

A RECUSA DO SOFRIMENTO: REFLEXÕES CLÍNICAS

28 de novembro | 21h Mesa de abertura: Valeria Clark

- *A todos nós, psicanalistas jovens em formação.* Sherrine Njaine
- *A eterna presença do ausente.* Maria Inês Escosteguy

Coordenadora: Marina Miranda

Coquetel

29 de novembro

9h - 10h30

- *Autismo e Recusa.* Gilberto Desiderio
- *Sem rodinhas no divã.* Renata Martinelli

Coordenadora: Regina Murat

10h45 - 12h15

- *A dor psíquica do analista em formação.* Maysa Balduino
- *Dor e recusa.* Sonia Izecksohn

Coordenador: Roberto Martins

12h15 - 13h30 Almoço

13h30 - 15h

- *A dor maior de Dominique.* Rebeca Nonato
- *"Eu vi na televisão que quem morre vai pro limo..."*. Monique Ribeiro de Assis

Coordenador: Giorgio Trotto

15h - 15h15 Mesa de encerramento: Celmy Quilelli Corrêa

15h15 - 15h45 Intervalo para café

15h30 - 18h

- *Psicanálise & Cinema* - Filme "Bling ring: a gangue de Hollywood" seguido de debate com Luiz Fernando Gallego.

Coordenadora do debate: Magda Costa



Local: R. Jardim Botânico, 674 - 7º andar - auditório

A todos nós, psicanalistas jovens em formação! Sherrine Njaine.... pág. 2-7

A eterna presença do ausente. Maria Inês Neuenschwander Escosteguy Carneiro...pág. 8-15

“Sem rodinhas no divã”. Renata Martinelli...pág.16-23

A dor psíquica do analista em formação. Maysa Bernardes Balduino...pág. 24-26

A dor maior de Dominique. Rebeca Nonato Machado...pág. 27-36

A TODOS NÓS, PSICANALISTAS JOVENS EM FORMAÇÃO!

Sherrine Njaine

“... sempre retornamos às coisas já tratadas quando queremos estudar novos aspectos”.

(Freud, em As relações de dependência do eu, O eu e o Id)

“Sou o combate. Não sou um dos combatentes, sou antes, os dois combatentes e o próprio combate”.

(Hegel, em Introdução às lições sobre a Filosofia da Religião)

Novembro/2013

Para começar, preciso dizer-lhes que há tempos, decidi olhar mais de perto autores psicanalíticos hoje pouco lidos entre nós, buscando neles me enriquecer. Frances Tustin, psicanalista inglesa com mais de 20 anos de clínica e pensamento com crianças autistas é um deles. Seu último artigo “A perpetuação de um erro”, ela o define como uma reorganização de suas ideias sobre o autismo, antes que sua vida profissional chegue ao fim. Não cessando de buscar alternativas, sempre que percebia que aquelas de que dispunha não davam conta do que vivia na clínica com seus pacientes autistas, me comoveu o modo como ela conta ter aberto mão definitivamente da ideia de uma fase de autismo primário no desenvolvimento normal e do conceito de autismo patológico como fixação ou regressão a essa fase. Em suas palavras: “... a percepção tardia é sempre dolorosa! Todo este artigo é sobre percepções dolorosas... Mas chega de choradeira!” Este “erro”, perpetuado por outros psicanalistas, serviu de obstáculo para o avanço das teorias no campo do autismo.

Numa carta de um psicanalista americano, Dr. Gillette, publicada no Journal of the American Psychoanalytic Association (08/01/1992), ela diz concordar com ele, quando este explica que a hegemonia da teoria de Margareth Mahler, se devia ao fato de que ela parecia ser consoante com algumas afirmações feitas por Freud. (Pode-se avaliar assim os estragos que tal “retorno a Freud” podem causar dentro da psicanálise, considerada por seu inventor como um ramo da ciência e não como uma religião). E isto associado a uma surda negligência das descobertas de pesquisadores, em particular as de Daniel Stern sobre as interações precoces, que colocavam em cheque as proposições de Mahler sobre a unidade dual e a fase de autismo normal. Ao lado dele, pesquisadores como Colwyn Trevarthen (1979) na Escócia, Miller, Rustin e Shuttleworth (1989) na Inglaterra, Piontelli (1992) na Itália, Pérez-

Sanchez (1990) na Espanha, mostraram, finalmente, que não há um estágio infantil normal de autismo primitivo para o qual o autismo infantil poderia ser uma regressão. Essa hipótese defeituosa, que para muitos psicanalistas adquiriu valor de verdade, dificultou a construção de novas narrativas, bem como obstruiu as comunicações entre os pesquisadores e os colegas, como lamenta Tustin em relação ao Dr. Michael Fordham, analista junguiano.

Finalmente, Margareth Mahler, aos 80 anos, com coragem de pensar contra si mesma, numa conferência dada em Paris, justo antes de morrer, renunciou ao conceito de autismo primitivo normal como uma fase da primeira infância, aceitando as observações e estudos feitos por estes pesquisadores, que desafiavam suas formulações até então e questionavam a naturalização, o argumento de uma pré-disposição inata, que existe independente do sistema de crenças e da cultura, enfim, desprendido do contexto que o viu nascer.

Em uma entrevista a Eduardo Vidal (1995), psicanalista lacaniano argentino que há anos vive e trabalha no Rio, Frances Tustin conta-lhe da solidão, do sofrimento que experimentou ao tratar dessas crianças, sobretudo quando a clínica levou-a a interrogar alguns dos conceitos centrais da teoria kleiniana que lhe amparava e pela qual sentia uma imensa gratidão. É importante lembrarmos que Tustin foi analisada por Bion, durante 14 anos e este por Melanie Klein e todos eles foram psicanalistas que valeria a pena tentar elucidar, cada um em seu tempo e em sua singularidade, os movimentos que realizaram para libertarem-se de interdições ao seu pensamento. Tustin, fala a Eduardo de como lhe fazia sofrer a frieza com que suas ideias eram recebidas na Inglaterra, país em que vivia e trabalhava enquanto se sentia melhor acolhida na França, na Itália, no Brasil, ainda que tenha sido nomeada membro filiado honorário em 1984, pela Sociedade Britânica de Psicanálise, num reconhecimento da importância da sua obra e do que ela representava. Mas parece que ela queria mais do que honrarias, títulos, essas coisas...

Mas, ela viu igualmente, que a clínica do autismo, e seus efeitos transferenciais tinham o poder de mobilizar os espíritos para a perpetuação do “erro”. Em suas palavras: *“Na minha ansiedade de ter formulações que parecessem dar sentido às experiências de John, adotei a visão psicanalítica ortodoxa, exemplificando por Mahler e Bribing de que o autismo patológico é uma regressão a uma fase normal de autismo primário. Era uma hipótese clara. Agarrei-me a ela como uma jangada, porque me sentia confundida, desamparada, à deriva “em alto mar”. O desamparo cria o desejo de certeza. Então, fechei os olhos para o fato de que essa hipótese entrava em conflito com as descobertas a partir das observações de bebê que haviam sido parte do meu treinamento na Tavistock”*. Quando falou com seu marido sobre o que escrevia neste artigo, ele lhe presenteou com uma “limerick”(versinhos deliciosos da tradição britânica, às vezes sem pé nem cabeça), que resume os

momentos em que a clínica entortava o seu mundo e lhe impulsionava a duvidar das crenças e certezas até então, para se permitir ser surpreendida pelo não esperado e questionada pela mudança.

Eis o limerick: *“Quando crenças precisam de alguma modificação o fazemos com muita trepidação, pois o nosso mundo torna-se novo e as coisas parecem tortas, até que nos habituamos à nova formulação!”*

Uma lealdade cega e inquestionável àqueles sem cujo trabalho não existiríamos, torna-se um obstáculo para continuarmos aprendendo a desaprender para aprender novamente. Em nossa gratidão, convém não confundirmos escolha de uma herança com incorporação cega. Tomar o outro psicanalista, seja ele quem for, tenha os títulos e as honrarias que tiver, não como oráculo, não como adversário, mas como interlocutor.

Como ela nos lembra, nossa lealdade deve ser ao entendimento e não a personalidade e o culto da personalidade, ela nos diz, é exuberante na psicanálise. Quantos psicanalistas não buscaram e ainda vão buscar se imporem como única língua possível e muitas vezes conseguiram e irão conseguir? Sem a consciência de que uma teoria só vale pelo valor de elucidação do campo a que se refere, o pensamento resvala para o argumento de autoridade, forma tão frequente do desejo de reduzir o outro ao silêncio.

Na época em que iniciou sua análise com John (1951), ela diz bem-humorada e rindo, na entrevista com Eduardo Vidal que era uma kleiniana muito convicta. Esther Bick, sua professora na época, dizia-lhe para não ler Winnicott e ela obedecia. Nesta época, contava apenas com um referencial teórico kleiniano, supervisionada por Meltzer, e que já não dava conta do que vivia na experiência analítica com John. Em 1964, alguns colegas chamaram-lhe a atenção para as aproximações entre as suas ideias e o conceito winnicottiano de “depressão psicótica”.

Data desta época o interesse pelos trabalhos de Winnicott e Mahler. Muito mais tarde, já no final da vida profissional, afasta-se definitivamente do pensamento de Mahler e aproxima-se de Esther Bick, Donald Meltzer e Didier Anzieu ao enfatizar o caráter adesivo da patologia autística, ampliando ao mesmo tempo, o conceito do autismo ao propor que núcleos autísticos podem ser encontrados em paciente neuróticos.

Já foi observado por autores como Andre Green (1997), Pierre Fédida (1991), Manoel Berlinck, Célia Fix Korbivche (os dois últimos brasileiros), que seu trabalho influenciou não só os interessados em problemas específicos dos estados autísticos, mas aqueles que compartilham uma intuição de que o autismo pode desempenhar o papel de um novo paradigma para o estudo da mente humana e esse tem sido pouco explorado pelas teorias clássicas da

Psicanálise, pois seus achados ocupam-se de áreas em que predominam as sensações. Nessa área, as sensações não se tornam mentalizadas, e não adquirem representação na mente, pois os fenômenos autísticos obedecem a leis diferentes da neurose e da psicose e nos quais prevalecem a sensorialidade.

