boca também não terá a mínima motivação necessária para operar algumas mudanças em sua vida, com ou sem a ajuda de um terapeuta. Uma correção química do nível de serotonina poderá, com um pouco de sorte, permitir que ele encontre as forças para se mexer.

Mas ninguém, com a exceção talvez dos acionistas das companhias farmacêuticas, sonha com um mundo em que as causas de nossos afetos seriam sistematicamente negligenciadas e nossos humores pacificados com uma contínua intervenção química capaz de impor ao cérebro um equilíbrio ideal.

Todos sabemos que, por mais que eu tome a pílula mágica na hora da morte de meu amigo, algum dia terei de enfrentar a dor de um luto. Não ser que decida viver para o resto de minha vida sob anestesia.

Vamos às neurociências.

Aqui a ideia de um conflito é mais engraçada ainda. Parece que os próprios psicoterapeutas e psicanalistas adoram encontrar nas descrições neurocientíficas alguma confirmação de suas hipóteses.

Estaríamos todos esperando que alguém nos aponte onde está o supereu, onde está o inconsciente. Cadê minha mãe, cadê meu pai? Ou então torcendo para que as descrições da atividade neuronal nos digam enfim o que é uma lembrança, o que é uma associação, como se impõe um pensamento obsessivo, como somos invadidos por uma fantasia sexual etc.

É bem possível que um dia as neurociências correspondam a nossas expectativas. O que será de grandíssima ajuda na clínica de lesões cerebrais e disfunções de todo tipo etc.

No entanto, os efeitos dessas descobertas sobre a prática da psicoterapia ou da psicanálise serão mínimos, se não nulos. Porquê? Porque a descrição neurocientífica de nossa atividade cerebral não altera nem um pouco as condições de nossa experiência. Um exemplo vai logo explicar.

Imagino que você não acredite na existência de uma alma fora do corpo e diferente dele. Você também sabe que o corpo humano, com cérebro e tudo, é um complexo de células e moléculas, sem contar os íons. Em particular, você sabe que somos compostos de 70 a 75% de água.

Agora, será que, em algum momento, você se enxerga mesmo como 40 litros de água e uma espiral de DNA? Claro que não. Sua experiência da vida não é modificada por esse saber, do qual você está justamente convencido. Uma coisa é a descrição científica de nós mesmos, outra coisa é nossa experiência.

Se um dia alguém descobrir o eletrodo certo (e o lugar correto onde aplicá-lo, claro) para que eu pare de pensar num acidente cuja lembrança não me deixa dormir, imaginemos que eu peça para ser livrado dessa lembrança. Ora, na hora da intervenção, mesmo que eu seja neurocientista, minha experiência do que estará sendo feito comigo será a experiência de uma mudança imposta à minha subjetividade, não a meus neurônios. A descrição neuronal da subjetividade não altera nossa vivência subjetiva.

Procurar uma correspondência entre a sensação de que o olhar de Deus paira sobre mim e uma repetida agitação neuronal em alguma área do meu cérebro é fútil.

Cada descrição introduz a possibilidade de clínicas diferentes sobre objetos diferentes.

A conversa entre essas descrições e essas clínicas é de grande interesse, mas é tudo, salvo um conflito.

Abç.

10

INFÂNCIA E ATUALIDADE, CAUSAS INTERNAS E CAUSAS EXTERNAS

Cara amiga,

Pelo que você me conta, seus primeiros pacientes falam sobretudo do que lhes acontece hoje. Queixam-se das dores do dia e, eventualmente, da sensação de uma certa falta de futuro. É você, com suas perguntas, que tenta evocar o passado, especialmente a infância. Aliás, de vez em quando, leva uma bronca, como daquele paciente que lhe disse: “Olhe, eu não estou aqui para falar de meus pais, de meus irmãos e de meus primeiros anos no interior, meu problema é agora”.

Claro, você não se deixa abalar e segue perguntando. Afinal, passou anos de formação aprendendo que, para que a cura aconteça, é preciso tocar na raiz das dores de seus pacientes e que essa raiz, de uma maneira ou de outra, está na infância. Mesmo assim, você se pergunta: deveríamos sempre procurar na infância e só na infância as razões do sofrimento psíquico, mesmo que nosso paciente afirme o contrário? É certo insistir na evocação do passado diante de uma catástrofe atual? Às vezes, você observa, “sinto-me um pouco idiota: ‘Perdi o emprego e estou desesperado’, anuncia o paciente, e eu faço o quê? Pergunto-lhe se lembra de quando o filho dos vizinhos roubou o seu carrinho de madeira? O que você acha?”.

