

Simpósio Anual do Instituto



Desafios da Psicanálise: da transmissão à prática

26 e 27 novembro 2009

ÍNDICE

<i>Introdução I: Sobre os Simpósios do Instituto</i>	3
Aloysio Augusto d'Abreu	
<i>Introdução II: Participação</i>	5
Magda Rodrigues Costa	
<i>Lição de Psicanálise: aprendendo o que não se ensina</i>	6
Sherrine Njaine	
<i>Reflexões sobre a formação psicanalítica e sobre o ensino teórico da psicanálise, na formulação de Pierre Fédida [Resumo].</i>	10
Maria Helena Junqueira	
<i>Rigidez e Flexibilidade Mental</i>	11
Aloysio d'Abreu	
<i>O Papel da Clínica Social na Formação na SBPRJ</i>	15
Isabel Pessoa	

<i>Corpos em Transparência: Útero-feto-psiquismo. Sobre a experiência do ultra-som obstétrico no processo de parentalização</i>	22
Simone Wenkert	
<i>Uma Mãe na Uti Neonatal: Em defesa da primeira visita em companhia do profissional de saúde</i>	36
Haydée Rodrigues	
<i>O Debate psicanálise-psicoterapia analítica hoje: da transmissão à prática</i>	42
Bernard Miodownik	
<i>Ecos de um grupo de acompanhamento</i>	48
Aida Ungier	
<i>O Preconceito sobre a Velhice</i>	58
Marialzira Perestrello	
<i>Duas pacientes e uma queixa: "A comida não desce." - Pensando sobre a anorexia [Resumo]</i>	61
Marcela Santos	
<i>Um Paciente Desafiante: antes um sobressalto; durante uma tensão angustiante; e depois uma sensação frustrante</i>	62
Marcia Davidovich	

Introdução I: Sobre os Simpósios do Instituto

Aloysio Augusto d'Abreu

Quando pensei em escrever esta introdução para o caderno do Simpósio do Instituto, minha primeira preocupação foi informar-me mais sobre o mesmo. Quis saber de sua origem, quando foi realizado o primeiro e quais os temas tratados. Minha curiosidade deu-se motivada pela crença que tenho de que a história nos faz compreender melhor o presente e permite que planejem mais adequadamente o futuro, aprimorando os acertos e evitando os erros. Sei que nem sempre usamos a história como fonte de aprendizado, mas não custa tentar.

Pelo que pude apurar, o primeiro Simpósio do Instituto realizou-se em 08 de abril de 1995 com o tema "Angústia". Era diretor do Instituto o Dr. Henrique Honigsztejn e presidente da Sociedade Dr. Ney Couto Marinho. Ficaram, em aberto, algumas questões: Quem foi o pai da ideia da criação do Simpósio? Normalmente estas ideias surgem em reuniões, havendo vários pais. Tanto Henrique como Ney não souberam a quem pertencia a paternidade. Até que alguém se habilite em assumi-la, vamos atribuí-la aos participantes da gestão Ney/Henrique.

A este primeiro Simpósio, sucederam-se o de 1996 com o tema "Amor" e o de 1997 cujo tema foi "Trieb".

Permitindo-me uma interpretação livre dos fatos, passível de contestações, é bem verdade, este foi o período em que recém tínhamos saído do trauma da intervenção da IPA, um período de "Angústia", seguido com uma tentativa de reparação "Amor" e finalmente uma possível superação "Trieb". Estarei viajando?

Passemos, agora para um fato de mais fácil interpretação. De 1998 até 2009, tivemos doze Simpósios; destes, sete referiam-se a temas ligados à Formação Psicanalítica e aos cursos de Formação e três sobre a Clínica Atual. Os outros dois foram: sobre "Violência" em 2002 e "Compulsão a Repetição" em 2007. Parece-me que a elevada frequência de temas ligados à Formação Analítica merece uma reflexão. Limitar-me-ei a uma hipótese sobre o elevado número de Simpósios referentes ao Ensino, deixando as demais para o leitor.

A mais óbvia é a presença de uma questão que está em aberto e não estamos conseguindo encaminhá-la corretamente. Uso a palavra "encaminhar" por entender que o ensino, ou se preferirem, a transmissão da psicanálise é uma questão que não pode ser resolvida ou fechada, e sim que se objetive dar sempre um encaminhamento no sentido de uma melhora. Parece que não estamos conseguindo dar este encaminhamento, por isto o tema é tão recorrente.

Os Simpósios do Instituto constituem um espaço para apresentarmos nossos pensamentos e reflexões sobre determinados temas. O tema que não nos tem dado sossego é a Formação Analítica. Este desassossego, creio, deve-se ao fato de não

estarmos encontrando caminhos. Estaremos dando voltas, numa “Compulsão à Repetição”?

Que os Simpósios continuem sendo uma fonte de reflexão e contribuição para o aprimoramento de nosso desempenho como psicanalistas e para a melhoria da Instituição. Um espaço de criação e, principalmente, do desenvolvimento e encaminhamento de ideias. Continuemos tentando. Parabéns para seus criadores.

Introdução II: Participação

Magda Rodrigues Costa

A participação da Representação Geral dos Alunos na organização e realização dos Simpósios Internos do Instituto não é somente mais uma responsabilidade desempenhada com satisfação e êxito, tem incentivado a progressiva troca clínica e teórica através da apresentação de trabalhos que registram as experiências para além da esfera do Instituto da SBPRJ.

O genuíno interesse e a participação ativa dos alunos e dos membros predomina desde as conversas sobre a determinação do tema central e estrutura, nas reuniões dos alunos e com a direção do Instituto. As solicitações espontâneas para apresentação de trabalhos e coordenação das mesas são gradativamente maiores a cada ano. Os convites diretos também são uma prática comum e são muito bem correspondidos, como aconteceu no ano de 2009, quando convidamos Dra. Marialzira Perestrello e Dr. José Cândido Bastos para a mesa de encerramento. Temos nossa estimada fundadora e um querido aluno da primeira turma de formação no Instituto no ano do cinquentenário da nossa SBPRJ, juntos e versando (literalmente!) sobre assuntos de seus interesses, foi uma oportunidade única e vividamente enriquecedora para todos que compareceram.

Temos agora registrado e disponível para consulta a maior parte do material apresentado, é mais uma forma de reconhecermos e divulgarmos a reflexão e produção científicas sobre a psicanálise na SBPRJ.

A criação do Almoço de Adesão, no Simpósio de 2009, foi um *delicioso* complemento ao clima de integração, e desejamos que se torne parte, doravante, deste evento.

Com a alegria por participar,

Magda Rodrigues Costa – Vice-Representante Geral dos Alunos e Secretária

Eu quase nada sei, mas desconfio de muitas coisas.

Guimarães Rosa

Em uma das “Novas conferências” Freud declara que a pedra que constitui o obstáculo de uma teoria transforma-se na pedra fundamental da teoria seguinte. Foi numa perspectiva análoga que escolhi, como fio condutor desta exposição sobre o modo de aprender psicanálise, o aprender a partir da experiência de ler a nós mesmos e de sermos lidos, ler os livros e seus autores e a própria vida.

Neste sentido, Freud, em “Análise terminável e interminável”, convida a nós, seus leitores, à conversa, solicitando nossa participação. Isso pela simples razão, diz ele, de que, se os escritos psicanalíticos contribuem para um acréscimo de saber, seu leitor na verdade só pode caminhar através dos ecos e ressonâncias que eles suscitam. Dizendo de outro modo: as habilidades requeridas para a experiência de aprender psicanálise não podem ser ensinadas, mas podem ser aprendidas, desde que consideremos que não ensinar é um processo disciplinado e ativo de criação de um ambiente que incentive o aprendizado, pois não ensinar e aprender raramente seguem qualquer sequência lógica. De fato, ambientes de aprendizado não são para qualquer um, como podemos deduzir da reclamação feita por um aluno: “não estou pagando minha mensalidade para aprender, estou pagando para você me ensinar.” Obviamente haviam ensinado demais a ele.

De fato, no mesmo texto, Freud lembra-nos que só somos excitados como leitores, como aprendizes, pelas passagens em que nos sentimos atingidos, por aquelas que dizem respeito, portanto, aos conflitos atualmente em ação em nós. Tudo o mais nos deixa frios.

A prática de aprender a experiência psicanalítica mostra-nos que nem instrução e nem educação impedem-nos de continuarmos adorando, em segredo, insólitos e velhos ídolos. “O que ganhou vida uma vez consegue se afirmar com tenacidade. Às vezes podemos duvidar que os dragões dos tempos originários estejam mortos realmente, sem sobrar nenhum”, diz Freud. E o chefe ao qual estes dragões pertencem é evidentemente a mãe do começo, e os dragões desta mãe têm nomes como a paixão e o desejo, o medo, a inveja e o ódio. O artigo de 1938 sobre “A cisão do ego nos processos de defesa” é suficientemente explícito sobre isto.

Nos anos iniciais da experiência de aprender psicanálise constantemente ouvimos coisas que parecem inacreditáveis, irracionais, ilógicas. Vamos sendo lentamente introduzidos num mundo que nos parece demasiadamente estranho ao que nos foi familiar até então. Sentimo-nos várias vezes tentados a questionar as idéias, os princípios e as regras exigidas por esta experiência e seu objeto e precisaremos nos lembrar que, na verdade, ainda não sabemos bem com o que estamos lidando e vamos levar tempo para desconfiar.

Este aprendizado modifica aquele que em nós aprende, o que pressupõe que este esteja autorizado a existir, o que é inteiramente distinto do aprender sobre, que apenas acrescenta mais informação ao arquivo de um autor, de uma teoria ou instituição, como tão bem estabeleceu Bion, já que aprender da experiência coloca à

prova o saber e o poder do analista. As ações de introjetar, assimilar, internalizar têm seus tempos e suas várias durações, e que nós, analistas, devamos sofrer o desconhecimento de nossos inconscientes é o mínimo que podemos dizer, visto que a transmissão da experiência psicanalítica repousa sobre este postulado.

A observação merece ser guardada. Por se fundarem no desconhecido do poder das resistências e da força sempre ativa das pulsões, não poderemos nos furtar a levar em conta a profunda heterogeneidade entre o tempo sem medida do inconsciente e o movimento precipitado da vida cotidiana, do tempo do relógio e do calendário e das novas formas de mal-estar na pós-modernidade, que se apresenta hoje, aqui e agora, no começo do século XXI.