Para Frances Tustin, a maneira como cada um de nós irá tolerar oscilações saudáveis, alternantes, entre unicidade e separação é o âmago de toda existência humana. A capacidade analítica, como dizia Bion (1963) amplia nossa capacidade para sofrer (dor e prazer) e, alguns dentre nós, sentimos dor mas não a sofremos, ou a manifestamos em um estado mental de transição entre o sentir e o sofrer, como os pacientes que Betty Joseph descreveu e outros vivendo na “unicidade adesiva”, sentimos o mesmo que alguém e nos prendemos a uma pessoa, a uma teoria, como um objeto inanimado, pois isto nos ajuda a sentir que existimos.

E, onde as oscilações suaves não são possíveis, não podemos suportar o sofrimento decorrente da gradual consciência da “incompletude das formas”, como ela disse belamente um dia e nos vemos livres, pelo menos por uns tempos, de um aprisionamento. Aderirmos tenazmente a personalidades, a teorias que levaram luz à cena escura, pode nos levar ao preconceito e à controvérsia estéril, pois nestas condições nosso pensamento ficará “preso” e paramos de pensar.

É nesse sentido que ela nos ajuda a sacudir um pouco nossos espíritos tanto mais inclinados a se conformar com um esquema seja freudiano, kleiniano, lacaniano, ou qualquer outro quanto mais este esquema satisfaz não somente nossa preguiça intelectual, mas permite igualmente que o conflito com **“a mãe dos começos”** atue tomando a máscara de fidelidade a teoria, a personalidades, tornando-as objetos autísticos. É Tustin quem nos diz que o artigo “A perpetuação de um erro” foi *“um marco em suas tentativas de abrir caminho entre uma massa de material primitivo tão elemental e persistentemente “pegajoso”,... para que ela pudesse deixar de estar “presa na lama”* (esta é a melhor descrição que ela encontrou do estado de uma criança autista). Pois se o objeto não está fora do corpo, ele encarna assim, a possibilidade da mutilação, porque perdê-lo é vivido como perda de uma parte do corpo que o objeto perdido levou consigo, daí o caráter adesivo da patologia autística.

Ceder à tentação de simplificar o que não é simples e nos livrarmos prematuramente da incerteza, da dúvida de não sermos capazes de fazer nem reconhecer com o que estamos nos medindo, é prestarmos culto à “mãe dos começos” (mãe sobre-humana), figura mítica poderosa de todos os começos, pela qual ansiamos e ânsia que nunca poderá ser realizada sendo uma parte

importante da primeira aprendizagem chegarmos gradualmente a um acordo com essa frustração e tudo o que essa desilusão implica, como nos diz Tustin. Essa figura mítica não é só, e nem sequer principalmente de natureza individual; seus nomes e títulos são inúmeros, o arcaico poder do terror e da luxúria, como diz o poeta Robert Graves.

A saída da órbita da “**mãe dos começos**” não é jamais completamente realizada: não é adquirida de uma vez por todas: terra prometida, promessa sempre adiada, no entanto precisamos caminhar como se fosse possível a isto chegar, livrando-nos da fantasia de plenitude (típica teoria sexual infantil, na qual a sexualidade dos pais se manteria sobre o controle da criança. Não haveria mais outras. Ela permaneceria a única criança e ficará doente justamente por se pretender única). É esta fantasia que nos faz substituir uma teoria pela outra, resultando num desperdício de ideias, soluções, achados diante de impasses teóricos, clínicos, técnicos na história da psicanálise. Elementos valiosos da experiência e do aprendizado dos psicanalistas nas suas práticas dentro e fora do consultório privado têm sido ignorados, esquecidos ou abandonados, pura e simplesmente ao substituímos as teorias, personalidades, umas pelas outras como vem nos dizendo Christopher Bollas, psicanalista inglês (2006).

A tentação de fazer UM com a mãe dos começos, é irreduzível em nós, a possibilidade de cairmos sob o domínio dela sempre nos ameaça. E num mundo onde o apelo ao deslocamento (bela definição freudiana do que é um pai), **for expulso**, a possibilidade de instauração da proibição de pensar e do fanatismo, com tudo que de deletério comporta, estará dada e habitados ou parasitados pela imagem desta mãe a quem tememos desobedecer, a sacralização se instala, o que significa que é proibido tocar.

Como diz Freud em *Análise Terminável e Interminável*, “...o que ganha vida uma vez consegue se afirmar com tenacidade. Às vezes podemos duvidar que os dragões dos tempos originários estejam mortos realmente, sem sobrar nenhum”, e o chefe ao qual estes dragões pertencem é evidentemente a mãe dos começos e eles têm nomes como paixão, desejo, medo, inveja, ódio e habitam de modo disfarçado e no mais das vezes sem que saibamos, a mulherzinha e o homenzinho agora crescidos. E isto pela simples razão de que o desejo primário de unicidade com ela e o medo igualmente primário de não ser capaz de fazê-lo, de ser impotente para tal, são definitivamente, dragões maternos.

É perigoso ficar satisfeito com a própria psicanálise: um psicanalista precisa poder estar insatisfeito com a psicanálise, como dizia Bion, ousar traição criativa, matricídio na vida psíquica, profanação. Profanar é usar, tal como o conceitua Giorgio Agambem em “Elogio da profanação” (2007). Nas

últimas décadas do século XX, se deu o auge da museificação do mundo e diversas prescrições passaram a tirar de circulação os bens materiais e culturais, formas de comportamento e patrimônios da humanidade colocando as pessoas em situação de meros espectadores ou consumidores.

Se explica Agambem, sacrificar – assim como museificar ou espetacularizar – é tirar da circulação e do uso dos homens, então significa fazer de alguma coisa algo intocável. A profanação, pelo contrário, consistiria em tocar, em devolver ao uso e à circulação aquilo que fora retirado, tratando de lhe restituir o valor de uso sobre o valor de consumo, assumindo o perigo de tocar ou ser tocado. Profanar o improfanável é tarefa da geração que vem. No entanto, essa profanação não deve ser confundida com o gesto ingênuo de “cuspir na estátua”, achando que *“é um gesto de contestação a um regime mais amplo”*, tal como advertia a poetisa Ana Cristina César certa vez, pois é necessário usar essa tradição para torná-la útil, não são relíquias, podem ser revividas porque se tornam utilizáveis.

NOTAS

1. Todas as citações e referências a Frances Tustin, foram retiradas de seu artigo “A perpetuação de um erro” e Entrevista Frances Tustin/Eduardo Vidal, publicadas em O Autismo, Letra Freudiana, 14 (14). Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
2. Bollas, Christopher. O momento freudiano. São Paulo: Roca, 2013. (tradução Rafael Zeni, revisora científica Celina Giacomelli)
3. Agambem, Giorgio. Elogio da profanação, in: Profanações. São Paulo: Boitempo, 2007.
4. Cesar, Ana Cristina. José, Literatura, crítica e arte. Rio de Janeiro. Ano 1, n. 2, agosto, 1976, p. 12.

A eterna presença do ausente

Maria Inês Neuenschwander Escosteguy Carneiro

Absence, hear thou my protestation

Against thy strength,

Distance and length;

.....

To hearts that cannot vary

Absence is presence;

Time doth tarry.

(John Hoskins, "Absence", citado por Joan Riviere em *The Unconscious Phantasy of an Inner World Reflected in Examples from Literature*, 1952)

(Tradução da autora: "Ausência, ouve o meu protesto, contra tua força, distância e permanência. Para os corações que não podem mudar, ausência é presença, a demora eterna...")

Quero iniciar agradecendo aos organizadores e à Diretora do Instituto de Ensino pelo prestigioso convite para abrir esse Simpósio Anual, que muito me honrou e alegrou.

O tema é especialmente inspirador, pois além de estimular o pensamento, é amplo em suas possibilidades de discussão. E são as reflexões clínicas, parte do chamado que hoje nos reúne, que sempre nos levam para além dos temas, mesmo os estimulantes como o deste Simpósio.

A recusa pelo sofrimento é uma possibilidade ilusória que criamos, diante da inevitável experiência contra a qual esta recusa se erige: a vivência da dor. Recusar-se, porém, a viver a experiência já é admitir, à revelia, a existência da dor.

Para além das discussões sobre a natureza do que é ou não científico, verificamos que a verdade que diz respeito ao nosso ofício de psicanalisar é aquela que se refere à realidade psíquica, supondo a existência de um mundo interno. Assim, na tradição psicanalítica há um objetivo definido, a busca possível pela verdade da mente, que necessariamente incluirá a dor psíquica.

Nessa busca, cada um de nós escolherá seus instrumentos referenciais, como suporte ao exercício de nossa individualidade de psicanalistas. Considero meu

referencial aquele que diz respeito às relações de objeto e a constituição mental a partir destas, o que inclui os percalços inerentes a todo encontro relacional.

O modelo proposto por Klein e desenvolvido por seus seguidores inicia-se a partir das vivências desagregadas dos primeiros momentos de vida, a posição esquizoparanoide, que supõem estratégias onipotentes, quase mágicas, para amenizar os assustadores impactos dos encontros primitivos.

Caminhando para a integração, supostamente alcançada na posição depressiva, a presença do objeto se agiganta, mas principalmente faz-se notável sua autonomia. Este fato é um abalo narcísico de proporções consideráveis. Nesse momento, embora as chances sejam razoáveis para o desenvolvimento, instala-se também a inexorabilidade da dor pela perda do objeto, pois a necessidade e a dependência implicarão no reconhecimento da alteridade e das incertezas trazidas por este reconhecimento.

O objeto, que pela necessidade de sobrevivência primitiva, foi acreditado como posse onipotente do sujeito, apresenta-se como o que pode estar disponível, mas por própria deliberação. Portanto, o objeto é, desde sempre autônomo. Sua presença ausente se constituirá como um marco nas relações. Para o sujeito, a existência do outro e sua autonomia também será o veículo para a autoexpressão: a escolha libidinal pelo objeto e o que lhe é inerente significa crescimento e criatividade.