Na verdade, não faço uma grande diferença entre acontecimentos da infância e acontecimentos da vida adulta (também não sei muito bem quando começa a vida adulta). Explico melhor: não estou nada certo de que os acontecimentos da infância sejam de uma natureza diferente do que nos acontecem hoje. Tampouco sei se é verdade que, pela receptividade de nossos primeiros anos, eles nos marcam com um ferro mais quente, que deixaria vestígios para a vida inteira.

Mas uma coisa sei: qualquer evento nos marca e nos transforma só na repetição ou, melhor dito, num segundo momento, em que ele é evocado, retomado, revivido. Por exemplo (fictício e obviamente simplificado), se eu fui abandonado na porta da igreja quando nenê, esse evento por si só não tem uma implicação necessária em minha vida; mas ele se torna decisivo no dia em que, aos quinze anos, minha namorada some de uma festa para onde fomos juntos de mãos dadas. É esse segundo evento que dá destaque (consciente ou inconsciente) ao primeiro. É a partir desse segundo evento que, eventualmente, começarei a viver uma angústia

desamparada cada vez que estiver sozinho ou (também possível) a não tolerar a presença de ninguém ao meu lado, pois “sei” que todos são traidores que abandonam.

O funcionamento do trauma propriamente dito é o melhor exemplo. Você sabe que a categoria de “transtornos de estresse pós-traumático” foi proposta por psiquiatras americanos que trabalhavam com veteranos da guerra do Vietnã. Eles constataram duas coisas 1) a guerra do Vietnã produziu uma percentagem de veteranos traumatizados muito maior do que qualquer outra guerra americana (Segunda Guerra Mundial, Guerra da Coréia); 2) os sintomas de estresse pós-traumáticos não apareciam logo após as situações extremas de batalha; eles apareciam quase sempre quando o veterano terminava seu tempo de serviço, voltava ao país e deixava o exército.

Concluíram assim: o caráter traumático de um acontecimento não depende de alguma qualidade específica da experiência vivida, mas é um efeito de como, mais tarde, essa experiência pode ou não integrar uma história que faça sentido para o sujeito. Os veteranos da Guerra da Coréia e ainda mais os da Segunda Guerra viveram situações tão horríveis quanto os combatentes do Vietnã, mas, ao voltar para casa, eles encontraram multidões agitando bandeirinhas de boas-vindas. Os veteranos do Vietnã voltaram para um país indignado e envergonhado com uma guerra que parecia não ter sentido para ninguém.

Um trauma é isso: um evento, mais ou menos difícil, que, num segundo momento, não consegue ser integrado na história do sujeito.

Outro exemplo. Será que um tapa na cara de uma criança constitui um trauma ou não? Não é possível responder; ainda é preciso saber se, mais tarde, o sujeito esbofeteado encontrará ou não argumentos para dar algum sentido ao dito tapa. Os sentidos que podem ser encontrados a posteriori são muitos; o nosso sujeito, num segundo momento, poderá entender o tapa como a expressão de uma autêntica vontade pedagógica de pais amorosos ou como a manifestação de uma irritação que não tinha nada a ver com ele ou do desespero de quem não consegue ser pai ou mãe. O tapa será propriamente um trauma caso o sujeito, num segundo momento, não encontre sentido algum para a violência que o golpeou.

Mas não é a definição do trauma que nos importa. Com esses exemplos, queria apenas lhe mostrar que os fatos de nossas vidas agem em nós pela história em que se integram ou, melhor, pela história em que conseguimos ou não integrá-los.

Não que a vida seja um continuum. Ao contrário, não é; reconstituir (melhor dito, inventar) um sentido que ligue o presente ao passado é uma obra incessante, que nos oferece um conforto necessário, nos dá a sensação de que atos e fatos se inserem numa história, num conjunto, que somos nós. Aliás, reinterpretar o passado, descobrir (ou inventar) novos sentidos para o que aconteceu é quase sempre uma maneira de mudar nosso presente. Pois, no fim dessa empreitada, sendo o resultado de uma narração diferente, somos mesmo diferentes.