Na experiência de aprender psicanálise nada tem significados estáveis, estamos sempre numa dimensão de incerteza, dúvida e irreverência, que muito freqüentemente tem estado ausente, quando vemos autores, teorias, transformados em objeto de crença. E este gosto do incerto, que precisamos ter para lidarmos com os problemas que a realidade psíquica apresenta, continua a ser nossa matéria-prima e nosso campo de trabalho, o qual é muito maior hoje com relação àquilo que Freud descrevia em 1930 e Lacan em 1950, no pós-guerra, exatamente porque não temos mais os ideais de totalização que ainda estavam presentes na experiência social daqueles anos. E este mal-estar é fonte de um potência e não de forças que de saída sejam direcionadas, o que nunca será feito de um modo único, nem para sempre.

Diversos autores vêm afirmando a freqüência com que percebem na clínica atual uma impossibilidade de apropriação (e de transformação, portanto) da herança no processo de transmissão, o que revela a existência de uma dimensão de uma espécie de identificação “em negativo” neste processo.

A experiência de aprender psicanálise é a experiência de aprender um saber em perpétuo vir-a-ser, um saber em busca de um objeto que não cessa de se esquivar e, por isso, é necessariamente incompleto, fragmentário. Pior, nem sempre é agradável aos ouvidos, o que nos incitaria a não querer mais escutá-lo. E as razões desta eventual rejeição não são desconhecidas. O próprio Freud deu-nos uma explicação no artigo sobre “A negação”: “[e]xpressos na linguagem das moções pulsionais mais antigas, as moções orais: quero comer isto, ou então, quero cuspir isto, e levando mais longe a transferência (de sentido): quero isto dentro de mim e quero isto fora de mim”.

No entanto, estaríamos errados ao crer que este processo é resultante da progressão de interpretação ou informações de maneira que estas ganhem um terreno sempre maior, diminuindo sem cessar a parte não analisada, o desconhecido, o impensável. Bem ao contrário, mesmo na mais afortunada das análises ou transmissão, o conflito entre as resistências e a elucidação interpretativa assemelha-se a uma batalha, onde cada terreno conquistado sobre o adversário pode tornar-se o objeto de uma reconquista mais ou menos parcial, mais ou menos temporária, por parte das forças da inércia. A decisão final permanece incerta. E isto tantas vezes quantas forem necessárias, e muitas, e sempre, até notarmos por tê-lo vivido que este é o problema que estanca o aprendizado psicanalítico: o quanto que para fazer psicanálise é necessário não fazê-lo.

Está mais claro para nós o que ao redor e ao vivo atualmente se encena, esse novo real que agora se apresenta? Com efeito, temos novas formas de sofrimento das quais os padrões daquilo que na linguagem psicanalítica denominamos cura-tipo não

dão mais conta. Nenhum modelo dá conta, essa é a verdade. O que se exige hoje não é questão de mudar de teoria, de transferência, de instituição e sim de alguém com muita irreverência, muito espírito criativo em relação aos mestres da psicanálise, o que pressupõe conhecê-los bem o suficiente para inovar, improvisar, ousar traição criativa, e para tal, é preciso sintonia com o que se passa aqui e agora. Por falar em mestre, lembro-me de algo muito importante dito por Lacan, a saber, o fato de que ninguém pode clinicar se não estiver atento e sensibilizado pelas questões fundamentais de seu tempo, pois a clínica tem a ver diretamente com a contemporaneidade, com o que vivemos aqui e agora.

Ainda assim é perigoso ficar satisfeito com a própria psicanálise: um psicanalista precisa poder estar insatisfeito com a psicanálise, ser irreverente em relação ao herdado para assimilá-lo como próprio, sem certeza alguma do que conseguirá de si mesmo nessas transformações.

A experiência de aprender psicanálise obedece ao mesmo ritmo do circular livremente no tempo das sessões, onde a análise se transforma, ela se torna outra, de outra forma a mesma, mas já diferente. Algo semelhante a um processo de subir, às vezes penosamente, outras nem tanto, uma escada em espiral. Só que a escada da psicanálise não tem degraus.

Muitas vezes giramos sobre nós mesmos, repetindo as mesmas palavras, expressões, gestos, aparentemente pouco caminhando, porém muitas vezes, avançando, às vezes sem percebermos ou sermos percebidos. Lentamente, nos tornando de novo sensíveis ao irregular, ao inacabado, ao insólito, ao estranho no coração do familiar, anunciando o futuro de um mundo que não sabemos se algum dia poderá passar da condição de pensado à condição de vivido, árduo de entendimento para quem disto não tem experiência, pois aponta para a impossibilidade de um significado último.

Esta experiência é uma sutil arte onde, mais do que penetrar, é preciso saber sair, soltar-se, estar apto para desaprender o que hipnotiza. Isto pode nos permitir chegar a um ponto onde não há mais possibilidade de voltar à mesma vida e só nos resta mudar. E chegar até aí para cada um de nós é incerto, e somente para algumas coisas e não outras, nunca para tudo e para todos.

E aqui caberia destacar que não devemos esquecer que as produções teóricas de Freud, de Ferenczi, de Klein, de Winnicott, de Bion, de Lacan, de Kohut e tantos outros psicanalistas, incluindo nós mesmos, foram e são construídas a partir de um imaginário social e cultural dominante em suas épocas, e mais ainda, que, como qualquer outras teorias, serão sempre tributárias das marcas do seu tempo e daqueles que as construíram. Portanto, toda teoria tem um falha, um resto – não-representável, porque toda teoria é um criação humana, o que quer dizer, mortal, finita, incompleta, em suas formas, como um dia belamente escreveu Frances Tustin ao se referir a algo que nas crianças autistas lhe parecia estar ausente.

Assim, não deveríamos perder de vista que, como criação humana, é próprio também das teorias certa tendência a essencializar os mitos, absolutizar as crenças, universalizar e atemporalizar, o que, via de regra, é próprio de um determinado momento histórico.

A experiência de aprender psicanálise nos obriga a irmos contra qualquer mitificação de uma pureza de origem – o objeto da psicanálise, o inconsciente pulsional

– o que em nós “não tem governo nem nunca terá”, no dizer de Chico Buarque, e que não cessa de se esquivar. Existem diversas versões da experiência de aprender psicanálise, que podem ser contraditórias, porque encerram tensões em seu seio. Não existe versão homogênea ou sem fissuras. Então, se várias leituras são possíveis, elas vão depender do uso social, e não de uma verdade.

Esta é uma arte feita de material perecível, concebida para ser usada, vivida, onde a marca é o efêmero, a transitoriedade da vida e que não tem forma própria, nem conteúdo próprio e nem regularidades definitivas.

Assim o eixo que orienta esta proposta é o da leitura. A importância no caso do mito e da consagração de um autor não estaria tanto no objeto Freud, Bion, Klein, Lacan, entre outros, mas nos leitores, nos lugares de enunciação e nas intenções que cada um deles imprimiu às narrativas que se constroem a partir dos documentos que constituem o arquivo de qualquer autor psicanalítico. Se só temos versões, será preciso torná-las evidentes enquanto versões, e não naturalizar as intenções de cada uma delas, inclusive versões deles mesmos deixadas por eles. Só assim poderemos estar livres da força enfeitiçadora de olhar só numa direção ou nas direções que o uso social consagrou.

As leituras que forem comentadas por nós precisam ser mostradas como modos de ler que, de alguma forma, são também uma leitura de quem está lendo. São momentos do próprio olhar do leitor, tramas da procura desse leitor por um lugar de enunciação, como o que eu faço neste texto.

É desse modo que podemos desvendar os mecanismos da consagração para refletir sobre as armadilhas do congelamento de figuras do passado ou da criação de ilusão de verdade que esses processos encerram.

Por último, quero lhes dizer que quanto mais aprendo a não ensinar, mais angústia vivencio na sala de aula. Acho que a minha angústia deriva do fato de que não sei o que irá acontecer durante uma aula ou de uma aula para outra e, geralmente, não tenho muito controle sobre o que acontece. Por outro lado, embora fique mais angustiada em um ambiente de aprendizado assim, também me divirto muito mais. Quando nada é certo, permanecemos alertas, sempre atentos. É mais emocionante não saber por trás de qual arbusto o coelho está escondido do que me comportar como se soubesse de tudo.

Obrigada a todos vocês.

***Reflexões sobre a formação psicanalítica e sobre o ensino teórico da psicanálise,
na formulação de Pierre Fédida***

Maria Helena Junqueira

Há algum tempo, precisei escrever um texto sobre a obra de Pierre Fédida, psicanalista e filósofo francês, membro da Associação Psicanalítica Francesa, da qual foi presidente. Como analista, deixou uma extensa e sólida produção teórica, sempre fundamentada no acontecimento clínico. Sempre se interessou profundamente pelas questões da formação psicanalítica. Buscando seus trabalhos para estudar, encontrei esses dois textos que, pela simplicidade e densidade, podem ser oportunos para nos ajudar a refletir sobre questões relevantes da formação psicanalítica e do ensino teórico da psicanálise.

Apesar de sua vasta produção, com vários livros e numerosos artigos publicados no *Internatinal Journal* e em outras importantes revistas especializadas, e do grande reconhecimento na Europa, Fédida é ainda hoje pouco conhecido no Brasil. Por essa razão, e também como agradecimento pessoal, proponho a leitura e discussão desses seus dois textos, já publicados.

Referências bibliográficas

Fédida, P. Reflexões sobre a formação psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 28(53): 75-77. out. 1995.

Fédida, P. Sobre o ensino teórico da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 27(51): 63-66. jul. 1994.

*Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo
Raul Seixas*

No último Congresso Internacional de Psicanálise da IPA realizado em Chicago, tive a oportunidade de assistir a uma mesa redonda intitulada: “The Closed Mind: A roundtable panel”. A chair Jane Hall e o apresentador Kenneth ambos dos Estados Unidos, praticamente, se limitaram a fazer a apologia de algumas idéias sobre a prática da psicanálise e a formação psicanalítica pertinentes, em sua maioria, mas que encontram grande resistência de aceitação no meio psicanalítico. O trabalho de Garcia Badaracco, da Argentina, apresentado por Abel Fainstein, procurou se ater à compreensão psicanalítica das dificuldades que o ser humano, ou mais especificamente os psicanalistas têm em aceitar novas idéias, e/ou mudanças. A apresentação de Leo Rangel foi a que, realmente, me estimulou a pensar sobre este tema. Rangel defendeu a idéia de que uma mente aberta, como proposto, seria uma mente que deixaria escapar e entrar qualquer coisa, seria uma mente sem conteúdo, impossibilitada de comparar e avaliar o novo e o antigo, o desconhecido com o conhecido. O importante seria podermos confrontar nossas idéias com as novas idéias e novos pontos de vistas que se nos apresentam sem, contudo, ignorarmos nossas próprias opiniões.