Contrariamente a isso, outra escolha possível é a negação alimentada pelo narcisismo destrutivo, que pretende aniquilar a parte dependente e capaz de reconhecer a autonomia objetual. Constata-se, então, mais um paradoxo em relação à dor psíquica: a negação também confirma a dependência. Esta é a dor inerente e indissociável ao ser humano, caracterizando-o e lhe conferindo qualidade relacional.

Arendição necessária à dependência objetual, porém, não é vivida sem vicissitudes. Vindo de três direções, nos diz Freud em “O mal estar da civilização” (1930), o sofrimento nos ameaça: 1) nosso corpo é destinado à dissolução; 2) o mundo externo pode nos abater com sua fúria; mas, principalmente, 3) o sofrimento vem da dor de se relacionar.

Dor e relação formam um binômio que nos toca em particular. Nós, analistas, somos o objeto da transferência. Portanto, nesse campo viveremos todas as dores relacionais da dupla e tentaremos ajudar nossos pacientes a usufruir, como for possível, da interação humana, para dela obter sua maior riqueza.

Bion (1972) fala de uma diferença importante entre sentir a dor e sofrer a dor para possuí-la. Quando conseguimos tolerar o sofrimento nos rendendo a ele, a

dor se legitima e nos transforma, resultado muito distante dos limitantes propósitos masoquistas. Significa não apenas entregar-se à finitude, e sim possuí-la; não apenas duvidar do objeto e sua disponibilidade, mas ser a dúvida pelo objeto; não apenas ver o outro, mas aprender com a experiência que a distância é o vínculo que nos permite olhar. A atemporalidade onipotente do inconsciente esquizoparanoide, então, cederá lugar à temporalidade depressiva das relações e dos limites, que são as condições para o encontro.

Joan Riviere (1936) impressiona com a descrição trágica e bela da posição depressiva, onde mostra as grandes dificuldades na tarefa dolorosa de reparar o que a onipotência, que acenava com uma falsa posse, destruiu no objeto. Claro que estou falando das relações de objeto tais como estão no mundo interno, coloridas pela *phantasia* inconsciente e que, portanto, pelas identificações projetivas, servem de modelo para todas as relações.

A reparação, que confirma a autonomia objetal, é o paradigma maior para o alento possível que obteremos, na tarefa que nos seguirá por toda a vida: reconhecer que, se não estamos sozinhos, é apenas porque o objeto possui a bondade. Se for possível, para o sujeito, usufruir de uma esperança confiante na sobrevivência do objeto, no mundo interno haverá maior integração com este.

John Hoskins, o poeta citado por Joan Riviere, termina sua poesia com o reconhecimento da ausência do objeto, que o torna presente de uma única maneira. O objeto passa a ser a presença introjetada, ausente e reconhecido como tal para fazer-se presente, aqui mostrado lindamente, como só os poetas sabem fazer:

In some close corner of my brain

There I embrace and kiss her

And so I both enjoy and miss her...

(Tradução da autora: em um canto próximo de minha mente é onde eu a abraço e beijo. E ao mesmo tempo posso tê-la e sentir sua falta...)

Palavras de Joan Riviere, vislumbrando a integração e o consequente pânico diante da tarefa que se aproxima, para se levar a termo o reconhecimento objetal: "... o amor traz tristeza e tristeza traz culpa... a tensão fica intolerável, mas não há saída... encontramos-nos sós, não há ninguém com quem dividir ou para nos ajudar... não haverá ninguém para nos alimentar, nem mesmo para ser alimentado"...

Contando apenas com a frágil possibilidade de reparação, é certo que não chegaremos ao objeto, mas ao que dele fizemos. O objeto reparado será,

então, algo apenas próximo ao objeto real, que será a presença ausente que nos acompanhará... Mais capacitados estarão os que relativamente conseguem integrá-lo, em seus aspectos bons e maus. Só assim o luto pela plenitude narcísica trará a relação como legado. Este é o grande ganho do sujeito, o bom objeto introjetado que promove reflexão e *insight*.

Entretanto, como lembra Eric Brenman (2006), tal introjeção será sempre imperfeitamente adquirida. Para manter presente o narcisismo inicial, que supõe a crença na posse do objeto primitivo idealizado, o superego, sem descanso, faz campanha pela perfeição enganosa da plenitude, ou seja, recusa-se a ser humanizado pela possibilidade da relação.

Nós, os psicanalistas, que temos a missão da transmissão e do ensino da psicanálise, mas fundamentalmente a reverenciamos diariamente em nossos consultórios, como tributo ao seu estatuto fundador, a clínica, nos deparamos com a dor, incluindo a nossa e a evitação da dor; com o apreço pelo objeto e, justamente pelo apreço, com os ataques e as negações de dependência; com a possibilidade de admiração e a inexorabilidade da inveja.

Assim como o texto psicanalítico é vasto e belo em suas possibilidades de escolha, a aventura da clínica é variada em suas nuances, tanto as que nos gratificam quanto as que nos frustram e entristecem. MAS NÃO TEMOS SAÍDA a não ser vivê-las integralmente. Caso contrário, repetiremos a demanda atual por descargas instintivas e desenfreada corrida por uma suposta autonomia que ataca o vínculo, dissociadas das relações e dos afetos. O apelo excessivo pela ação, uma das características de nosso tempo, caminha contrariamente ao nosso propósito, a busca pelo pensamento através da experiência transferencial.

É na transferência, característica excelsa de nosso trabalho e expressão maior do modelo das relações primitivas, onde viveremos os confortos do encontro, e onde também acontecerão os desconfortos das dores de cada dupla analítica que se forma. Através destes, transformações ocorrerão a ambos os componentes da dupla. Esta é a generosidade dessa relação peculiar, que permite aos analistas aprender com os pacientes, através da dor de se relacionar, a serem melhores no que fazem.

Dia após dia, nesse tempo que não tem tempo, a transferência, somos aprendizes de nosso ofício. E mesmo imperfeita, essa relação terá a grandeza da relação possível. Se a recusa transferencial pelo sofrimento for muito intensa, esta trará também a recusa pelo desenvolvimento.

A psicanálise não é uma prática para a felicidade, pois busca a dor psíquica como possibilidade para integração. E muito longe está de ser mágica, pois seus avanços sempre foram o resultado do esforço diante da clínica e seus

desafios, norteados pelo reconhecimento das individualidades do sujeito e do objeto. Na transferência, o analista e seu paciente.

A seguir, trago uma reflexão clínica, como complemento ao tema que hoje inauguramos. Na iminência de separação, deflagrada pela proximidade do término de análise, um paciente revive, na transferência, as experiências primitivas mais intensas.

Antonio está em análise há dezesseis anos e meio, com frequência de cinco sessões semanais. Em um mês de julho, marcamos o término de sua análise para o mesmo mês do próximo ano, por sugestão minha e de comum acordo com ele.

Após quatro meses desse acordo, a continuidade intensa e sofrida das vivências de reparação incluiu o reconhecimento dos ganhos na vida através da análise. Entretanto, como se poderia esperar, significou também o inevitável e necessário recontato com a própria destrutividade, com reorganização de defesas bastante perversas, que evoluíram para a legitimação das relações objetais primitivas e atuais, incluindo a esposa, os filhos e a analista.

Foi nessa ocasião que Antonio trouxe o seguinte sonho: *“Estava com muita sede e me dirigi a um bar, desses botequins de esquina modernos, muito bonitos por fora e por dentro. Entrei e pedi um copo d’água. O atendente me dá água em um copo sujo e empoeirado. Fico tão furioso, que atiro tudo, copo e água, na cara dele. Ele me olha surpreso e me diz, muito triste: Senhor, era só pedir outro copo, não precisava tanta violência. Aqui sempre tem água. Quem ficou surpreso então fui eu e respondi: Você é que não podia me dar um copo sujo, porque eu continuo com sede”*.

Diante de tanta sede, assim como o atendente, também eu fiquei surpresa, duvidando de minha capacidade de discernimento. Estaria Antonio preparado para sair da análise, ou este aparente retrocesso seria parte integrante do processo? Naquele momento, não tinha como avaliar, apenas suportar a experiência de Antonio com uma analista comparada a um atendente relapso. Guardei essa informação contratransferencial imediatamente após minha dúvida, percebi claramente que Antonio estava começando a sentir a possibilidade da separação como algo tão sofrido, que precisava reativar experiências de desprezo pelo objeto.

Então, acreditei que ele estava me comunicando uma forma de negação já conhecida, fazer de conta que não precisava e desprezar quem lhe dava algo. Mas, sutilmente, ele informou: *eu continuo com sede*. Entendi essa parte quase escondida de sua fala como sendo a possibilidade, a única no momento, de considerar o objeto.

Antonio continua: *"Este foi um sonho de um bobão, pois estava na cara que, pelo fato de eu ter tratado o atendente mal, grosseiramente, ele poderia muito bem ter se humilhado e me dado outro copo, com uma vingança do tipo cuspir dentro... Mas não, ele foi educado, até ficou meio triste, mas me mostrou que eu precisava da água para matar a sede e que ele tinha para dar"*.

Digo-lhe que não foi o sonho de um bobão, mas de alguém que estava com medo de ficar sem água e sem recursos próprios para matar a sede, assim como precisar da análise e não ter mais suas sessões diárias. Aparentemente seria mais fácil se o copo fosse sujo e eu uma analista humilhada e vingativa, que não faria falta.

Antonio chora em silêncio por alguns minutos. E me diz que acha que precisa ainda de mais um tempo para aguentar essa ideia de sair. Respondo-lhe que poderíamos seguir nosso trajeto, vendo o que o dia a dia, até o próximo ano, poderia fazer pela sede que ainda sentia. Caso fosse necessário poderíamos, juntos, rever a data de saída.

Ele me agradece e diz que está mais calmo. E admite que o que receia mesmo é não dar conta, sem mim, da tarefa de se manter *são*, acrescentando que não duvida de que eu saiba o que faço, pois se propus a possibilidade de sair, achava que ele tinha condições.