Qualquer cura tem duas faces: uma, digamos assim, demolidora, que desfaz as certezas cristalizadas da história que nos acua em sintomas que, à vista de nosso passado, parecem inelutáveis, e outra, construtiva, que nos permite reinventar ou modificar um pouco a história

da qual seríamos o fruto.

Talvez tenha conseguido explicar um pouco por que a infância se torna importante no nosso trabalho. Não é porque os eventos da infância seriam mais marcantes do que os de hoje, mas porque os eventos de hoje tomam relevância e sentido a partir dos de nosso passado e, portanto, de nossa infância.

Agora, cuidado: um dos traços evidentes de nossos tempos é que o sentido do presente é procurado muito mais no futuro do que no passado. Era inevitável: a modernidade define o sujeito não por sua herança, mas por suas potencialidades. À primeira vista, é uma libertação: o passado não nos define mais com a mesma veemência, os anseios de mudança podem salvar meu dia. De fato, a libertação é apenas aparente: o futuro projeta sobre o presente uma sombra tão escura quanto a que antigamente era projetada pelo passado.

Parece que saímos de uma cultura em que o passado nos impedia de inventar o presente para entrar numa cultura em que o futuro nos impede de saborear o que estamos vivendo.

É frequente, por exemplo, que alguém recuse um namoro porque “não sei no que vai dar”. O prazer que uma relação proporciona é preterido porque duvidamos de seu futuro. Mais um exemplo, que conheço bem, por tê-lo encontrado em muitos pacientes e por ter passado perto de vivê-lo. Durante quase dez anos, vivi entre Nova York e São Paulo. O grande prazer de viver em duas metrópoles entre as mais interessantes do mundo podia ser facilmente estragado pela incumbência da escolha futura do lugar onde ficaria pé na hora em que parasse de viajar.

Enfim, para entender como e quanto o futuro pode parasitar o presente, pergunte aos adolescentes. Em geral, eles não aguentam mais ser considerados sempre como promessas de um futuro e vivem na impressão de que os adultos que mais os amam desconsideram o presente de suas vidas.

Duas razões, então, para que façamos o esforço de evocar o passado, em cada cura: para reinventar o sentido de uma história e para amenizar o peso do futuro, devolvendo assim, quem sabe, seu justo lugar ao presente de nossas vidas.

Você se queixa também de que alguns de seus pacientes parecem considerar que todos os seus males são, por assim dizer, resultados de causas externas: perderam o emprego e não encontram um que os satisfaça; foram abandonados por suas esposas e esposos; carregam uma doença que os ameaça e os assola. Enfim, eles lhe propõem o catálogo de todos os vasos de flores que um ser humano pode receber na cabeça ao sair de casa.

Claro, você me escreve, deve ser possível ajudá-los a aguentar melhor os golpes do destino e mesmo a reagir com mais eficácia, mas, no fundo, ao escutá-los, parece que sofrem só da adversidade do mundo. Às vezes, você acha que sua intervenção seria mais eficaz se você se transformasse em casamenteira, agência de emprego ou orientadora profissional. Chega a suspeitar que suas perguntas sejam desonestas, como se elas supusessem sempre a

responsabilidade de seu paciente e como se essa suposição tivesse, como finalidade, a de convencer seu paciente da utilidade de recorrer aos seus serviços.

Essa distinção entre eventos externos e eventos internos, culpa da gente e culpa dos outros, alimenta um conflito infundável entre sociólogos e psicoterapeutas ou, às vezes, entre psicólogos sociais e psicólogos clínicos. No ringue, parece que se enfrentam dois lutadores; de um lado, os que acham que a personalidade e os sintomas são frutos da cultura, do emaranhado das relações e dos acidentes da vida, do outro, os que acham que personalidade e sintomas são frutos da dinâmica interna de impulsões, desejos e censuras que se originariam no fundo singular da alma.

É um enfrentamento idiota; mais um na lista dos conflitos inúteis.

Primeiro, Fernando Pessoa (em muitas ocasiões, os poetas são mais sábios do que os psicanalistas) já sabia que “o mundo exterior é uma realidade interior”. Segundo, como disse uma vez Lacan, o inconsciente não é nem individual nem coletivo, ele é “o” coletivo mesmo. Em outras palavras, nosso lugar único e singular é como o assento que nos é reservado numa sala de teatro: ele é o nosso, está escrito no ingresso, mas ele é o lugar imposto pela distribuição dos outros na mesma sala; às vezes, há lugares sobrando e, no meio do espetáculo, dá para mudar e se aproximar do palco, mas será um pouco de penetra; nosso lugar designado é o que recebemos na compra do bilhete. Será que faz sentido perguntar-se se é um lugar individual o coletivo, posto que é o nosso, mas é decidido pela distribuição na sala dos que assistem ao espetáculo junto com a gente?