Concordo plenamente com as idéias expostas por Rangel, as quais me levaram a pensar que mais adequado seria dizermos: “mentes flexíveis”. Não ouvi de nenhum dos comentadores, ou da platéia algo sobre o uso da expressão: “mente flexível”.

A flexibilidade mental me remeteu a um trabalho que Roberto Bittencourt Martins, Regina Murat, Carlos Alberto Quilelli Ambrosio e eu escrevemos sobre Grupos de Acompanhamento. Nele dizíamos: *“No decorrer de nossos encontros, essa tarefa foi se tornando um pouco mais clara. E, na tentativa de observar esse processo de formação, formulamos algumas idéias que, em seu conjunto, foram por nós denominadas de “elasticidade”. Compreendemos esse termo como “a possibilidade de mudança observada, através da participação de cada membro na dinâmica grupal”. A rigidez e a cristalização de atitudes e opiniões impedem a reflexão e a transformação, na maneira de agir e de pensar, conservando uma relação relativamente estereotipada entre cada membro do grupo e os demais, ou com o grupo em sua totalidade. Percebemos então a “elasticidade”*

* Membro Efetivo com funções didáticas da Sociedade Brasileira de Psicanálise do R.J.

através da interinfluência recíproca entre os membros do grupo, numa troca constante, na qual o pensamento e a ação de um interfere no pensamento e na ação do outro, promovendo mudanças. Mudanças essas que vão expressando uma atitude analítica do candidato em formação, com o auxílio de uma capacidade intercambiante de introspecção e “insight”. Ressaltamos também a possibilidade de substituição de um modelo narcísico de funcionamento psíquico, em que a posição de detentor do saber vai, pouco a pouco, dando lugar ao papel de alguém que pode não saber - o que vai, conseqüentemente, favorecendo a aquisição de novas formas de aprendizagem e estabelecendo a “relação dialética mutuamente modificante e enriquecedora entre sujeito e meio” (Pichon-Rivière, 1991, pág. 177).”

Prefiro usar o termo flexibilidade a elasticidade, pois uma matéria elástica é aquela que toma uma determinada forma e depois volta a forma original, enquanto que a matéria flexível pode adquirir uma nova forma e voltar ou não a forma original.

Neste trabalho, os autores puderam observar a flexibilidade mental do psicanalista como um elemento fundamental para sua atividade profissional, e creio que todos concordam ser este um dos predicados indispensáveis ao psicanalista. Contudo, sabemos como é difícil para nós, (*uso nós, pois me incluo entre os que têm dificuldades em relação a flexibilidade mental*) sermos flexíveis e abertos para ouvirmos e pensarmos sobre novas opiniões e teorias. Basta vermos a dificuldade que muitos de nós temos em comparecer à apresentações de trabalhos de colegas que se apóiam em referências teóricas diferentes das nossas.

O que estou pretendendo aqui é pensarmos juntos nas razões desta dificuldade, maior ou menor, mas presente em nós psicanalistas ou, com toda certeza, comum no ser humano.

Gostaria, neste momento, de falar um pouco sobre narcisismo:

Freud em seu trabalho “Sobre o Narcisismo: Uma introdução (1914), vê o narcisismo não como uma perversão, mas como uma fase do desenvolvimento sexual humano; o complemento libidinal do egoísmo, do instinto de autopreservação que, em certa medida, pode, justificavelmente, ser atribuído a toda criatura viva. Diz, ainda, que a libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo. Como uma ameba, uma catexia libidinal original do ego, envolve o objeto, mas continua relacionado com o corpo, o ego.

Baseando-se neste texto de Freud, Kohut vê o narcisismo como o combustível normal da formação de estruturas da mente. Neste contexto, a patologia não é uma patologia do narcisismo, mas sim das estruturas do self, devido a catexias narcísicas inadequadas, e não devido a quantidades excessivas ou formas patológicas de narcisismo. Entende que o equilíbrio do narcisismo primário é perturbado por pressões naturais e por tensões psíquicas dolorosas que ocorrem porque as ações maternas são, necessariamente, imperfeitas e as demoras traumáticas não podem ser

evitadas. A criança tenta salvar a experiência original de perfeição, atribuindo-a, por um lado, a uma imagem grandiosa e exibicionista que chama de -o self grandioso-, e por outro lado, a um tu admirado por ele, nomeado de -imago parental idealizado.

O que Freud chamou de ideal do ego, é entendido por Kohut como as primitivas idealizações transformadas, em parte, no narcisismo do superego, assegurando a força dos valores e ideais.

Todo analista sabe que há convicções, em todos nos, de que podemos chamar de “certezas religiosas” (o fanatismo religioso, as paixões políticas, a paixão por um time de futebol, etc.) que fogem a qualquer racionalização. Neste ponto é que se diferencia um conceito científico de um religioso. As religiões baseiam-se em dogmas, enquanto as ciências em hipóteses.

As certezas religiosas, seriam como uma ameba (Freud), uma catexia libidinal original do ego, envolvendo o objeto, mas que continuaria relacionada com o corpo, o ego.

No dizer de Kohut, como exposto acima, as naturais perturbações e consequente desequilíbrio do narcisismo primário levam a criança tentar salvar a experiência original de perfeição, atribuindo-a, por um lado, a um tu admirado por ele. As figuras parentais são os primeiros alvos destas idealizações.

Esta necessidade de atribuir a um “tu” admirado e idealizado permanece por toda a vida do indivíduo, podendo ser maior o menor. Esta necessidade de idealização não se dará apenas em relação a pessoas, mas a crenças e idéias.

Citando apenas estes autores, outros mais poderiam ser citados. Vemos que o que chamarei de “convicções religiosas”, fazem parte da catexia libidinal original do ego, envolve o objeto, mas continua relacionado com o corpo, o ego (Freud) ou Kohut, em que este investimento narcísico seria o combustível normal da formação de estruturas da mente.

Com frequência, correntes de pensamentos, teorias científicas, autores, etc. estão investidos por catexias libidinais narcísicas (Freud) ou são representações do imago parental idealizado (Kohut). Deste modo, o que deveria ser tomado como uma hipótese científica torna-se um dogma, uma “convicção religiosa”.

Poderemos afirmar que tudo aquilo que abale uma “convicção religiosa” ameaça a própria estrutura do self.

Creio residir aí a principal causa da rigidez mental: A aceitação de algo diferente às suas “crenças” constituiria uma ameaça a integridade do ego. A “crença religiosa” deve ser defendida com unhas e dentes, não admitindo argumentações ou qualquer tipo de questionamento.

Idéias cristalizadas são impedimentos à criatividade, um obstáculo a poder alargar as fronteiras de conhecimentos, permitindo ultrapassar limitações.

Um self melhor estruturado seria aquele mais maleável, menos sujeito a rupturas frente ao novo e ao desconhecido. A flexibilidade mental não é sinônima de

falta de personalidade ou de fraqueza de opinião. – Ouvimos, com frequência, referirem-se a pessoas teimosas ou com rigidez mental como “pessoas de personalidade forte”-. A rigidez mental daria a falsa sensação de uma higidez mental. Pelo contrário, flexibilidade mental significa liberdade de dizer sim ou não. Poder confrontar suas teorias e idéias com outras, aceitando-as ou não. Enfim, a flexibilidade demonstra a existência de um self mais coeso e forte.

Um pouco da sabedoria oriental para concluir:

Shirobei Akyama, médico, filósofo japonês, passeava uma manhã no jardim do templo enquanto nevava abundantemente. Escutava o estalido dos ramos das cerejeiras quebrando sob o peso da neve. Mas, de súbito, avistou um salgueiro na margem de um riacho. O peso da neve curvava os seus ramos, mas o tronco flexível logo se desembaraçava do seu fardo não quebrando como os ramos da cerejeira. Através desta observação, concluiu que à força, devia reagir-se com a flexibilidade.

O Papel da Clínica Social na Formação do Analista na SBPRJ

Isabel Pessoa Pereira da Cunha

O impulso para a elaboração deste trabalho surgiu a partir da minha participação como representante dos alunos junto ao departamento da clínica social. Foi possível ver e sentir o trabalho e a dedicação deste grupo frente a grande procura de atendimento e a preocupação no retorno rápido para os pacientes. O objetivo principal deste é estimular a reflexão sobre o funcionamento e a evolução da clínica social buscando aprimorar cada vez mais o atendimento.

Início pelo histórico, pois toda instituição tem uma história e toda história precisa ser preservada. Através do levantamento de trabalhos publicados foi possível entender um pouco mais do passado da clínica social. No entanto, me parece importante um trabalho posterior de maior abrangência, no qual estas diferentes publicações sejam reunidas, permitindo que se revele a evolução da clínica no decorrer de sua existência.

Embora a estatística não seja exatamente uma disciplina familiar à psicanálise, a quantificação de dados objetivos possibilita traçar um perfil dos pacientes que procuram a clínica, que, por sua vez, poderá refletir as mudanças ocorridas na sociedade como um todo e na própria SBPRJ. Neste trabalho utilizei uma planilha para registro dos pacientes, a qual ficará à disposição da secretaria. Vale lembrar a importância e responsabilidade dos membros da SBPRJ na constante atualização de informações para alimentar esta planilha, pois mantendo um registro adequado podemos aprender com a história da clínica, o que poderá trazer benefícios para a própria SBPRJ, e principalmente para os pacientes que a procuram.

Podemos pensar o atendimento da clínica social formando o triângulo: paciente/analista – clínica social/SBPRJ – cultura/sociedade. No estudo realizado, entre os pacientes que buscaram atendimento na clínica, 50% o fizeram através de referência de pessoas conhecidas que já se tratavam com analistas da clínica social. Este dado demonstra a credibilidade da SBPRJ e o bom atendimento prestado pela clínica. Os pacientes da clínica social buscam a SBPRJ e não um analista determinado, fato que implica uma especificidade em relação à indicação e à formação da dupla. Uma das questões constantemente levantadas, tanto atualmente, quanto em trabalhos anteriores é sobre os honorários cobrados: o estatuto deve ou não estabelecer valor máximo e/ou mínimo? Acredito que os honorários devem ser adequados às possibilidades da dupla e a transferência e contra-transferência devem ser consideradas e elaboradas pela dupla. Este, no entanto é um tema bastante polêmico. Importante ressaltar que apesar da especificidade da indicação e das normas do instituto a relação da dupla é sempre respeitada e preservada.