Assim foi feito. Prosseguimos com nosso trabalho diário. Antonio oscilou bastante entre momentos de maior integração e sofrimento e outros, em que negava de forma sarcástica e acre a dependência de sua mãe, que ele dizia só ter servido para parir.

Cobria-me de elogios, dizendo que eu era a pessoa mais importante de sua vida, que nunca ninguém tinha se voltado para ele de forma tão dedicada, etc. Eram falas muito sedutoras, muito aplacadoras e bastante cindidas. Sentia-me compelida a ajudá-lo, identificava seu sofrimento e mostrava-lhe a necessidade de me manter em um lugar onde nada de ruim me aconteceria, mas que eu achava que ele estava muito ressentido comigo por ter sugerido o término de sua análise.

Nesse período era muito comum que Antonio chorasse durante suas sessões. Parece que o choro era uma via por onde escoava seu ódio, sua tristeza, suas incertezas, seu medo.

Passaram-se cinco meses desde o sonho relatado acima, quando Antonio chega satisfeito a uma sessão e diz que estava feliz por ter se lembrado de um sonho, sem tanta reclamação e críticas. *"Mais do que isso", diz, "acho que readquiri minha capacidade de sonhar"*. E conta-me:

“A festa de aniversário do Dudu (seu filho mais velho, que faria aniversário nos próximos dias) estava sendo preparada no pátio da casa da tia Rosa. Faltando pouco tempo para a hora marcada, fui até lá e descobri que ainda havia muita sujeira espalhada, o que tornaria a festa muito desagradável. Corri até minha tia e lhe pedi, por favor, para que me ajudasse a retirar os entulhos e ela me atendeu. Deu tempo, porque quando os convidados chegaram tudo estava em ordem”.

Seguindo seu relato, Antonio lembra-se de sua mãe e a compara com tia Rosa. Sua mãe, segundo ele, tinha a casa sempre muito arrumada e limpa. Com esses anos todos de análise, diz ter conseguido também que sua mãe fosse mais eficiente *no dia a dia de sua cabeça*. *“Esse é um grande ganho, parece que hoje tenho outra mãe, mais completa”*. Está ansioso com a festa do filho, pois é o primeiro aniversário que passa em colégio novo e não tem certeza se os amigos irão.

Escuto-o falar emocionada. Apesar dos entulhos remanescentes, é a mim que pede ajuda para que a festa fique bonita. E integra sua mãe em suas associações, dentro da transferência. Então, digo-lhe que este sonho também dizia respeito a nós e à festa que ele desejava aproveitar quando saísse da análise, como uma conquista nossa, do trabalho que ele e eu tivemos. Embora ainda sobre alguns entulhos, foi a mim que ele pediu ajuda para os arranjos finais.

Antonio concorda e lembra-se do sonho do botequim, onde *“só havia a sujeira e não a possibilidade de ajuda”*. *“Foi uma coisa terrível depois daquele sonho. Senti no meu umbigo o que sou capaz de fazer com a minha violência, com você também, que é a pessoa de quem eu mais gosto depois da minha família. (chorando) Sinceramente, não sei o que seria de mim, sem os anos de análise. Isto é o que eu acho, ainda não estou muito confiante, aqui tenho chance de reverter as coisas, mas e depois? Acho que prejudico as pessoas, posso ter causado mal ao Dudu com minha violência verbal, com a minha falta de paciência com o Guiga (o filho mais novo) e tantas outras coisas”...*

Mostro-lhe a importância do que está me dizendo, apesar da dor que sentia. Estava responsabilizando-se pelos relacionamentos dele e com o que ele pode causar no outro. Antonio continua a chorar, e acrescenta que não dá mais para sair por aí despejando as coisas nos outros, *fazendo os outros de fossa*. *“Goste ou não goste, eu não vou, nunca, nunca, me livrar do que é meu. Os outros é que me aceitam se quiserem”* Quando encerro a sessão, Antonio diz: *“Valeu. Uma hora como esta vale por muitos anos. Mas eu quero mesmo ficar mais um pouco aqui, como uma margem de segurança”*.

Antonio permaneceu por mais um ano e meio, saindo aos dezoito anos e alguns meses de análise. Em sua última sessão, entrega-me um saquinho de veludo

preto, com várias pedras brutas dentro. No meio destas, encontro uma caixa de joias, contendo um par de argolas formadas por dois fios de ouro entrelaçados. E me diz: *“Aqui está o que eu era e o que me tornei.”* Em um pequeno cartão, que guardo até hoje, está escrito: *“Apenas uma palavra: Gratidão”*.

O entrelaçamento de dois fios de metal precioso, que aqui representava, no meu entendimento, analista e paciente em harmonia, transformados em um círculo, onde há a possibilidade de não parar nunca, é uma bela metáfora para o reconhecimento do objeto e da gratidão pela autonomia deste, que tornam possível, para o sujeito, transformações em constante movimento.

Entretanto, este reconhecimento não se dá a não ser através da experiência relacional e demanda uma parte considerável de nosso empenho, como diz Green (2008). E a admissão de que a recusa ao sofrimento estará presenteé parte também deste empenho. Mais um paradoxo da dor psíquica: nós, analistas, que somos buscados para diminuir o sofrimento, em muitos momentos seremos patrocinadores deste.

Que sempre o façamos em nome dos prazeres legítimos, porém incompletos, das relações objetais que não estão sendo vividos, obscurecidos pelos enganos triunfantes da autoafirmação, que engolfa o outro, nega a dependência e que em consequência, não favorece o pensamento.

Quando reconhecemos a autonomiado objeto, adquirimos também a dor da relação como nosso maior acervo. Esta é a essência da busca psicanalítica, posicionar-se em relação ao outro. E afortunados serãoos corações que podem mudar!Para estes, o anseio pela repetição pouco criativa da falsa independência, destinado ao fracasso, cederá lugar às possibilidades menos feéricas, porém criativas das relações e seus impasses.

Obrigada.

.....

Referências:

Bion, W. (1972) *Aprendiendo de La Experiencia*. Paidós.

Brenman, E. (2006) *Recovery of the Lost Good Object*. The new Library of Psychoanalysis.

Freud, S. (1930) *O mal estar da Civilização*. Obras Completas.

Green, A. (2008) *De locuras Privadas*. Amorroto Editores.

Riviere, J. (1991) *The Inner World and Joan Riviere*. Karnac Books.

minec620@gmail.com

“Sem rodinhas no divã”

Renata Martinelli

Nunca fiz terapia, estou sentindo o constrangimento dos iniciantes. Não sei quais os fios da meada que devo desenredar primeiro, se falar aleatoriamente ajuda, ou se devo dar uma ordem cronológica aos fatos. (Medeiros, 2002, p.12)

Andar de bicicleta sem as rodinhas é um grande desafio para qualquer criança, assim como foi para mim. Aos poucos, a cada dia, chegava ao pátio mais uma bicicleta de “menina grande”. Mesmo tão pequena, aos 5 anos de idade comecei a me conscientizar do que teria que enfrentar, caso eu decidisse experimentar. Eu via que os amiguinhos conseguiam e sentia ansiedade e medo, muito medo, porque sabia que meu tempo com bicicleta “de criancinha” estava acabando. Meus pais, sabiamente, tentavam me encorajar, incentivando e conversando sobre o assunto. Minha mãe sugeria tirar apenas uma rodinha.

Pedro chega, deita-se no divã, sempre com a perna esquerda estendida e a direita flexionada, com o pé no chão, em direção à porta: como que se entregando por um lado, e por outro mantendo-se pronto para sair. (Revista Bras.de Psi, vol 44, n 4. 2010, p.39)

Meu pai dizia que se tirassem só uma rodinha, eu andaria toda torta, apoiada apenas de um lado e defendia que deveriam tirar as duas de uma vez, que eu seria capaz de me equilibrar sem elas. Assim foi feito.

Senti na pele “o constrangimento dos iniciantes” (Medeiros, 2002). Descer no elevador já tinha sido uma aventura! –“Segura senão ela cai!” Segura, não solta!” Bicicleta sem rodinha não fica parada sozinha. Isso era novo para mim.

Já no pátio, meu coração pulava. Lembro-me claramente da posição da bicicleta e de sentar nela vendo à minha frente o percurso que supostamente eu faria caso conseguisse pedalar. Que medo! Minha mãe sustentava a bicicleta segurando o banco por baixo e corria atrás de mim enquanto eu tentava pegar velocidade e me equilibrar. Eu pedalava e pedia: -“Não solta,

não solta!” Percebi que a bicicleta tinha ficado mais leve e olhei para trás. Lá estava minha mãe, parada, olhando para mim e sorrindo.

Mauro [...] Fala de sua dificuldade para deitar no divã. Teme não poder me ver, e só conseguir “*olhar pra trás*”. (Bandarovsky, 1977, p.29)

Freud, impossibilitado de recorrer sempre a hipnose, a abandonou e passou a trabalhar no atendimento a seus pacientes com o método da pressão. Afirmava que ao exercer uma pressão na testa deste, contribuía para que a idéia recalçada aparecesse. Em 1889, uma paciente, Fanny Mozer, ordenou que Freud se afastasse dela e não se mexesse “Não fale comigo, não me toque. Escute-me”, disse ela (Pagano, site). A partir de então, Freud manteve a posição deitada do paciente em uma cama, atrás do qual ele ficava sentado, de modo a vê-lo sem ser visto por ele. Roudinesco (Pagano, site) diz que assim, Freud “inventou o divã, e se retirou para que a palavra se tornasse o ato terapêutico em si. Não há mais nada. Sem magnetismo, nem hipnose ou olhares. Só a palavra”.

Como remanescente do método da pressão, permaneceu o divã, peça característica do consultório de psicanálise. Segundo Maggi (1977), para alguns, o divã é tão fortemente identificado à psicanálise que pode até dar margem à charlatanismo, já que sua presença bastaria para “dizer-se psicanalista”. Ao mesmo tempo, há também quem o considere apenas como um herdeiro da hipnose, peça tradicional e saudosista, mas que mesmo “sem grande serventia prática” (Maggi, 1977), seria mantido nos consultórios “por não incomodar”.