Acrescente a isso a constatação de que, uma vez sentados, o que comandará nossas emoções e nossa participação na peça será, sim, nossa singularidade, mas uma singularidade feita de valores, obrigações, censuras, repressões e desejos que são os mesmos que agitam os outros espectadores, os quais aplaudem, riem, choram ou vão conosco.

Também considere (esse é um conselho clínico) que existe uma ampla gama de transformações da personalidade que são propriamente ditadas pela situação coletiva na qual um sujeito se encontra.

Por exemplo, a mudança de cultura que acontece numa migração acarreta verdadeiras mudanças subjetivas.

Menos benigno e muito frequente é o caso dos sujeitos que sucumbem ao fascínio do grupo.

É bem conhecido o exemplo de homens comuns, de todos os horizontes da vida, que se transformaram em torturadores ou assassinos de massa nas burocracias totalitárias, sem que nada na singularidade de suas histórias, sintomas ou fantasias os predispuesse a essas tarefas. Desistiram de seus valores, de seus desejos, de suas repressões singulares e ganharam em troca o conforto de uma vida regrada por uma só exigência: a de ser um membro funcional do grupo, um bom funcionário. A gangue de adolescentes produz resultados parecidos, transformando facilmente cordeiros em assassinos.

Nela, cada um suspende radicalmente sua existência à a provação dos outros. São casos aparentemente extremos pelas consequências que acarretam. Mas não esqueça que somos todos membros de algum grupo burocrático, assim como somos todos suficientemente narcisistas para deixar ao olhar dos outros o cuidado de decidir quem somos.

Enfim, psicólogo social e psicoterapeuta não têm mesmo por que brigar. O psicólogo social pode não ser psicoterapeuta; o psicoterapeuta não pode não ser, de alguma forma, psicólogo social. Pois, se ele entender e abordar seu paciente como se fosse um Robinson Crusóe vivendo desde sempre na ilha deserta e sem nunca encontrar Sexta-Feira, o terapeuta se parecerá com um físico de antes da física moderna. Sabe, aqueles que achavam que os corpos caem por uma propriedade interna, porque são obstinadamente pesados. Parece que, desde então, descobriu-se que os corpos caem porque há muitos corpos de tamanhos diferentes, e eles se atraem.

Abç.

11

QUE MAIS?

Você me pergunta: “Que mais você gostaria de me dizer, antes que a gente se separe?”

Meu jovem amigo,

Claro, há mais mil coisas das quais gostaria de lhe falar um pouco. De qualquer forma, como lembrava Freud, a gente nunca consegue transmitir o que sabe de melhor.

Você me escreveu uma vez, acho que foi depois de minha carta sobre a formação: “Entendo que identificar-se ao analista não possa nem deva ser o que o paciente espera de uma cura; mas me parece difícil imaginar que, ao longo do tratamento, não haja um pouco (ou mesmo muito) disso. Afinal, você repetiu várias vezes que os pacientes nos idealizam, e é bom que seja assim, é bom que eles suponham que sabemos mais do que sabemos de fato. Isso ajuda a cura a funcionar. Mas pergunto: se nos idealizam, como eles não estariam a fim de se identificar conosco?”.

Pois é, disse que identificar-se com o terapeuta não pode ser o que se espera de uma terapia. Acrescentei que entender o fim da análise como o momento de tornar-se analista é mais uma maneira de propor a identificação ao terapeuta como solução. Há, nisso, uma certa covardia terapêutica: não sei o que fazer com seus problemas, mas, igualmente, continue vindo aqui, pois, em troca, você se tornará analista como eu. O que você diria a um médico que não conseguisse curar sua pneumonia, mas, em compensação, lhe trouxesse a ficha de inscrição do vestibular de medicina? Haja paciência.

Isso dito, no decorrer da cura, há muitos momentos em que é inevitável que o paciente nos considere e nos use como modelos.