Uma breve análise do levantamento bibliográfico revela que os objetivos e as demandas que chegavam à instituição variaram com tempo e a clínica foi se adaptando à essas modificações. O objetivo inicial da clínica social era proporcionar caso de supervisão oficial aos candidatos. Trabalho publicado em 1985 (1) enfatiza a grande demanda por atendimento. Neste período as inscrições estiveram abertas apenas durante 3 semanas, com número de inscritos chegando a 500 pacientes, muitos dos quais não eram atendidos ou esperavam mais de 6 meses para o atendimento. Neste período foi questionada a responsabilidade da SBPC pela demanda criada e o abandono dos não escolhidos. Destaque-se que isso se deu numa época em que a psicanálise estava altamente valorizada.

Atualmente a procura varia numa média de 200 pacientes/ano. Qual o perfil do paciente que busca a clínica? Qual o perfil do membro da sociedade que busca a clínica? Vemos hoje uma classe média empobrecida demandando atendimento. O que se verifica é que entre estes pacientes 76,7% dizem ter residência própria, 51,70% tem curso superior, 9,3% possui pós-graduação. Por que buscar a clínica social e não a particular? Qual seria a real possibilidade deste paciente pagar um atendimento psicanalítico? Seria ele capaz de abrir mão de algum conforto material em busca de atendimento?

O sistema capitalista não busca laços sociais ou vínculos afetivos (2), ele oferece produto. O mercado e a própria ciência estão constantemente lançando novidades, prometendo verdadeiros milagres, o celular comprado semana passada já está ultrapassado (aliás, não havia uma época em que vivíamos sem celular?). Hoje, o celular além de servir para fazer ligações telefônicas tem que tirar fotos, navegar na Internet, receber e-mail, ser bonito, colorido, moderno.... A ciência também faz sua parte no estímulo ao consumo e às respostas imediatas, a indústria farmacêutica está constantemente lançando remédios que curam insônia, depressão, impotência, calvície, rejuvenescem, emagrecem, enfim prometem eliminar qualquer desconforto que possa ser experimentado pelo indivíduo. Esta é a lógica da sociedade capitalista: incentivar aquisição e acúmulo de bens materiais, liquidar com o que há de particular/subjetivo e único em cada sujeito. No entanto, o objeto escolhido não trata a falta “e o mal estar sobrevém”(2). A psicanálise irá lidar com pacientes que se entregam ao produto (mercadoria), mas que ao procurarem tratamento demonstram que aquele produto (mercadoria) não está mais sendo suficiente. Ela o convida, então, a um processo novo e muitas vezes desconhecido: o uso da palavra apontando para a possibilidade de se descobrir novos caminhos e novas respostas. No decorrer do tratamento o paciente poderá tentar utilizar o próprio analista como um produto, pronto a ser descartado como tantos outros – e isto, talvez, nos leve a uma reflexão sobre as causas possíveis de abandono precoce do tratamento. Devemos estar atentos às essas mudanças sociais que contribuíram para declínio na valoração da psicanálise em nossa sociedade.

E quanto aos membros da SBPRJ que buscam paciente para atendimento na clínica social? Houve uma reviravolta nos últimos 20 anos e a busca dos membros da SBPRJ por paciente da clínica social em parte se deve a um certo descrédito da psicanálise, a par e passo com o aparecimento de outras alternativas de tratamento psicoterapêuticos e da pressão da indústria farmacêutica com conseqüente esvaziamento dos consultórios .

Neste contexto, a clínica social poderia se tornar uma cooperativa, acompanhando o movimento observado em outros os setores de prestação de saúde? Será este o objetivo dos membros e não realmente uma inserção social? Será possível manter o caráter de formação de psicanalistas e ao mesmo tempo a qualidade dos atendimentos? “Como seria esta cooperativa pertencente a uma instituição formadora de psicanalistas”?(3).

As questões levantadas neste trabalho podem servir para reflexão e questionamento. No entanto, um ponto fundamental a ser ressaltado é a importância da clínica social na formação do psicanalista. A clínica oferece palestras, discussão de casos, apresentação de trabalhos, enfim um local aberto para o aprendizado. O objetivo não é só fornecer pacientes, mas auxiliar o aluno nos seus atendimentos. Analistas da SBPRJ participam também, disponibilizando seu tempo como supervisores, buscando auxiliar na formação de novos analistas com seriedade e comprometimento com psicanálise.

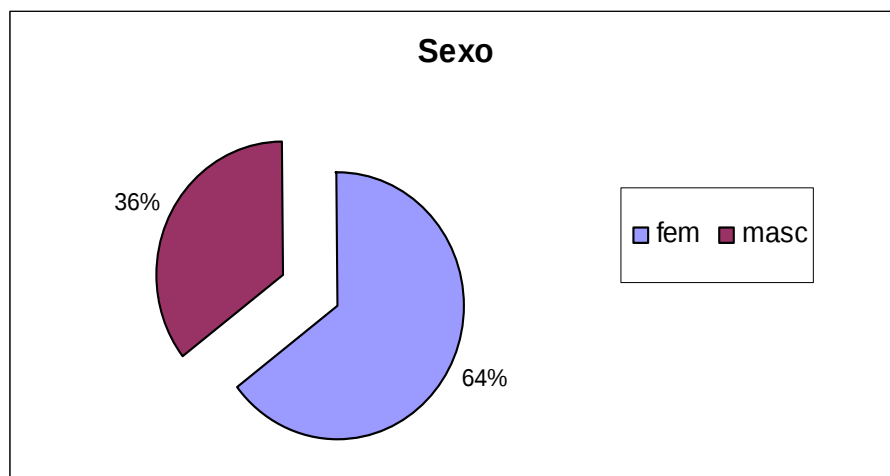
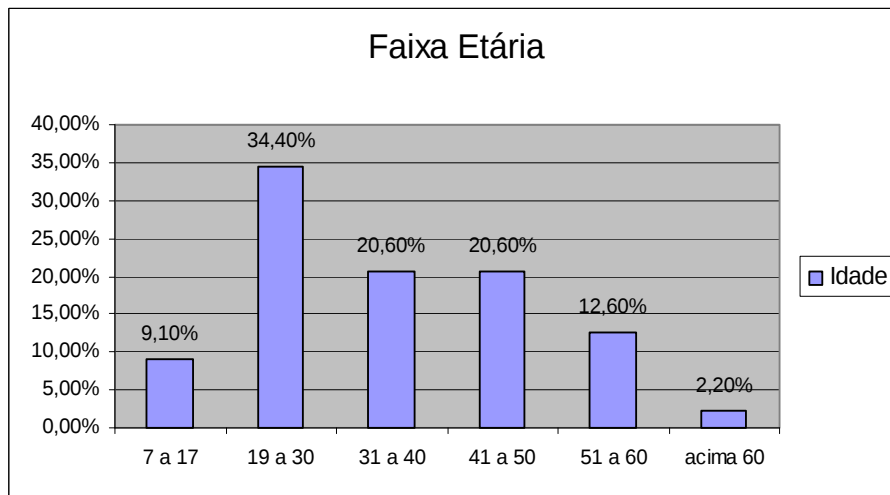
Bibliografia

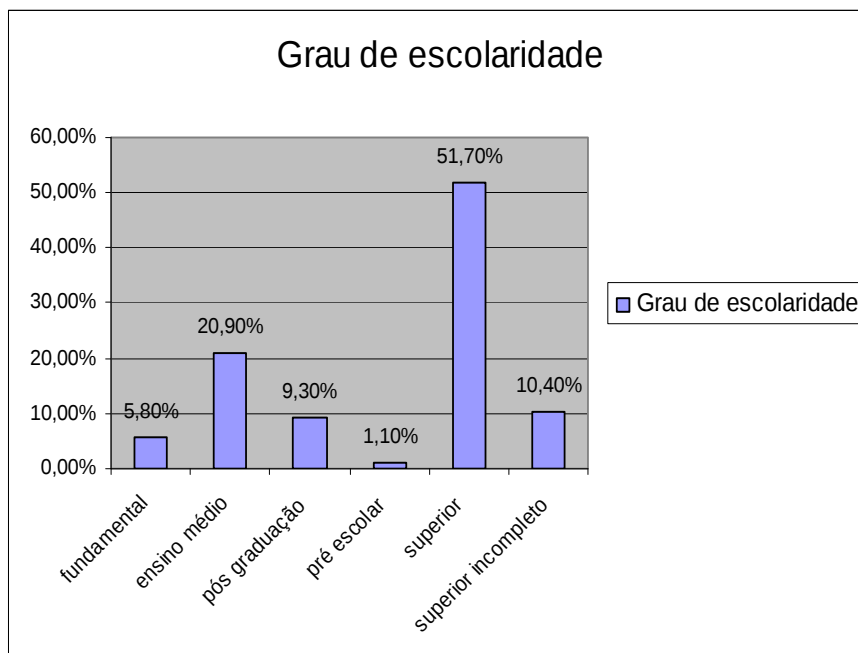
TROTTO, Giorgio et al. SBPRJ. Boletim Científico, Rio de Janeiro, n.15, p.24-31, dez 1986