Com o objetivo de reunir fundamentos para pensarmos sobre a importância do divã no atendimento psicanalítico atual, recorrerei a alguns autores, abordando seus diferentes pontos de vista.

Maria travou verdadeira batalha com o divã. Percebia claramente a diferença de seu próprio discurso, sentada e deitada. (Bandarovsky, 1977, p.32)

Segundo Maggi (1977), o uso do divã favoreceria o relaxamento do paciente, por proporcionar que este adote a posição semelhante a de quando sonha, o que poderia incentivar as fantasias inconscientes. Outra vantagem

seria a de facilitar a transferência, uma vez que privado da percepção visual do analista real, sentado atrás do divã, o paciente poderia reviver mais facilmente emoções arcaicas relacionadas a importantes figuras da sua infância, trazendo-as para o “aqui e agora” da sessão.

Freud, com o exemplo do telefone, ajuda-me a definir melhor uma forma de transmissão que é de “ondas” e de “sons”, não só de olhares. (Maggi, 1977, p.9)

Celenza (2008) defende que uso do divã estimula imensamente conflitos inconscientes e de experiência dissociada, devido à localização do analista fora do campo visual do analisando. Acrescenta que o fato do analista estar atrás do divã, propicia mais “plasticidade” (como um borrão de Rorschach) ou seja, tem-se um espectro mais amplo de possibilidades de interpretação e de construção de significado. Acrescenta que, originalmente o uso do divã baseava-se no modelo hidráulico de Freud de 1895, ou seja: ao deitar a atividade motora é inibida, propiciando a associação livre. Como a posição deitada não favorece as manifestações corporais do paciente, a descarga pela via motora fica bloqueada, e o impulso seria então dirigido para o campo das idéias. No campo prático: “se o analisando não deitasse não ocorreria nada de significativo” (Celenza, 2008). Assim sendo, o uso do divã estaria à serviço do paciente.

Uma outra explicação para justificar a presença do divã no consultório é a de que favoreceria o analista, uma vez que “mesmo sentado frente a frente” (Maggi, 1977), o paciente poderia ser entendido e interpretado tanto quanto deitado. Assim sendo, seria o analista que se beneficia quando está fora do campo visual, podendo ficar mais à vontade para trabalhar, sem o olhar constante de um paciente após outro. Desta forma, preocupa-se menos em influenciar as fantasias do paciente com gestos e expressões faciais.

Se um dos objetivos da psicanálise é tornar presentes primitivos relacionamentos objetivos mãe-filho, de que tipo seriam? Penso que devem ser certamente corporais, interoceptivas, auditivas, intuitivas; muitas delas estando o nenê deitado tal qual o paciente no divã. (Maggi, 1977, p.8)

Maggi (1977) considera que o divã favorece a linguagem adotada pela psicanálise: “palavra ouvida, resposta ouvida; captação de ansiedades, nomeação delas; desenvolvimento mútuo entre analista e paciente de comunicações emocionais e intuitivas” (Maggi, 1977, p.9). Cita ainda os que conciliam as duas explicações, uma vez que nas obras e cartas de Freud, são encontradas confirmações de que o divã favorece tanto a análise do paciente quanto o conforto do analista. Também nesta direção, Celenza (2008) justifica que o divã propicia o não acesso visual entre ambos os rostos, possibilitando a cada sujeito da dupla analítica a privacidade de se colocar idealmente receptivo às comunicações inconscientes, construindo e vivendo conjuntamente o terceiro sujeito da análise. “Ele permite tanto uma área de privacidade, no sentido de estar só na presença do outro (Winnicott, 1958), como um espaço lúdico potencial para gerar e ser receptivo à diversos estados sobrepostos de *rêverie*...” (Celenza, 2008) Ressalta também que o questionamento das diversas funções do divã aconteceu enquanto ocorria uma mudança, na teoria da psicanálise, do foco intrapsíquico, para a esfera da encenação intersubjetiva. A atenção do analista estaria, então, voltada não apenas ao que é dito, mas também ao que é encenado. Assim sendo, a análise mudou para além das palavras, para os corpos e o foco mudou de uma pessoa, para duas pessoas. Celenza (2008) conclui que ambos, o divã e a cadeira podem desempenhar um papel na montagem da cena, para que sejam melhor explorados os significados tanto intersubjetivos quanto intrapsíquicos.

Estou sugerindo que tanto o divã como a cadeira são maneiras úteis de explorar a relação do analisando com o analista, por meio de variações das posturas corporais e também da exposição ao corpo e face do analista. [...] o fato de evitar tanto o divã como a cadeira devem ser levados em conta. Privilegiar o deitar em relação ao sentar é valorizar um tipo de experiência psíquica acima da outra e pode conduzir a um conluio com afastamento defensivo que deixa inexploradas experiências afetivas importantes. (Celenza, 2008, p.190)

Apesar da vasta discussão sobre as razões de se adotar ou não o divã na análise, parece haver um consenso quanto aos casos em que não deve ser usado. Maggi (1977) diz que é “desaconselhado” a utilização do divã na análise de crianças, pois o uso de jogos ou água, por exemplo, se adaptam mais aos interesses destes pacientes, uma vez que ainda não alcançaram o aprimoramento verbal de um adulto. Acrescenta também que no atendimento à certos pacientes, como os psicóticos, o uso do divã não é adequado por que

ao deitar de costas para o analista podem sentir-se “perseguidos”. Aqui, o olhar e o contato visual do terapeuta é necessário para manter o laço, fornecendo a estes pacientes a chance de “com o outro” sair do autismo, ou não entrar nele.

Renato fala do quanto lhe agrada poder estar ali, em sua análise, sentado. “*tenho que olhar, preciso ver o que o outro pensa*” (Bandarovsky, 1977, p.30)

Pensar sobre o divã, me remeteu à experiência de pela primeira vez andar de bicicleta “de menina grande”. Eu sabia que não contava com o apoio das rodinhas mas estava sob o olhar atento e encorajador da minha mãe atrás de mim. E que olhar importante! Winnicott (1975) se pergunta: “O que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe?” e sugere como resposta que quando a mãe é “suficientemente boa”, “o que o bebê vê é ele mesmo”. Afirma ainda que “no desenvolvimento emocional individual, *o precursor do espelho é o rosto da mãe*” (Winnicott, 1975). Para Kehl (1988), o “espelho, até para quem nunca teve espelho, é o próprio olhar da mãe”. O olhar da mãe; ainda extensão de si mesmo; é o espelho do bebê. Esta criança ainda tão pequena, percebe a si mesma, a partir do outro, a partir do seu reflexo no espelho, seja no “espelho/mãe”, no espelho/vidro, ou ainda no “espelho/analista”.

O vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (*self*) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica. (Winnicott, 1975, p.161)

Winnicott (1975) cita as palavras de uma paciente: “Não seria horrível se a criança olhasse para o espelho sem que nada visse?” (p.160) A sessão prosseguiu com o relato de que esta quando bebê, ao olhar para sua mãe, a via olhando para outra pessoa. Não encontrava seu reflexo. Neste ponto lembro-me da minha “observação da relação mãe bebê”. Ao mamar, o bebê buscava, em vão, o olhar da mãe que dirigia-se à televisão. Na impossibilidade “desse encontro”, o bebê voltava o olhar para o ventilador rodando no teto. Voltando à paciente de Winnicott, ela prosseguiu descrevendo seu grande interesse pelo trabalho do pintor Francis Bacon e cogitou emprestar à seu psicanalista um livro narrando a vida do artista. Sobre o pintor um detalhe foi enfatizado: ele “prefere que suas pinturas

tenham vidro, porque, ao contemplá-las, as pessoas vêem não apenas uma pintura, poderiam de fato, ver-se a si mesmas”. (Winnicott, 1975, p.160) Desta forma, cada pessoa enxerga junto com a tela, o seu próprio reflexo.

Segundo Filho & Silva (1995), enquanto para Lacan a criança se aliena no desejo da mãe, desejo este que vê refletido no seu olhar, para Winnicott, a criança vê não o desejo da mãe, não o que a mãe quer, mas sim o reconhecimento da sua singularidade. Com o suporte desse olhar, a criança vai se desenvolvendo em coerência com seu próprio *self*, podendo ser o que ela é. Uma frase de Winnicott sintetiza bem essa idéia: “Quando olho, sou visto, logo existo”. (Filho&Silva, 1995, p.37)

Quando nasce, o bebê onipotente deseja o seio e este aparece. Ele cria na sua fantasia um objeto e confia na sua capacidade de trazê-lo para si. Aos poucos as frustrações começam a aparecer. A realidade se impõe dando início ao processo de desilusão. Suportar as frustrações para seguir lutando pelas ilusões faz parte do crescimento. Para que a criança possa ir se separando da mãe de forma adequada, é necessário um equilíbrio entre a ilusão e a desilusão.

Durante o processo de separação gradual, aparecem os fenômenos transicionais ou seja, uma área que os liga (mãe e bebê) e os separa ao mesmo tempo. É a área da criatividade. A partir do estabelecimento dessa área transicional, o bebê vai começar a desenvolver a capacidade de estar só. Aqui a presença da mãe ainda é muito importante. A mãe ao lado do bebê, enquanto apoio, inspira a confiança necessária permitindo ao bebê se perder em devaneios, criar fantasias e organizar pensamentos. Com a internalização da “mãe suficientemente boa”, a criança adquire a capacidade de viver seus criativos devaneios, sem a necessidade da mãe ao lado.

Figueiredo e Junior (2008) citam a interpretação de Pontalis sobre a “mãe suficientemente boa” de Winnicott: “Ela seria aquela cuja presença, sustentando uma ausência progressiva, é a condição de emergência da vida psíquica para o outro”.