Houve uma época em que, recém-chegado ao Brasil, eu era considerado um psicanalista muito estrangeiro. Esse trademark (made in France) fazi a parte de meus atributos mais facilmente idealizáveis. É curioso o número de meus pacientes que decidiram um dia fazer um doutorado ou um pós-doutorado no exterior. Concordo, são efeitos de identificação ao analista.

Enfim, você acrescenta: “Se é assim, será que o terapeuta não deveria, de alguma forma, levar em conta esses percalços da cura e assumir a responsabilidade que vai junto?”. Se entendo direito, você se pergunta se não deveríamos considerar que, bem ou mal, a um momento ou outro serviremos de exemplo para nossos pacientes e, portanto, aceitar a

responsabilidade de quem pode servir de exemplo para muitos.

Não discordo do princípio. Só não sei se concordamos sobre qual é o exemplo que importa. Pois é claro que, por este caminho, seria fácil chegar à ideia de que o terapeuta deve mostrar ao mundo (e a seus pacientes) uma face feita de normalidade tranquila, de bem-estar equilibrado. Em suma, o casaco que a gente veste no consultório deveria ser uma fachada que pudesse ter, para os pacientes, uma virtude terapêutica. Afinal, contemplando a segurança aparente com a qual atravessamos a vida e escolhendo-a como modelo, quem sabe os pacientes consigam apaziguar algumas de suas dores? É isso?

Pois é, não tenho nada contra um pouco de identificação. Como lhe disse, concordo em pensar que seja um mal inevitável. E concordo também que a identificação dos pacientes conosco nos impõe uma responsabilidade. Só que entendo essa responsabilidade de outro jeito.

A longo prazo, identificar-se com uma máscara é desesperador. Pedir ao terapeuta que ele se fantasie para propor a seus pacientes um modelo “legal” significa condenar os pacientes à tristeza de uma eterna quarta-feira de cinzas.

Portanto, se você sente uma responsabilidade diante da tendência de seus pacientes a se identificarem com você, essa responsabilidade deveria lhe sugerir o seguinte: seja você mesmo. Ou seja, não aja para apresentar a seu paciente (e ao mundo) uma imagem que seria agradável ou mesmo presumivelmente “boa” para quem a ela se identificasse, mas aja quanto mais perto possível de seu desejo.

Você não deve se vestir, conter seus gestos, modular sua aparência ou inibir sua vida pública de forma a compor a vinheta de uma normalidade desejável. Deveria, ao contrário, comportar-se pública e privadamente como seu desejo manda. Você me pergunta por quê? Aqui vai. Concordei com você: em alguma medida, inevitavelmente, o paciente se identifica com o terapeuta.

Concordo também com a ideia de que isso implica uma responsabilidade do analista. Ora, sua responsabilidade é de viver quanto mais próximo possível de seu desejo, de forma que, se o paciente procurar um exemplo em você, será o exemplo de quem ousa se permitir o que deseja.

Uma anedota. Nos últimos tempos de minha análise, em Paris, quando já era jovem analista, fui convidado a um baile de máscaras. O convite dizia que a fantasia era obrigatória

Claro, assim como vários jovens colegas, aceitei o convite com prazer, cogitei uma fantasia, mas, na hora do vamos ver, cheguei na festa com meu terno de flanela. Óbvio, ninguém me barrou na porta. No entanto, mais tarde, enquanto eu conversava numa roda composta de convidados sem fantasia, a dona-de-casa se aproximou e perguntou, irônica: “E vocês, então, cadê suas fantasias?”.

Com boa presença de espírito, um amigo respondeu: “Mas estamos todos fantasiados, fantasiados de psicanalista lacaniano”. A piada produziu a hilaridade geral porque dizia a exata verdade: todos, naquela roda, tínhamos preferido não nos fantasiar porque queríamos convencer o mundo (sem contar os eventuais pacientes que poderiam estar na festa) de que éramos psicanalistas.

Resultado: estávamos mesmo fantasiados de psicanalista. Se tivéssemos escolhido uma máscara de Arlequim ou Pierrô pelo prazer da festa, estaríamos menos fantasiados e, com isso, talvez seríamos mais psicanalistas. Mas a história não acaba aqui.

No meio da festa, eis que alguém me assinala que meu analista tinha chegado. E, de fato, Serge Leclair estava lá, numa suntuosa fantasia de dama do século XVIII, talvez a própria marquesa de Merteull das “Ligações Perigosas”, com tudo o que tinha direito: amplo vestido rendado, leque na mão, pancakee pó quase branco, alta peruca, sinal falso e generoso decote (depilado, claro). Pois bem, não era a hora de minha sessão, mas ganhei de graça uma das melhores interpretações de minha análise.