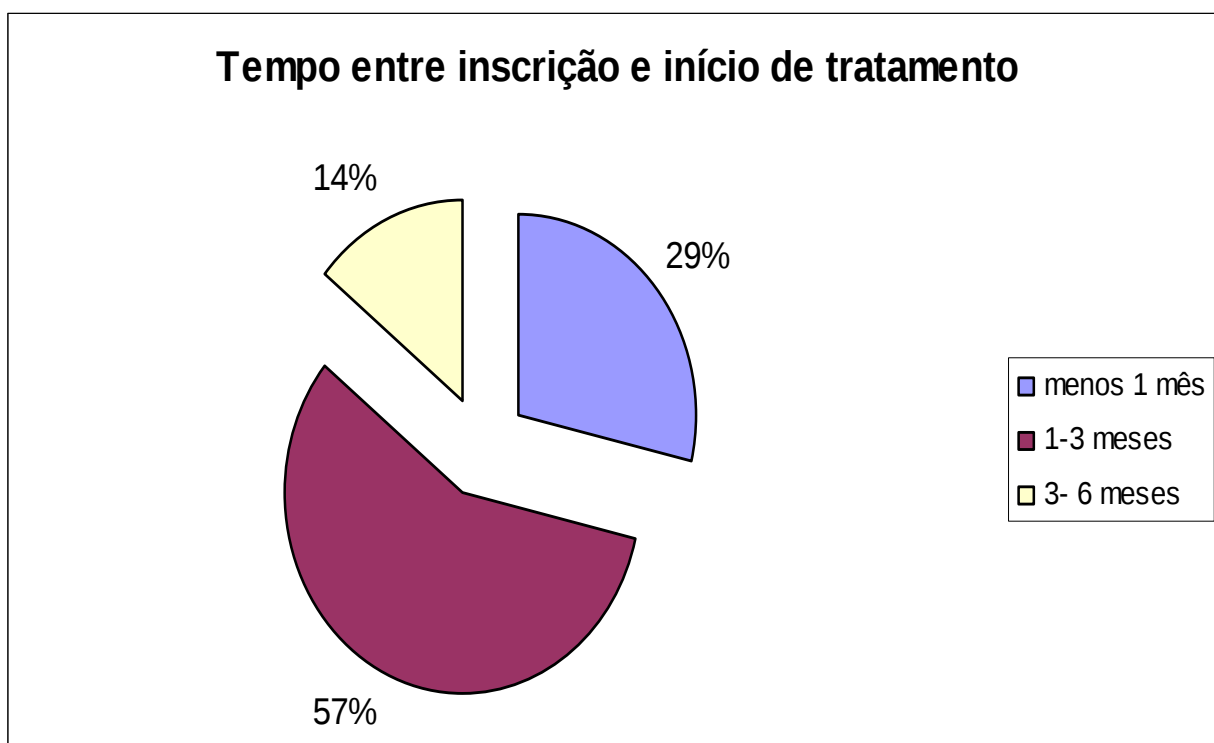
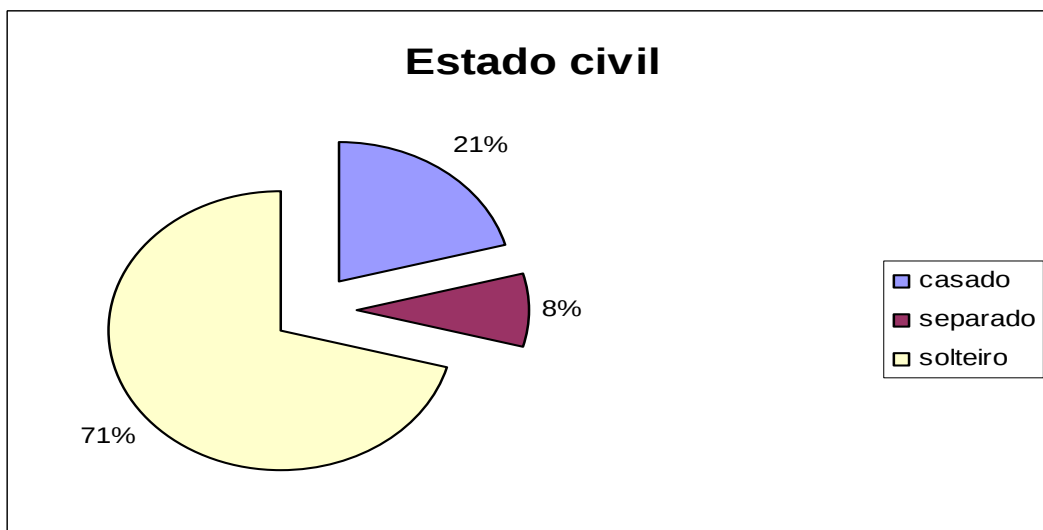
VIEIRA, Marina & BESSET, Vera. Psicanálise e Laço Social: Breves Considerações. Texto referente à dissertação da autora, intitulado Sobre o encontro com o discurso analítico, orientado pela co-autora, no âmbito do Programa de Pós-graduação em psicologia do IP/UFRJ, com apoio do CNPQ.

UNGIER, Aida. Clínica Social: As Conseqüências Metapsicológicas das Novas Lógicas Sociais. Palestra apresentada na Mesa Novas Patologias na Clínica Social, no 2º Encontro do Núcleo de Clínica do Instituto de Estudos da Complexidade Clínica: Novas Lógicas Sociais?

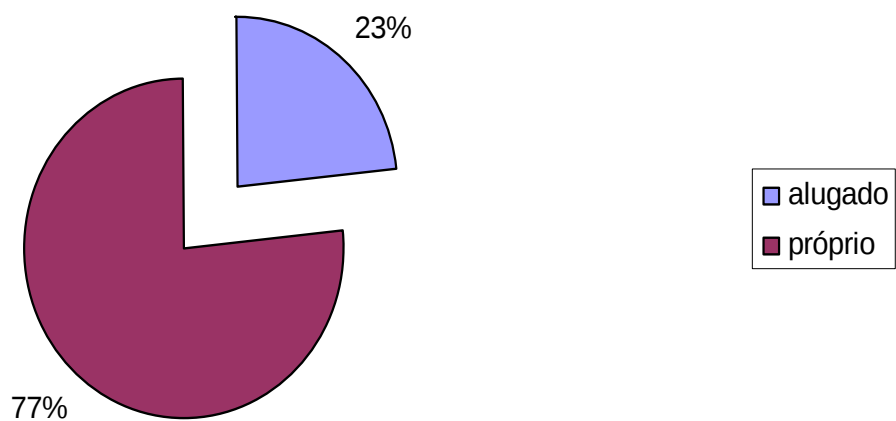
Dados estatísticos



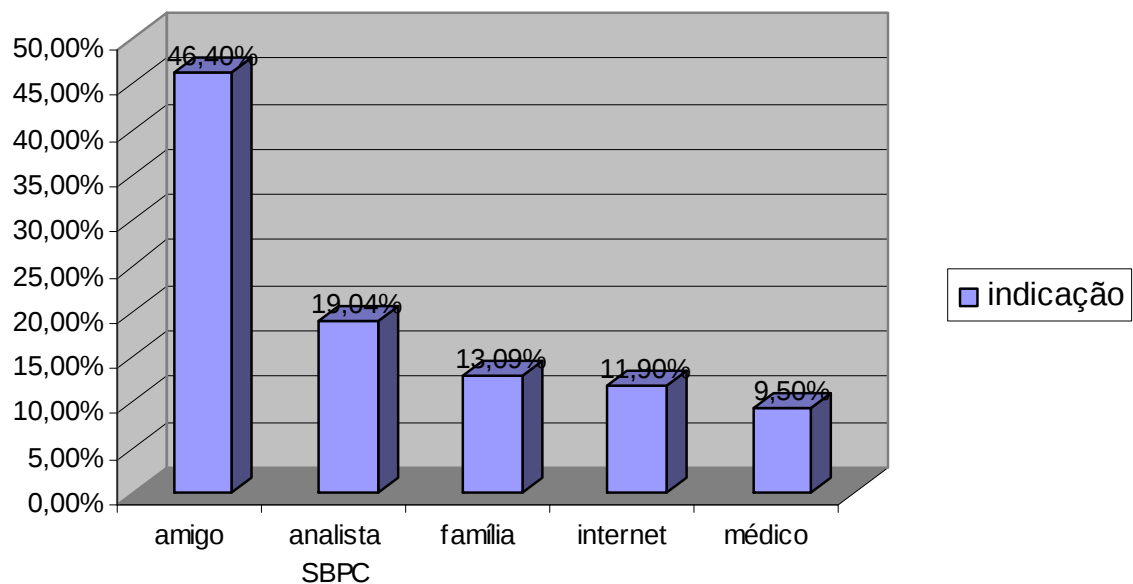




Moradia



Indicação



Corpos em Transparência: Útero-feto-psiquismo. Sobre a experiência do ultra-som obstétrico no processo de parentalização

Simone Wenkert

O presente trabalho, que é uma apresentação condensada da monografia apresentada na Especialização em "Atenção Integral à Saúde Materno-infantil" realizada na Maternidade-escola da UFRJ, visa verificar de que forma a visualização do bebê durante o exame de ultra-sonografia obstétrica interfere no processo de parentalização da gestante. Para tanto, foram selecionadas doze gestantes, com idades acima de 19 anos, primíparas ou múltiparas. Cada sujeito teve um exame de ultra-som observado, participando em seguida de uma entrevista individual, semidiretiva. Além das gestantes, os três médicos que tiveram seus exames observados foram também entrevistados, no intuito de investigar a compreensão que o ecografista tem sobre sua função na ultra-sonografia obstétrica, e sobre a influência da experiência do exame para a gestante, considerando-se os efeitos do ultra-som para o processo de construção da parentalidade.

Até os anos 80 a grávida via sua *barriga* crescer... Com a 'ultra', a grávida vê o *feto* crescer.

As questões que nos guiaram nesta pesquisa:

O que significa para a mãe ver o feto no monitor?

De que forma essa experiência afeta o processo de parentalização?

De que forma o médico compreende sua função?

Será que ele reconhece os efeitos dessa experiência na subjetividade da gestante?

Transparência psíquica

Monique Bydlovski forjou o conceito de *transparência psíquica* para descrever a crise psíquica vivida pela mulher no período perinatal. A mulher habitada por um bebê – que ora é seu bebê ideal, ora um ser estranho – oscila entre um “estado de graça” e outro de medos e de angústia.

Trata-se de uma condição particular em que fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam facilmente à consciência, graças ao afrouxamento da repressão psíquica.

Fantasias incestuosas ou fantasias de invasão e de desintegração podem ser revividas intensamente, já que é ativada na gestante a *memória sensorial* de sua origem. Suas marcas de sensações e angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem ganham atualidade neste período. (Bydlovski, 2002; Solis-Ponton, 2004.)

- O funcionamento placentário

A Placenta, formada pelos tecidos do ovo, ou seja, constituída de DNA materno e paterno, é o órgão através do qual ocorrem as trocas entre a mãe e seu filho.

É um órgão endócrino que produz hormônios fundamentais para a manutenção da gestação: [progesterona](#), [gonadotrofina coriônica](#) (hCG), hormônio lactogênio, placentário, [estrogênio](#). Não fosse a placenta, o organismo da mãe expulsaria o bebê-organismo estranho.

Funciona como um filtro importante: Mãe e feto nunca tem o sangue misturados, uma vez que os vasos sanguíneos de ambos não são contínuos, ou seja, existe uma solução de continuidade que é preenchida pelo sistema artério venoso da placenta. (Soulé, M.)