Para Winnicott, o processo psicanalítico é semelhante ao desenvolvimento de uma criança. Nosso paciente é uma pessoa que sofreu falhas nesse desenvolvimento, alguém que não teve a “mãe suficientemente boa”, como seria necessário [...] No processo de análise será possível, a partir da regressão, reviver essa fase inicial que foi tão difícil, passar novamente pelos mesmos sofrimentos, mas agora na presença do analista. (Filho&Silva, 1995, p.38)

Minhas primeiras pedaladas sem rodinha foram uma conquista minha e da minha mãe, uma conquista da dupla mãe/filha, cada qual no seu lugar. Era o momento certo de eu experimentar pedalar sozinha. Fazer uso do divã é também uma conquista da dupla analista/analizando. Este aventura-se confiando que estará sob olhar cuidadoso do analista atrás de si. Não são raras as charges e filmes que satirizam a fantasia que o paciente tem do que estaria fazendo o analista atrás do divã, fora do seu olhar: dormindo, comendo, bebendo whisky, se ausentando do consultório e até mesmo “morrendo literalmente”. Ao profissional sentado atrás do divã, cabe acompanhar, mantendo uma escuta muito atenta, compreendendo e interpretando o material apresentado pelo paciente, mas sobretudo sobrevivendo.

[...] para o paciente e para o analista, estar em uma sessão é uma aquisição. Poder estar absorto, associar livremente, entregar-se, debater-se são todos sinais de que a capacidade de estar só foi alcançada. (Abram, 2000, p.252)

Pedalar ou deitar na sessão de análise, em ambos os casos, as condições necessárias para essas conquistas são internas, independente do tempo cronológico. A partir de então, o percurso que iremos trilhar, o caminho à percorrer, seja na bicicleta sem rodinha ou no divã, depende apenas de cada um de nós.

Usar divã, não usar divã, deitar, sentar, olhar, não olhar, ser olhado, não ser olhado... diversos pontos de vista. Diferentes escolhas, dependendo da abordagem adotada, das características do paciente, das experiências do analista e da configuração da dupla analítica. Maggi (1977) enfatiza o valor da opinião de seus “colegas psicanalistas”, por acreditar que cada profissional poderia dar uma valiosa contribuição sobre a função do divã, baseados, além da teoria, principalmente na experiência prática de cada um.

[...] a meu ver o espaço para o divã se constrói no divã, em qualquer posição ocupada, quer como analisanda, quer como analista. (Souza, 2011, pg 5)

Enquanto eu dava minhas primeiras pedaladas, tinha certeza de que minha mãe acompanhava “de perto” mais essa conquista minha.

Rapidamente tive sozinha que lidar com um problema prático: o pátio estava acabando. O fim do percurso se aproximava e caberia a mim escolher se iria me aventurar tentando dar a curva pedalando ou parar, descer da bicicleta e voltar empurrando-a. Cabia a mim decidir, mas tinha a convicção de que independente da minha escolha e das possíveis consequências, “ela” estava lá. Minha mãe se encontrava fora do meu campo visual, atrás de mim...

Referências

Abram, J. A linguagem de Winnicott. Revinter, Rio de Janeiro, 2000

Bandarovsky, J. Da poltrona ao divã. in: Simpósio dos Alunos da SBPRJ. A formação Psicanalítica: trabalhos apresentados. Rio de Janeiro:SBPRJ,1997, p.23-34.

Celenza, A. Vis-à-vis o Divã: Onde está a psicanálise? Livro anual de psicanálise XXI. 2008

Figueiredo, L.C. & Junior, N.C. Ética e técnica em psicanálise. Escuta, São Paulo, 2008.

Filho, J. De M. & Silva, A. L. M. L. Winnicott 24 anos depois. Revinter, Rio de Janeiro, 1995.

Kehl M.R. Masculino/ feminino: o olhar da sedução. In Novaes A. (org.) O olhar. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

Maggi, A. É o divã um traste obsoleto? Jornal de psicanálise, São Paulo, v.9.n.22,p.5-7, 1977.

Medeiros, M. Divã. Objetiva, Rio de Janeiro, 2002

Souza, N. Onde coloco o meu divã? um lugar/espço em formação. Trabalho apresentado no congresso FEBRAPSI 2011.

Winnicott, D.W. O ambiente e os processos de maturação. Artmed, Porto Alegre, 1983.

Winnicott, D.W. O brincar e a realidade. Imago, Rio de Janeiro, 1975

Revista Bras. de Psi, vol 44, n 4. 2010, p.39

<http://www.youtube.com/watch?v=uhWW1o74Om8>

Fernando Pagano. A invenção da psicanálise. pt2

A dor psíquica do analista em formação.

Maysa Bernardes Balduino

Neste trabalho, pretendo compartilhar algumas reflexões a respeito da natureza da dor psíquica que um analista experimenta em sua formação. Refiro-me, especificamente, àquela dor experimentada durante o atendimento aos seus primeiros pacientes em sessões múltiplas, quando a situação analítica é a mesma que o analista em formação vivencia em sua própria análise.

Penso que um primeiro passo importante é definir o conceito de dor psíquica.

Segundo Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926), o que torna possível levar a sensação de dor até a esfera mental é a intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto do qual se sente falta ou que está perdido. Isto equivaleria à mesma condição econômica criada pela catexia da dor, que se acha concentrada na parte do corpo danificada. De acordo com Freud, *a dor mental é uma reação real à perda do objeto*.

Em 1976, Betty Joseph descreveu um tipo de dor psíquica relacionada a momentos em que ocorre um rearranjo importante no equilíbrio mantido pela personalidade, correspondendo a uma alteração no estado mental, podendo até mesmo ser o fator desencadeador que comumente traz o paciente para a análise. Em outros casos, esse movimento é parte do processo analítico e, se puder ser solucionado, será um passo importante em termos de progresso e de integração. Entretanto, esse momento de dor psíquica, que poderia levar à análise, não é ainda elaborativo. A dor psíquica que servirá à elaboração deverá surgir no decorrer do processo analítico, sendo mesmo parte indispensável deste.

Joseph sugeriu que a dor psíquica está ligada ao aumento da percepção do próprio self e da realidade da outra pessoa. Assim, a dor estaria relacionada a uma sensação de existir separadamente.

Malcolm (1987) parece concordar com Joseph, quando diz que a dor psíquica ocorre quando o paciente enfrenta a necessidade de desfazer um tipo específico de relação que o liga ao objeto, isto é, uma fantasia de unicidade com o objeto.

Acredito que, no período inicial da formação, o aluno vivencia esse processo de separação ao mesmo tempo e em diferentes níveis. Penso que, ao buscar análise, mesmo sendo uma exigência institucional, o aluno já estaria vivendo um importante processo de rearranjo da sua personalidade, um possível desequilíbrio das defesas. Esse movimento, ainda que inconsciente, transcenderia às exigências institucionais, passando a ser o verdadeiro motivo para uma busca por análise.

Quando o aluno/analizando começa o processo de retirada das projeções no objeto, passa a se sentir mais separado deste e mais consciente do próprio self. Frequentemente esse é um processo muito doloroso, muitas vezes a sensação do candidato é a de que vai enlouquecer, já que a característica da dor nessa fase é ser *indefinível, sem direção, e não específica*. Malcoln, (1987, p. 199)

Ao mesmo tempo em que essas vivências ocorrem no processo analítico do candidato, ele inicia o atendimento dos seus primeiros pacientes. Inevitavelmente terá que entrar em contato com o sofrimento psíquico dos pacientes, ocupando outro lugar, o de desempenhar a função de analista.

Existem exigências que são fundamentais para se conseguir um estado mental capaz de desempenhar a função de um analista. O aprendizado desse ofício leva tempo, requer muita dedicação, são horas de estudos, seminários, supervisões, atendimento e claro, muita análise. O contato diário com os pacientes também é fonte de sofrimento psíquico para o analista: requer um exercício de separação dos seus conflitos psíquicos, dos conflitos psíquicos que pertencem aos seus pacientes.

A atividade psíquica intensa, decorrente da multiplicidade e concomitância desses processos é, muitas vezes, perturbadora e desestruturante.

A natureza do trabalho psicanalítico por si só, traz sofrimento psíquico para o analista. Robert Caper, no artigo, "*A psicanálise Cura? Uma Contribuição à Teoria da Técnica psicanalítica*", (1994), levanta três dificuldades emocionais da prática psicanalítica para o analista:

1) A limitação da psicanálise como instrumento para se desfazer de partes indesejadas da personalidade. Segundo o autor, essa limitação é humilhante tanto para o paciente quanto para o terapeuta.

Essa limitação nos coloca diante da diferença entre elaboração e cura. Se consideramos que a meta da psicanálise é ajudar o paciente a integrar as partes cindidas da sua personalidade, então o trabalho da elaboração implica que o paciente aceite seu inconsciente como parte de si, que viva o luto causado pela perda da autoidealização e encare as angústias decorrentes disso.

Descobrir que não nos livramos de partes indesejadas do nosso self, nem somos capazes de proporcionar que nossos pacientes o façam, é extremamente frustrante. Acredito que só poderemos enfrentar essa realidade, ao lado de nossos pacientes, se tivermos suficientemente elaborado esse luto ao lado de nossos analistas.

2) A interpretação do inconsciente não oferece nenhuma garantia contra a irrupção dos impulsos destrutivos dos nossos pacientes e de nós mesmos. Há o risco constante, de acordo com Caper, do surgimento de transferências e contratransferências dolorosas e assustadoras, sem nenhuma certeza de

poderem ser contidas. Isso provoca ansiedades terríveis no analista e é difícil dar-se conta de que temos poderes limitados perante coisas tão atemorizantes.

3) A psicanálise, de certa maneira, é artificial, peculiar e nela não é possível atuar naturalmente, oferecer consolo imediato, apoio ou confiança diante da presença do sofrimento evidente. Segundo Caper, o que o analista pode oferecer é apoio aos esforços do paciente para que integre sua mente, e o consolo que isso provêé bastante profundo e duradouro, porém é conquistado aos poucos e demanda tempo.

Acredito que, na medida em que o analista em formação vai se beneficiando de sua análise pessoal, como por exemplo, elaborando seus aspectos onipotentes, ocupar esses diversos lugares poderá se tornar mais fácil e mais prazeroso. Betty Joseph cita Bion (1970), para dizer que se o paciente não sofrer dor será incapaz de sentir prazer.