Há uma outra pergunta sua que ficou até agora sem resposta. Você me escreveu o seguinte: “Entendi que você não defende normalidade alguma; você não quer definir uma maneira de ser que lhe pareceria mais certa do que as outras. Mas será que não há algo que, de alguma forma, mesmo sem querer, você promove em seus pacientes?”.

Pensando bem, não sou tão neutro quanto disse. É verdade que nada me parece patológico, a menos que seja, direta ou indiretamente, o objeto da queixa do paciente. Mas você tem razão, há uma coisa que prezo e outra que, de uma certa forma, antagonizo e tento contrariar, mesmo que não seja objeto de queixa.

Prezo a qualidade da experiência vivida. Mas a qualidade não é uma questão de agrado ou desagradado; a qualidade da experiência é função da intensidade com a qual nos permitimos viver. O destino (digamos assim) nos serve pratos variados: alguns dolorosos, outros jocosos e festivos. O importante, para mim, não é que os dolorosos sejam evitados; o importante é que todos sejam saborosos, ou seja, que topemos saboreá-los.

É muito raro, por exemplo, que entenda o trabalho psicoterápico como uma forma de consolação que tentaria atenuar o impacto de uma lembrança ou de um evento penosos. Das várias formas possíveis de infelicidade, a que me parece mais aflitiva não é necessariamente a que mais dói. Muito mais trágico me parece o destino de quem atravessa a vida sem se molhar, como se os efeitos (felizes ou nefastos) escorressem sobre a pele como água sobre as plumas de um pato.

Com seus altos e baixos, imagine nossa vida como uma breve passagem por um circuito de montanhas-russas. Quem atravessasse a experiência anestesiado, sem gritos, pavor e risos, teria jogado fora o dinheiro do bilhete. Tenho a ambição, ao contrário, de ajudar meus pacientes a viver de tal forma que, chegando o fim, eles possam dizer-se que a corrida foi boa.

Vamos ao que antagonizo, mesmo que não seja objeto de queixa do paciente. Antagonizo, em geral, os artifícios pelos quais desistimos de ser sujeitos, ou seja, as estratégias que encontramos para evitar aquelas dificuldades de viver que fazem parte do lote standard de nossa cultura. Sobretudo as estratégias coletivas: desconfiadas das instituições políticas, religiosas, burocráticas que oferecem a seus adeptos uma chance de esquivar-se e das expressões básicas da subjetividade moderna, desde a incerteza moral (o que é justo? o que é errado?) até a questão sempre aberta sobre o nosso desejo (qual é o meu querer?).

Por que antagonizar essas formas de descanso da subjetividade? Fechando o círculo: porque elas diminuem a intensidade da experiência, tornam a corrida sem graça.

Enfim, você me pergunta qual seria minha última recomendação. Aqui vai: seja humilde. Não quanto aos efeitos e resultados que você espera de seu trabalho. Mas seja humilde na aceitação das condições impostas por seus pacientes.

Haverá os que não conseguem nem sentar nem deitar, mas só podem falar caminhando. Haverá os que devem ficar silenciosos durante semanas para se convencerem de que não é proibido calar-se. Haverá os que só querem vir de vez em quando porque não toleram uma obrigação em suas vidas. Haverá os que somem durante semanas a cada vez que você viaja, porque não podem se impedir de punir quem os abandonou. Haverá os que querem vir cada dia só para sentir o cheiro de uma presença amiga. Haverá os que não falam, mas perguntam o que você acha, porque precisam ouvir sua voz, e pouco importa o que você dirá. Haverá os que se irritam porque você não os abraça e os que não aguentam ser tocados.

Eles querem mudar, e você também, junto com eles, pode querer que eles mudem. Mas uma mudança não é coisa que possa ser imposta. Ela não virá da imposição do rigor abstrato da técnica que você aprendeu, do setting no qual você se formou ou da teoria com a qual você escolheu justificar suas palavras e seus atos terapêuticos. Ao contrário, para que uma mudança aconteça um dia, é preciso que uma relação comece; e uma relação só pode começar nas condições que são irrenunciáveis por seu paciente.

Em suma, avance desarmado.

Um abraço (desta vez com todas as letras).