- O funcionamento psíquico placentário

Conceito criado por *Sylvain Missonier*, através do qual sugere que não se pode conceber o bebê como uma mera extensão narcísica da mãe. Desde o início há a “assinatura” da co-presença das linhagens parentais.

Convém observar que, aos moldes da placenta, em termos psíquicos, a presença de um terceiro protege não só o bebê da mãe, mas também a mãe em relação ao bebê. Protege-a do bebê invasor, de sua angústia de desmoronamento. A ‘placenta psíquica’, a existência de um terceiro mediador da relação, esboça o começo de um processo de separação ou individuação fetal, já em ação no período pré-natal.

- Parentalização

Trata-se de um processo dinâmico que ocorre durante toda a vida e que tem seu início na gestação.

Este processo se dá aos níveis intra e intersubjetivos no sentido de criar “espaço mental” para a chegada do bebê como filho e para o desempenho da função parental, o que inclui o acolhimento bem como o cuidado efetivo do bebê. (Holding & Handling). (D.Houzel, S.Lebovici, L.Solis-Ponton, M.Szejer, D.Winnicott).

- O exame de Ultra-som obstétrico e a *Cultura do Risco*

Criado durante a Primeira Guerra Mundial para a detecção de submarinos inimigos, o princípio do sonar foi aplicado ao corpo humano na década de 1950 pelo obstetra Ian Donald, a fim de obter imagens que o auxiliassem no reconhecimento de diferentes tipos de tumor. A partir da década de 80, o ultra-som tornou-se um exame de rotina durante o estágio pré-natal, visando fundamentalmente o monitoramento do feto.

A *Cultura do Risco* é marcada pela necessidade do controle de riscos face às incertezas criadas pela destituição do lugar de Deus. Através da racionalidade busca-se ampliar o controle sobre a vida. Logo, o médico e suas certezas científicas passam a desempenhar uma função profética.

Neste cenário, insere-se o exame de ultra-som em posição privilegiada, na medida em que responde às demandas contemporâneas, seja pelo viés do consumo de imagens, característico da *sociedade de espetáculo*, seja pelo ideal de controle, característico da *cultura de risco* – ambas facetas do *modus vivendi* contemporâneo.

(BASTos, Op. cit.; Chazan, Op. cit./ N.Caron, L.Gourand, S.Missonier)

- Metodologia

Sujeitos:

- 3 médicos ecografistas da equipe da Maternidade-Escola da UFRJ
- 12 gestantes (9 primíparas e 3 multíparas)
 - Idade média de 28 anos.
 - Idade gestacional de 11 a 38 semanas.
 - Todas têm um companheiro que assume a paternidade do bebê.

Método:

Observação simples de exames de ultra-sonografia.

Sendo 4 exames de pacientes distintas com cada um dos médicos.

Ao término de cada exame, uma entrevista semi-diretiva era realizada com cada gestante.

E ao final das observações, realizou-se uma entrevista semi-diretiva com cada um dos médicos envolvidos.

- **Questionário para as gestantes**

Idade:

Tempo de gestação:

Outras gestações:

.Como você se sentiu durante o exame?

.Você ficou à vontade para fazer perguntas pro médico? O que você achou da postura do médico durante o exame, do jeito dele com você?

. Você tem dúvidas ou preocupações em relação à gravidez, ao bebê?

.Você acha que o médico te ajudou a visualizar seu bebê?

. Como você imagina seu bebê? Como ele é, como vai ser? E o nome?

.Você quis saber o sexo? Você perguntou ao médico, ou ele informou por vontade própria?

- Sobre a visualização do feto

Aos serem perguntadas: “Como você se sentiu durante o exame?”

Das 12 entrevistadas, 8 discorreram sobre o prazer de ver o bebê.

Bianca (IG: 38): “Gosto de ver o neném. É um dos melhores exames.”

Camila (IG: 12): “Gostei. Adorei ver o bebê, é muito emocionante!”

Celina (IG: 12): “Tô muito feliz porque vou ser mãe. Vi meu bebê!”

A experiência do exame é vivida pela gestante como um ‘encontro marcado’ com o ‘seu bebê’ no qual se esboça o início de relação com um bebê diferenciado. Ele funciona também como um ‘teste da verdade’, *confirmando a competência da mãe (ou dos pais) como progenitora (es) competente(s).*

As 4 gestantes que não fizeram qualquer menção à visualização do bebê, manifestaram em seguida alguma preocupação relativas à saúde do bebê, bem como uma limitação na possibilidade de “imaginar” seu filho.

Consideramos que este resultado sugere que a gestante ferida em seu narcisismo pode recolher-se em suas dores e preocupações, afastando-se emocionalmente do bebê.

- *O desejo de saber o sexo do bebê* foi unânime

O conhecimento do sexo funciona como suporte imaginário e como facilitador do processo de simbolização e de acolhida do bebê, que se evidencia em sua nomeação, inserindo-o na cultura familiar.

Andreia (IG21): “O nome foram as meninas (as duas filhas) que escolheram, era o nome que eu daria pra minha segunda filha.”

A oportunidade de ver as imagens e saber das condições do corpo do bebê durante a gestação permite que o amadurecimento biológico do feto seja acompanhado pelo amadurecimento psicológico dos pais.

A mesma gestante diz: “Meu marido queria que fosse menino. Eu também queria que fosse menino, já tenho duas filhas. Mas, sabe, acho que de alguma forma eu já sabia que seria menina. Tinha uma intuição.”

A “intuição” de que o bebê seria uma menina pode apontar para a possibilidade de lidar com a frustração em relação ao sexo verificado. Sem pretender prever o imprevisível, o que nos parece relevante é a potencialização do tempo da gestação como um tempo de elaboração.

- Sobre os efeitos da *transparência psíquica* e do imaginário materno

As gestantes revelam fantasias de poderem causar mal ao bebê.

Adriana (IG: 25) ao final do exame, faz sua única pergunta: “Doutor, o bebê é pequeno?” Na entrevista, ela diz: “É por causa da diabete, fico preocupada.”

Bárbara (IG: 25): “Fico achando o tamanho da minha barriga pequeno. Sei lá, será que ele tá crescendo bem?”

Camila (IG: 12): “Só fico um pouco preocupada porque tomei vacina pra rubéola quando já estava grávida, mas não sabia. A médica já disse que eu não preciso me preocupar com isso, que não tem nada a ver, mas eu fico com medo de ter afetado o bebê.”

Em função da *transparência psíquica*, quando há um afrouxamento das defesas, as ambivalências em relação ao bebê se manifestam de forma intensa. O narcisismo materno sofre um abalo, e o bebê desejado é também rejeitado.

- Como as gestantes imaginam seu bebê?

Há 3 tipos de respostas que apontam para diferentes momentos no processo de “adoção” do bebê.

- O **‘bebê-ameaça’**. Quando a mãe só consegue torcer pela vida de seu filho. Ela se sente tão ameaçada psiquicamente pela presença ou pela ausência do bebê, que não é capaz de pensar na vida **com** ele. (3 gestantes)

Ana Paula (IG: 35): “Só quero que ele tenha saúde!”

- O **bebê idealizado**. Sua Majestade, o Bebê – representante dos ideais narcísicos maternos.

(3 gestantes)

Alexia (IG: 28): “Acho que vai ser branquela igual a mim, bochechuda, fofona!”

Camila (IG: 12): “Imagino uma menininha pretinha, toda enfeitada. Uma bonequinha! Acho que vai ser preguiçosa igual à mãe!”

- O **‘bebê-em-relação’**. Tendo conquistado um espaço no psiquismo materno, ao bebê é oferecido um espaço que lhe cabe na família. (6 gestantes)

Brunela (IG: 24): “Mulato igual ao pai, mas parecido comigo... Uma parte do nome dele homenageia a minha família e a outra é uma homenagem à família do pai.”

Bianca (IG: 25): “Acho que vai ser parecido com meu outro filho, branquinho. Com as cores do pai, mas com os meus traços.”

- Com ou sem acompanhante

8 gestantes chegaram sozinhas e se mantiveram silenciosas durante o exame.

4 que vieram acompanhadas, faziam comentários que revelavam sua emoção.

No exame de Aléxia (IG: 28), que veio com o marido, o médico descreve o bebê: “Tá grande. Aqui é o estomago, a coluninha toda, a bexiga, coxinha, o coração. O bebê é

grande!” Ao longo do exame, pai e mãe se emocionam, choram, sorriem e comentam: “Tá se mexendo! Olha que bocechão! É o olhinho?”

No exame de Bianca (IG: 35): “(...) boquinha, bochecha, a periquitinha... Que nenenzão!” A gestante fica comovida e comenta: “Olha a boquinha dela! Ó, o coração!” O pai, satisfeito, filma e fotografa. A mãe olha atenta.

No exame de Bárbara (IG: 25), que veio com a mãe, o ultra-som é precedido de comentários sobre a história familiar, quando explicam o desejo de que o bebê seja menino.

Parece-nos que a presença do acompanhante proporciona à gestante um sentimento de segurança que favorece o estabelecimento de um campo de afetação fundamental à subjetivação do bebê.

Enquanto que sozinhas, elas se apresentam de forma passiva, transferindo ao ecografista o lugar da mãe que cuida de seu bebê.

- Sobre a forma como as gestantes viviam a relação médico-paciente

Das 12 pacientes entrevistadas, 10 elogiaram os médicos. Uma protestou pelo excesso de residentes na sala de exame e outra reclamou por não haver entendido bem a descrição das imagens feita pelo ultra-sonografista.

Ana Paula (IG: 35): “Aqui na maternidade tratam a gente muito bem. Não tem nem comparação com outros lugares!”

Betina (IG: 25): “Foi bom, já tô mais a par das coisas. Deu pra visualizar bem melhor.”

Cristina (IG: 12): “Eu tava à vontade... Ah, ele ainda parou o aparelho numa hora só pra eu ver o movimento do bebê. Ele estava nadando!”

Altamente investido pela grávida, o médico parece aglutinar diferentes papéis. Além de uma mãe cuidadosa a quem a gestante-filha se entrega passivamente, ele pode representar um “parteiro-divino”, que ilumina a escuridão do ventre dando luz ao bebê antes mesmo de seu nascimento, “oferecendo” à gestante o seu bebê e satisfazendo o seu desejo.

- Questionário para os médicos

. O que o motivou a escolher esta especialidade?

. Há quanto tempo você trabalha como ecografista? Algo na sua conduta mudou ao longo dos anos? O quê?

. Você se lembra de alguma situação em que um comentário seu tenha interferido na reação da paciente, positiva ou negativamente?