Sem dúvida, é esse prazer que sentimos, nos momentos de integração em nossa análise ou de encontro com o mundo interno de nossos pacientes, o que nos mantém vivos e criativos nessa atividade tão desafiadora e na trabalhosa formação psicanalítica.

Para terminar, gostaria de citar uma passagem de artigo escrito por Danielle Quinodoz, *“Wordsthattouch”*, no qual ela diz que algumas sabedorias podem ser ensinadas, outras só serão descobertas através de uma experiência emocional. Para ela, a psicanálise entra na segunda categoria, pois a experiência emocional da transferência e contratransferência envolvida na relação paciente/analista só é possível de ser assimilada por alguém que a vivenciou.

Bibliografia:

Caper, Robert (1994) *A Psicanalise Cura? Uma Contribuição à Teoria da Técnica Psicanalítica*. Tendo Mente Própria. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

Freud, Sigmund (1926) *Inibições, Sintomas e Ansiedades*. Ed. Brasileira, Vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Joseph, Betty (1976) *Em direção à experiência da dor psíquica*. Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

Riesenberg-Malcolm, Ruth (1987) *Dor, pesar e Resolução*. Suportando Estados Mentais insuportáveis. Rio de Janeiro: Imago, 1004.

Quinodoz, D. (2003). *Wordsthattouch*. London and New York: Karnac.

A dor maior de Dominique

Rebeca Nonato Machado

Eu gostaria de compartilhar com vocês algumas reflexões sobre a experiência do processo analítico de Dominique, que venho atendendo há um ano e seis meses. Essa mulher de 38 anos me procurou dizendo estar muito confusa. Com a vida profissional estagnada, ela vivia conflitos familiares, além de ter profundas dúvidas com relação ao seu casamento, prestes a se realizar.

A configuração familiar de Dominique é confusa, assim como seu estado mental, sendo constituída por meias-verdades. Sob a perspectiva da paciente, sei que sua mãe, quando ainda morava no Nordeste, teve um filho que morreu. Depois teve uma filha, que fora criada por sua irmã, e até hoje a mãe de Dominique não assume espontaneamente essa filha no meio familiar. Já morando no Rio de Janeiro, ela teve um relacionamento, descrito pela paciente como muito violento. Quando engravidou, fez um aborto. Até que engravidou novamente decidiu ter Dominique. Ufa! Parece que minha paciente escapou por pouco da morte. Mas tenho dúvidas se conseguiu escapar do aborto psíquico.

E eu não sou filha do meu pai. A minha mãe teve um relacionamento, o meu pai (*biológico*) ele é de (*outro estado*). O marido da minha mãe depois me registrou. Tanto que eu fui notar que, na minha certidão de nascimento, o ano registrado é dois anos depois do meu nascimento. Eu sempre me senti um peixe fora d'água.

Sua mãe teve mais quatro filhos com o pai/padrasto de Dominique, irmãos com os quais ela se relaciona com muita hostilidade e se sente hostilizada. Segundo a paciente, todos se casaram, são bonitos, tiveram muito mais coisas do que ela, restando-lhe a humilhação e a vergonha. Ela só soube que não era filha de seu pai/padrasto aos 11 anos, quando informada por tias distantes. Mesmo após saber a verdade, nunca conheceu seu pai biológico.

Já desde o início, Dominique apresenta-se como uma pessoa propensa a descontinuidades, interrompendo os tratamentos psicoterapêuticos anteriores e os tratamentos médicos convencionais, bem como seu emprego, da mesma forma que os dados de sua origem foram trocados e ocultados, como se nada importasse e tudo fosse possível, sem grandes consequências.

Com apenas um mês de tratamento, Dominique relata um sonho que penso retratar a experiência de suas relações arcaicas, introduzindo o protótipo do modelo transferencial.

Essa semana eu tive um sonho que me deixou um pouco intrigada. Eu sonhei que estava grávida. Eu estava com um barrigão de uns nove meses. Só que aí eu percebia que eu nunca tinha sentido o bebê mexer, aí eu falava assim: “Ai, senhor, me dá um sinal de que meu filho está vivo!”. Eu não sentia a minha barriga mexer. Nisso eu já tinha que ir para o hospital, porque já estava na hora de nascer. Eu percebi que tinham se passado nove meses e eu não tinha comprado nada do enxoval. Aí eu falava: “Não posso ir para o hospital agora, porque não tem nada pronto”. Eu voltava para casa, eu morava ainda com a minha mãe, e eu começava a lavar e passar a roupa do bebê, preocupada com a reclamação de minha mãe, por eu ter passado todo esse período sem preparar nada para o nascimento do bebê. Só que depois que eu acordei, eu fiquei pensando como é ter um filho, ficar esperando e nem se dar conta que a criança nunca mexeu, que o tempo passou e você não providenciou nada! Aí eu trouxe isso para a minha vida, onde eu percebo que o tempo passa e eu não faço nada. Quando chega o período final, eu falo: “Nossa, passou e eu não fiz nada!” É como se fosse uma gestação em que eu nunca me preparo para o nascimento! Precisei voltar porque eu não terminei a tarefa. Que coisa estranha, não é?!

Dominique afirma se identificar com a mãe do sonho, que se aflige por não se preparar. No entanto, também culpa o bebê, devido à sua imobilidade. Neste ponto, considero que fica representada uma das profundas dúvidas de Dominique: a quem deve responsabilizar por sua miserabilidade, a mãe ou o

bebê que ela foi? Arrisco dizer que ela se identifica com o bebê abortado e com o bebê desvitalizado na mente da mãe (como no caso de sua irmã mais velha).

Ela não sabe o que está vivo e o que está morto, se está no *timing* ou não. Ou seja, ela se identifica com algo que não pôde existir. O que se apresenta é uma não resolução de questões primitivas básicas, como o senso de vitalidade, de pertencimento e de continuidade. Foi doloroso entrar em contato com essas vivências afetivas tão perturbadoras de minha paciente. Inicialmente, eu ficava muito mais afetada por seus ataques do que penalizada por seu sofrimento.

Suas histórias são dramáticas em seu conteúdo, porém ela pouco parece sofrer com seus dramas, e permanece longe de reconhecer sua implicação em alguns deles. O cenário qual a relação transferencial-contratransferencial foi se construindo oscila entre rechaço, deboche, ódio, confusão, engano, duas versões, meias-verdades e, principalmente, desesperança e muita dor.

Um aspecto que se caracteriza como repetitivo é a fala da paciente sobre as dores em seu corpo. Na maioria das vezes, inicia a sessão mencionando o quanto seu corpo dói, o que muitas vezes a impossibilita de ir à sessão, segundo ela. Inicialmente eram dores de cabeça e nas articulações, depois cólicas menstruais, depois uma dor sem nome no baixo-ventre.

Eu poderia ficar no concreto, afinal ela é uma paciente lúpica, favorecendo a incidência de dores no corpo. Além disso, no meio deste ano, foi encontrado um mioma com risco de malignidade em seu útero, acometimento que exigiu a mutilação do órgão há três meses. Aos 39 anos, Dominique, recém-casada, fica estéril. Fica ou já era?

Penso que permanecer nesse nível somático do discurso era não avançar no entendimento das significações inconscientes. Tive que me questionar sobre qual era a dor maior que permanecia latente. Minha hipótese é que ela fala, através do corpo, que existem dores maiores do que aquelas: são as dores emocionais. Ela relata que seu corpo está em sofrimento, e devo

compreender que é dessa forma que tenho notícias do quanto vai mal sua capacidade de viver na mente as experiências emocionais.

Suas doenças corporais se expressam violentamente, sufocam-na e mutilam, trazendo vergonha para ela e sua família. É através do corpo que ela encontra palavras para falar daquilo que precisa ser calado simbolicamente, por meio da recusa. Entendo como recusa o mecanismo de defesa pelo qual o sujeito rejeita reconhecer a realidade que lhe parece violenta.

Dominique expressa o impasse de simbolizar, pois isto significa entrar em contato com a fantasia, por ela concretamente vivenciada, de uma mãe capaz de lhe dizer: morra! E de um pai que ao desaparecer lhe afirma: você não existe! O que permanece difícil de ser mentalizado são os prejuízos nas manifestações amorosas, as vivências de indiferença e de crueldade do outro. E assim, Dominique tem dúvidas se é ou não alguém em quem vale apenas investir, se ela é digna ou não de viver.

Foi em uma sessão de junho deste ano que, efetivamente, pude perceber mais tocada com a dor de Dominique. Seria um indício de que ela também já estava podendo se aproximar mais da dor maior? No início da sessão lamentava-se, mais uma vez, do comportamento de seu marido. Queixava-se de ter que cuidar dele, do quanto ele era agressivo e lhe insultava com argumentos que a machucavam etc. Demonstrava-se ressentida porque ele não queria tomar a medicação psiquiátrica, sentindo-se desvalorizada em seus cuidados para com ele. No jogo transferencial, eu ficava no lugar dela, daquela que oferece os cuidados mas é abortada, pelas faltas e por outras manifestações da resistência. Ela segue dizendo não ver melhora com a análise, mas demonstra consciência de sabotar o tratamento. Acrescenta sentir-se rejeitada por todos.

Paciente – Eu me sinto muito rejeitada por todo mundo. Eu sinto que eu não consigo juntar as pessoas. Tem pessoas que separam... que as pessoas vão embora. E eu sou assim! Mesmo que eu não queira, eu sei que vai ser assim.

Rebeca – Acho que esta impressão de que você afasta as pessoas não é de hoje. Talvez seja muito antiga. Você me falou uma vez que foi um bebê indesejado.

Paciente– Outro dia eu vi um vídeo na internet... E era de aborto! Porque tinha o feto de 12 semanas mostrava quando alguém ia fazer o aborto. Mostrava o procedimento da lança destruindo o feto. Mostra que o feto sente dor e se afasta. Depois eu fiquei procurando outros vídeos, de como a pessoa destrói um feto, esmaga, podendo perfurar o útero da mulher. E ainda tem pessoas que falam que não tem vida. Eu fiquei chocada de ter pessoas que fazem isso.