. O que você acha mais difícil neste trabalho?

. E o que acha mais interessante, estimulante?

. Você acha importante a presença do pai do bebê ou de um acompanhante? Por quê?

- O médico e sua função no exame

O médico parece compreender sua função como a de investigador do interior do corpo da gestante em busca de verdades médicas sobre o feto, seu paciente.

Dr. C., quando explica o que acha mais interessante no exame de ultra-som, diz:

“Poder flagrar um momento crucial... Otimizar a gestação... Isso pode mudar o destino da gravidez. O bebê ou a mãe podem ter um problema e você, reconhecendo e intervindo no momento certo, pode mudar o destino da gravidez.”

O ecografista anunciador do sexo do bebê

O prazer do médico em revelar esta preciosa informação parece estar associado à condição de que é revestido: o “detentor da verdade”, que como anunciador das “boas novas”, assume um lugar profético. Revelar o sexo do bebê proporciona prazer não só à mãe, mas também ao médico.

Dr. A.: “Qual é o nome dessa menina?” A mãe sorri e diz que tinha a intuição de que era mesmo uma menina. (A pergunta foi realizada logo que o ecografista começou a explicar as imagens.)

*Dr. C., examinando uma gestante com 11 para 12 semanas de gestação, pergunta se ela gostaria de saber o sexo. A paciente confirma e Dr. C. diz: “Acho que vai ser menina, **acho!**” (Antecipa a notícia, ainda que com o cuidado de deixar a dúvida, pela impossibilidade da certeza.)*

- O médico entre a objetividade e a subjetividade

Apesar do ideal médico de controle e de assepsia, o ecografista que conduz a ultrasonografia está inevitavelmente exposto. Seus desejos e angústias são potencializados pela condição de interatividade do exame, trata-se de um “exame em tempo real”, que os expõe ao desejo de controle e à solitária angústia pela impossibilidade de sua realização.

Dr. A.: “O mais difícil é a solidão nas decisões. Em outros exames você tem tempo, pode trocar idéias com colegas... Na ultra é tempo real, você está ali e tem que comunicar ao paciente o que está vendo. A sua palavra tem muito peso... É muita responsabilidade!”

Para Dr.B a maior dificuldade do exame encontra-se na tensão entre objetividade e subjetividade:

“Você tem que articular conhecimento técnico e jogo de cintura, o lado pessoal.”

- Quanto à valorização da interação entre o médico e a paciente

A maioria dos ecografistas não conversava com a gestante durante o exame, nem mesmo para indagar o seu nome ou a idade gestacional. Somente um médico realizava estas perguntas específicas no início do procedimento. Porém, inclusive neste caso, ele se dirigia mais freqüentemente aos residentes presentes na sala de exame do que à paciente. Em nenhum dos exames observados, indagou-se à gestante se ela tinha alguma dúvida, ou se queira fazer qualquer pergunta.

A análise das entrevistas revelou o reconhecimento da importância sobre a forma de se comunicar com a paciente – o que não significa, contudo, que reconheçam a

importância de escutá-las. Os comentários das gestantes, não raro, foram menosprezados, ou tomados como deturpação da fala do médico.

Dr. B.: “Tem que saber como falar. Falo uma coisa e a mãe interpreta outra. Digo ‘cabeçudinho’ e a mãe já acha que o bebê é deformado!”

Não há por parte dos médicos uma valorização da fala das gestantes sobre o seu bebê. Em consequência, as pacientes acabam por não reconhecer importância em manifestar suas preocupações, não se sentindo encorajadas a fazê-lo. Ficam constrangidas, ao invés de tomarem suas perguntas como confirmação de sua competência materna, ou como um exercício de cuidado do filho. Como diz Cida:

“Eu fiquei preocupada de não ficar falando pra não atrapalhar o exame... Tenho muitas dúvidas! Tomei vacina pra rubéola antes de saber que estava grávida. Tive sangramento!... Não quero pensar muito no bebê, ficar idealizando...”

- A ‘ultra’ e a construção da parentalidade

Dr. A. (também trabalha com ultra-sonografia não-obstétrica): “O que eu acho mais interessante no trabalho? Bem, na ultra em geral a imagem ajuda muito na definição do diagnóstico diferencial. Isso pra mim é o que há de mais valioso, a gente pode viabilizar uma conduta precisa. Na ultra obstétrica é mais ‘show’, né? É mais pra ficar mostrando o bebê...”

Na fala acima, percebemos que o valor dado ao exame encontra-se na sua condição de método de averiguação, em contraposição ao valor conferido a “mostrar o bebê”, compreendido como algo menor. Enquanto o médico está interessado nas imagens do bebê capazes de revelar alguma anomalia (para que possa intervir eficaz e positivamente), a mãe está de olho no seu filho, que surge antes mesmo de nascer.

A transformação dos “borrões” em filho, apesar de desvalorizada em sua função, é auxiliada pelos médicos que descrevem as imagens de forma detalhada, organizando o corpo do bebê em uma linguagem não tecnicizada:

Dr. A.: “Tá grande. Aqui é o estômago, a coluninha toda, a bexiga, a coxinha, o coração. O bebê é grande!” Ao longo do exame, pai e mãe se emocionam, choram, sorriem e comentam: “Tá se mexendo! Olha que bochechão! É o olhinho?”

Dr. B.: “A coluninha, o pinto. Só dá pinto hoje! O pé, a boquinha...”

Em outro exame, Dr. B. descreve: “... boquinha, bochecha, a periquitinha... Que nenenzão!” A gestante fica comovida e comenta: “Olha a boquinha dela! Ó, o coração!” O pai filma e fotografa. A mãe olha atenta.

- Considerações finais

Compreendemos que, em função da *transparência psíquica*, por encontrarem-se os conteúdos de sua “profundeza psíquica” na “superfície”, a gestante torna-se permeável e facilmente identificada com o bebê, com quem também se confunde – confusão que é estruturante e motivo de angústia. Neste sentido, o encontro com o bebê da ultra viabiliza uma experiência de diferenciação: mãe / bebê de fora / bebê de dentro. Tal diferenciação permite o reconhecimento de que o bebê não é a encarnação absoluta das fantasias maternas, de que vá ser destruído ou de que vá destruí-la como um estranho invasor. Ela sente um alívio ao constatar que o bebê vive e que eles são dois, o que gera também o sentimento de competência por poder gestar e manter o seu filho, favorecendo o investimento narcísico no bebê que se esboça diferenciado.

Para entender este processo, lançar mão do conceito de *funcionamento psíquico placentário* nos pareceu bastante útil e pertinente. A visualização da imagem do bebê no monitor é capaz de “ativar” a *função psíquica placentária*, que protege mãe e bebê de fantasias de fusão e de destruição. Podemos considerar o exame como uma “ecografia” também do funcionamento psíquico placentário, ou seja, que a ultra-sonografia obstétrica cria um espaço entre mãe e bebê, espaço-terceiro, que facilita o processo de diferenciação, de luto, de integração e de simbolização – favorecendo, por consequência, o *processo de parentalização*.

A análise do discurso das entrevistas e das observações nos permite supor que os médicos poderiam lançar mão da escuta como instrumento de trabalho.

Incluindo a dimensão da subjetividade, a ultra-sonografia tem sua potência ampliada, podendo exercer a função de prevenção primária, no que diz respeito à parentalização. Acolhendo as perguntas ou comentários da gestante, o médico é capaz de reconhecer e autorizar a paciente no seu papel de mãe, positivando suas dúvidas, geralmente silenciadas como “algo menor”, que desta forma passam a ser tomadas como um esboço de cuidado maternal.

A experiência e de ver-falar-escutar o bebê que está por nascer facilita a integração “bebê de fora” / “bebê de dentro”, enlaçando a tríade mãe-pai-bebê que constitui-se como família.

Bibliografia

ARAGÃO, Regina Orth. Narcisismo materno e a criação do espaço psíquico para o bebê. In: ARAGÃO, Regina Orth. (Org.) **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e subjetividade na medicina: Impasses e paradoxos**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

BYDLOVSKI, Monique. O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho, Laurista et al. (Org.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: LGE, 2002.

CARON, Nara Amália. (Org.) **A relação pais-bebê: Da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

CHAZAN, LÍlian. **“Meio quilo de gente”: Um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

CRAMER, Bertrand & PALACIO-ESPASA, Francisco. **Técnicas psicoterápicas mãe / bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos (1900). **ESB**. v. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. Sobre o narcisismo: Uma introdução (1914). **ESB**. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. O estranho (1919). **ESB**. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. Além do princípio de prazer (1920). **ESB**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). **ESB**. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

GOMES, Aline Grill & PICCININI, César Augusto. Impressões e sentimentos de gestantes em relação à ultra-sonografia obstétrica no contexto de normalidade fetal. **Psicologia: Reflexão e crítica**. v. XX, pp. 179-187, 2007.

GOURAND, Luc. L'échographiste et l'accès au ventre. **Revue Française de Psychosomatique**. n. 26. Paris: PUF, 2004.

GRIOLETTI, Lúcia. A influência da ultra-sonografia na representação do filho imaginário – filho real. **Psico**. v. 36, n. 2, pp. 149-157. Mai / Ago, 2005.

HOUZEL, Didier. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, Letícia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 47-51.

LUCINDA, Elisa. **O semelhante**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

MAIA, Marisa. Afetos e linguagem entre corpos e máquinas: Biotecnologia, afetação traumática e processos de subjetivação. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on line**. v. VI, n. 2, pp. 96-107. Nov, 2006.

MISSIONNIER, Sylvain. O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai: As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: SOLIS-PONTON, Letícia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp.115-122.

NETTER, Frédérique. **L'inquiérante étrangeté de l'échographie. Éléments de la psychopathologie du bébé** (DVD). Paris: Érès, 2000.

PIONTELLI, Alessandra. **De feto a criança: Um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Pregnancy – The Inside Story**. Nova York: Karnac Books, 2001.

SOLIS-PONTON, Letícia. A construção da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, Letícia. (Org.) **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. pp. 29-40.

SOULÉ, Michel. A placenta, sua vida, sua obra e sua abnegação. In: SOULÉ, Michel & CYRULNIK, Boris. **A inteligência anterior à palavra: Novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artmed, 1999. pp. 49-51.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SZEJER, Myriam. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: CORRÊA FILHO, Laurista et al. (Org.) **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**. Brasília: LGE, 2002.