(Na hora em que fala da dor do feto, Dominique retrai seu corpo, me mostrando a dor de um feto e como ele tenta inutilmente se proteger até a resignação. Quando me dou conta, percebo meus olhos cheios de lágrimas. E, entristecida, falo:.)

Rebeca—E você ficou chocada com sua mãe...

Paciente – As pessoas, na ignorância, fazem qualquer coisa. Sabe? O feto sente dor, dor, dor. É tão chocante e cruel!

(Lembrei-me de quanto ela repete a palavra dor, principalmente no início das sessões. E foi nesta sessão que percebi que ela sente no corpo as dores da rejeição, do aniquilamento.)

Rebeca – Parece que você consegue até se colocar no lugar do feto... Talvez no lugar desse bebê da sua mãe que não pôde nascer.

Paciente – É tanta morte, tanto descuido com a vida!

Agora, acredito entender um pouco mais quando, na primeira entrevista, ela ressaltou sentir-se como um peixe fora d'água. Inconscientemente ela me comunicava que se sentia morta, pois um peixe fora da água morre. E o amor de uma mãe é o meio vital para uma criança, assim como a água o é para o peixe.

Ela encontra várias maneiras de manifestar sua propensão ao suicídio, como, por exemplo, demonstrando uma pseudopreocupação com sua saúde física e mental. Diz ser dedicada às recomendações médicas, porém, contraditoriamente, logo menciona suanegligênciacom a saúde,ao não tomar adequadamente os remédiosou faltar às sessões de análise.

Neste período, a minha sensação eraque a análise tinha um efeito iatrogênico. E eu me perguntava: como levá-la a entrar em contato com tamanho sofrimento psíquico? Não seria a mesma coisa que empurrá-la para um abismo? Assim, eu ficava identificada com a imago primitiva da mãe mortífera, que aborta seu bebê. E também com o pai que a abandona. Com medo de mutilar o pouco que lhe restavaou de fazer doer de forma insuportável, na verdade, o risco real que eu corriaera o de matar a análise e a tentativa dela de poder viverde modo diferente.

Comecei a falar que ela sofria fisicamente, mas que tinha uma dor maior que não podia ser verbalizada. Mas meu questionamento continuava. Será que poderíamos realmente falar da dor maior sem sucumbir? E foi agora, em uma sessão de outubro,que Dominique me mostrou que sim, que pensar na dor era a chance de ter uma vida fértil.

No início da sessão, Dominique comenta que recentemente um amigo seu falecera. Menciona estar triste com o fato, mas sua voz não me transmitia tal emoção. Pelo contrário, me contava o fato monocordicamente, como uma narradora do *Discovery Channel* ao descrever as cenas de massacre no mundo animal. Acrescenta que tinha dúvidas se o amigo realmente cuidava da saúde, pois, para ela, ele parecia cuidar mais da saúde dos outros do que de si mesmo. Penso que neste momento, por identificação projetiva, ela falava de si e me comunicava estar assustada com o destino mortífero de uma atitude de negligências.

Parecia que a ansiedade predominante, que mais a assustava neste momento, era perceber que descuidar-se de si mesma poderia ser fatal. Neste início da sessão, ela recusava o terror que sentiade enfrentar as suas próprias doenças. É altruísta para faltar a sessão anterior e ficar cuidando do marido

com pânico, porém não pode enfrentar o próprio pânico. De certa forma, Dominique me comunica que não ter coragem de enfrentar as dores é o caminho mais próximo de cair no abismo.

Paciente – Acho que ele não levava a sério os médicos dele. Não posso julgar, mas por outro lado ele cuidava do irmão que tinha Aids. Eu não sei o que se passou.(...) Você olha aquela pessoa no caixão. Umas pessoas falaram que ele era muito fechado, mas eu também não sei. Foi muito triste o que aconteceu.

Rebeca – Você está triste de ter visto o resultado da negligência de seu amigo com a própria saúde. Será que você não está triste, também, por ter negligenciado a sua e agora ter que lidar com as perdas?

Paciente – Eu acho que eu já não teria possibilidade de engravidar. Eu penso que eu fazia exames anualmente, mas foi de um ano pra cá. Eu tenho é que controlar as minhas emoções. Eu ainda não me libertei das minhas dores. Eu estou com dores nos seios e tem alguma coisa. Eu não sei o que está acontecendo comigo, mas sei que tenho que aprender a lidar com as emoções. Eu não sei me desligar do problema do outro e evitar que me afete e me machuque.

Rebeca – Mas você se desliga dos seus problemas.

Paciente – Eu não estou sabendo lidar com o Evandro (*marido*) nesta fase.

Rebeca – Porque neste momento, quando ele sofre, você também está sofrendo. E você faz de tudo para ignorar que você sofre. Parece até que a dor física que você sente é mais suportável do que a dor emocional.

Paciente – O Evandro usa umas muletas que ele só vai substituindo. Ele me fala que não sente vontade de fazer nada, que está sem força, não vai à academia. Tem outras coisas também, ele é muito orgulhoso. Ele rejeita o admirador da mãe dele, trata mal porque ele é pobre. As minhas amigas feias, ele nem fala direito com elas, mas as bonitas ele vai beijar. E eu não gosto disso! Isso me deixa tão mal...esnobas as pessoas.

Rebeca – Você se sente tão destruída como estas pessoas que o Evandro rejeita.

Paciente – É...

Rebeca – Talvez seja esse um dos motivos de você não aceitar que sofre. Porque fica se sentindo ainda mais rejeitada, mais humilhada, e por isso você acaba se sentindo obrigada a dizer que está tudo muito bem!

Paciente – Antigamente as pessoas, quando me perguntavam como eu estava, eu sempre dizia que estava tudo muito bem. Porque não adianta falar. As pessoas não vão ouvir mesmo. Mas ultimamente eu ando preocupada é com as dores no seio. Eu observo que estas coisas que eu sinto são de muito sofrimento no passado, que agora resolveu pagar a conta. Eu era uma pessoa amargurada, eu me sentia muito menor. Quando eu tô conversando com você me vem a tristeza de não gerar, de não ter mais essa possibilidade de realizar este sonho.

Rebeca – Parece que muitos dos seus sonhos foram prejudicados, como, por exemplo, se sentir amada.

Paciente – Eu não posso começar a dar muita asa para essa frustração! (...) Foi enterrada a minha possibilidade de gerar, o pior é que todo mundo à minha volta está grávida. Sabe, Rebeca, eu queria olhar para a vida sem me sentir uma vítima, queria aproveitar cada momento. Parece que eu não tenho um astral bom. Se eu chego perto de um grupo, eu espalho as pessoas. Ninguém quer ficar perto de mim. Ninguém olha

para mim! Agora que eu fiquei em casa, depois da cirurgia, eu via *Sessão da Tarde*, que sempre passa aqueles filmes em que a menina é rejeitada na escola. Eu penso que é tão cruel. E as pessoas fazem questão de humilhar. Eu fico pensando no que se passa no coração dessas pessoas que fazem isso.

Rebeca – E o que se passa no coração de quem passa por isso?

Paciente – Passa medo! (*Pensativa*) A pessoa se sente desprotegida e sozinha.

Rebeca – Deve ser difícil ficar em grupo, pois quanto mais próxima de alguém, mais medo de ser massacrada. Talvez acabe sendo até melhor espalhar.

Paciente – Sei lá, Rebeca. Eu não sei mais o que fazer. Eu observo que eu tenho muito medo, muito, muito medo. Eu te falei das coisas que estou fazendo (*comidas para vender*). Por mais que eu saiba, quando é para ganhar dinheiro, sai errado. Eu fiz um bolo que eu sempre fazia, mas na hora que era uma encomenda, o bolo ficou tão feio, que eu tive vontade de jogar na parede. Uma parte estava maior do que a outra. Eu pensei: não vou vender. Depois eu fui fazer umas coisas, aí eu pensei que dava para cortar a parte mais alta e igualar, mas já estava com a cobertura, sabe.

Rebeca – E deu certo?

Paciente – Deu! Só ficou um pouco mais com cobertura de trufa de chocolate, mas pensei que todo mundo gosta. Quando acabei de fazer, eu olhei para o bolo: “Nossa, era só uma questão de pensar!”

No nível inconsciente, há em Dominique a certeza do desejo de aborto da mãe. Dominique toma como verdadeira percepção de que não foi lançada no

mundo para viver. Sua fantasia é que sua vida não tem valor. Desse modo, organiza um funcionamento de abortamento crônico. Para ela, talvez isso signifique que eu preciso não deixá-la morrer. A recusa do sofrimento é sua tendência para se matar, pois ao não conseguir falar do sofrimento psíquico, fica incapaz de ter vitalidade, de ter uma vida afetiva. Nesta sessão, a paciente começa em estado monocórdico, mas no final parece mais afetiva, quando podemos dar significações às suas vivências afetivas. Quando não recusamos e damos voz às suas dores maiores, indo para além do corpo, é possível falar em criação: o bolo feio, que aparentemente não merecia um destino melhor do que ser destruído, pôde virar um bolo apreciável.

Venho aprendendo com Dominique, em minha supervisão e em análise, que não poupamos o paciente do sofrimento quando este não é trabalhado. Devemos ter em mente que o paciente já sofre de forma insuportável e que a análise talvez seja a única chance de poder perceber que olhar para o abismo é diferente de cair dentro dele. O analista, ao recusar a dor maior do paciente, faz o mesmo que deixá-lo sozinho com seu sofrimento. Através dessa experiência, aprendi que, se não formos analistas perseverantes, é aí que poderemos cair na morte. Devo ser mais esperançosa do que minha paciente, tenho que manter a esperança viva e trabalhar isso com Dominique. Ou seja, mostrar-lhe que houve perdas, mas nem tudo está perdido. No primeiro sonho de Dominique, ela volta para arrumar o enxoval do bebê, acreditando que ainda há *timing* para nascer. É a esta parte do *self* de Dominique que devo me aliar, para lembrar que ainda há alguma chance de tentar.