_____. **Palavra para nascer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRACHTENBERG, Ana Rosa. (Org.) **Transgeracionalidade, de escravo a herdeiro: Um destino entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

WILHEIM, Joana. **O que é psicologia pré-natal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WINNICOTT, Donald. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

UMA MÃE NA UTI NEONATAL: EM DEFESA DA PRIMEIRA VISITA EM COMPANHIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Haydée Côrtes de Barros Silveira Piña Rodrigues
Orientação: Profa. Dra. Liana Albernaz de Melo Bastos
Rio de Janeiro / 2009

RESUMO

A partir de pesquisa realizada com mães de bebês internados em UTI neonatal, na Maternidade Escola da UFRJ, a autora propõe que as mães sejam acompanhadas por um profissional de saúde na ocasião da primeira visita à UTI neonatal. Defende-se o acolhimento da mãe do bebê internado, como medida preventiva e necessária para a diminuição das ansiedades maternas, favorecendo o estabelecimento de um ambiente propício à construção do aparelho psíquico do bebê e da parentalidade.

Palavras-chave: UTI neonatal, acolhimento, mãe, recém-nascido.

ABSTRACT

Based on research conducted with mothers of babies admitted to the neonatal ICU (Intensive Care Unit), at the Maternity School of the Federal University of Rio de Janeiro, the author proposes that such mothers should be attended by a health professional upon their first visit to the neonatal ICU. It is also advocated that mothers should be welcomed as a preventive and necessary measure for the establishment of baby's psychism and parents' process of parenthood.

Key words: Neonatal ICU, welcoming, mother, newborn.

Imagine só você estar grávida...
... e desejar ir para casa com o seu bebê...

QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

- Como se dá a entrada da puérpera na UTI neonatal?
- Que tipo de assistência é dedicada à mãe de bebê internado em UTI neonatal?
- É importante o acompanhamento / acolhimento?
- Transparência Psíquica . Monique Bydlowski
- Preocupação materna primária. Donald Winnicott

Transparência Psíquica Um conceito de Monique Bydlowski

A gravidez é considerada como a ocasião de uma crise psíquica onde um novo campo se abre, um espaço particularmente permeável às representações inconscientes. A criança, a partir da gestação, ocupa um espaço dentro do corpo da mãe e um espaço em seus pensamentos. Pelo fato dela não existir externamente, só pode ser representada pela mãe se esta utilizar recursos do seu passado. Desta maneira, o bebê começa a ganhar representação a partir dos registros conscientes e inconscientes maternos. A gestação ganha, então, os contornos de um estado relacional específico, onde a vida infantil da mãe se vê atualizada, o que resulta de um afrouxamento de suas defesas, fazendo com que ela transite do bebê que foi à mãe que será. Como se estivesse “plugada” em diversas sintonias, a gestante oscila entre momentos em que, num movimento regressivo, está ligada ao bebê, e em outros, ligada progressivamente à sua mãe. Em sua fantasia, a situação se passa como se ela pudesse se utilizar destes diferentes personagens, manifestando seus aspectos de maneira complexa e particular em cada gestação.

Preocupação materna primária Um conceito de Donald Winnicott

... uma certa posição regredida de insensatez passageira, que consiste em um adoecimento estruturante, na medida em que estabelece uma adaptação quase perfeita entre mãe e bebê. A mãe devotada comum descentraliza dela mesma seu foco de atenção, deslocando seu eixo para o bebê, transformado no receptor de seu acolhimento e sua dedicação. Tomada de uma sensibilidade diferenciada, a mãe suficientemente boa oferece ao bebê, assim, um fio condutor pelo qual responderá às suas demandas psíquicas.

“A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de preocupação materna primária fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida.” (WINNICOTT, 1958, p. 403.)

COMPREENDENDO O BEBÊ

“Sua existência intra-uterina parece ser curta em comparação com a da maior parte dos animais, sendo lançado ao mundo num estado menos acabado. (...) Além disso, os perigos do mundo externo têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intra-uterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida.” (FREUD, 1926, p. 179.)

A constituição da estrutura do eu, estrutura narcísica necessária, se faz sustentada no investimento libidinal parental a partir de um jogo especular com a imagem. O bebê se reconhece como eu na imagem especular de um corpo unificado, sustentado pelo olhar materno.” (BASTOS, 2001, p. 808.)

METODOLOGIA DA PESQUISA

Com o intuito de investigar, na prática, como se dá a primeira visita da mãe de bebê internado em uma UTI neonatal, foi realizada uma pesquisa de campo, exploratória e de natureza qualitativa, apoiada num questionário composto por seis perguntas, que serviu como base para uma entrevista semi-estruturada. Os sujeitos entrevistados foram dez mães cujos bebês se encontravam, na ocasião, internados na UTI neonatal da Maternidade Escola da UFRJ. As entrevistas foram realizadas individualmente, todas pela autora, e ocorreram nas dependências da maternidade. Em seguida, os dados obtidos foram analisados a partir do referencial psicanalítico.

QUESTIONÁRIO

- 1 - Como foi a primeira vez em que você entrou na UTI neonatal?
- 2 - O que você sentiu quando entrou na UTI e viu seu bebê?
- 3 - Quem estava com você?
- 4 - Quem ensinou você a abrir a incubadora?
- 5 - Como foi o dia em que você pôde colocar seu filho no colo?
- 6 - Quem estava com você neste dia?

ANÁLISE DOS RESULTADOS

GRUPOS / CATEGORIAS

- Atravessando a porta
- Onde está o bebê
- Explorando a incubadora

Atravessando a porta

Constatou-se que nenhuma das dez mães foi acompanhada por um profissional de saúde da Maternidade Escola nesse trajeto: cada uma delas saiu do leito e se dirigiu à UTI neonatal, orientada tão somente pelo desejo de conhecer seu filho

Denise: *“Eu estava na cama e perguntei a que horas eu poderia ver o meu filho. Eu é que perguntei e me responderam que eu poderia ver a hora que eu quisesse. Aí, perguntei onde era e me informaram.”*

Flávia: *“Quando a gente chega lá, a idéia que se tem é a de que se está nas últimas. Sabe como é, só o nome UTI já assusta a qualquer um, é lugar onde tem gente morrendo, lugar de moribundo.”*

As mães fazem referência a um profissional da UTI que, antes ou imediatamente após sua entrada, se pronuncia apresentando a exigência da higienização das mãos. O profissional que recorrentemente aparece e estabelece uma comunicação com a mãe é reconhecido por elas como profissional da equipe de enfermagem – o qual, após a limpeza das mãos, as deixa entrar na UTI sozinhas, como se lavasse suas próprias mãos diante da possibilidade de maiores contatos com a mãe.

Cristina: *“Meu filho nasceu de noite e eu não passei bem. Quando acordei, eu queria ver o bebê, mas não me deixaram e me disseram que era de madrugada e que naquela hora eu não podia ir. Pela manhã, descí sozinha e fui entrando no lugar que disseram que era a UTI. Uma enfermeira me viu entrar e saiu para me ensinar a lavar a mão e a colocar o roupão.”*

- “Territorialização dos serviços”
- Comunicação
- Modelo de saúde

Onde está o bebê?

O caso Gláucia

O que teria sido decisivo, neste caso, a ponto de tornar Gláucia uma mãe que merece uma recepção especial, ao contrário das demais?

Podemos suspeitar que ela foi recebida pelo pediatra por ser o seu bebê de extrema prematuridade, provocando na equipe da UTI maiores dúvidas em relação ao futuro deste bebê do que dos demais internados. Reconhecendo a gravidade do estado do recém-nascido, a equipe se viu diante de um risco de morte particularmente eminente, o que a conduziu a tomar medidas não corriqueiras – como a convocação da pediatra. Se assim for, este contato da pediatra com a mãe atenderia antes a uma demanda da equipe, não tendo como detonador o cuidado e o reconhecimento da importância da díade mãe-bebê em si. Aqueles 600 gramas passaram a ser o troféu que a mãe carrega, merecedor da atenção de estudantes e profissionais.

Explorando a incubadora

Verifica-se o acompanhamento e/ou esclarecimento às mães quanto ao manuseio da incubadora. Este momento foi escolhido, entre tantos outros, por caracterizar de modo mais concreto o encontro entre a mãe e o seu bebê.

A incubadora é um equipamento da UTI que se coloca entre a mãe e o filho. Para que a díade mãe-bebê estabeleça um contato mais íntimo, que compreendemos como fundamental para a estruturação precoce do aparelho psíquico, este obstáculo deve ser ultrapassado. Na medida em que o toque se dá, o bebê pode experimentar as sensações de contorno que poderão conferir certa integralidade ao seu corpo – a qual virá a se refletir, mais adiante, na integralidade do ego. No toque, o bebê começa a criar um sentido para os limites de seu corpo e do corpo de outra pessoa, o que possibilita sua tarefa de organizar-se psiquicamente.

Adriana: “Eu passei dez dias sem pegar nela porque eu pensava que aquilo era uma caixa com oxigênio e que ela poderia ficar sem ar.”

Flavia: “Passei dois dias com medo de pegar no meu bebê e sem saber se podia.”

Não raro, as mães estão envolvidas com a culpa que carregam por terem seus bebês internados na UTI neonatal. Ajudá-las a superar esta culpa, apontando para a importância do toque e da manutenção do contato como possibilidade de continuação da vida, poderá ser decisivo para o fortalecimento da mãe e para a construção de um lugar para o bebê dentro do seu imaginário, menos aderido à culpa pelo adoecimento dele.

Esta ajuda pode ser engendrada, justamente, pelo acolhimento à mãe do bebê internado, através do qual um profissional se oferece como suporte e companhia à mãe, permanecendo ao seu lado e garantindo a continuidade da maternagem de seu bebê. Se compreendermos a mãe num estado regredido de identificação com o bebê, podemos pensar que ela necessita se re-assegurar de sua identidade materna, a fim de se sentir potente e criar bases de confiabilidade – caldo fértil para a estruturação do psiquismo do bebê. Diante desta mãe em preocupação materna primária, a intervenção do profissional poderá promover a aproximação entre ela e seu filho, tal como uma fagulha que anima o diálogo mãe-bebê.

Betina e Joana, ao contrário de Adriana e Flavia, receberam a informação de que poderiam abrir a incubadora ao longo de sua primeira visita à UTI neonatal. Ambas foram abordadas por um profissional do serviço e acompanhadas durante a exploração da incubadora.

Betina: “A enfermeira disse que a gente podia abrir a incubadora para tocar nele e disse que é muito bom, que faz bem para o bebê. Estou querendo pegar nele, mas acho que ainda não posso.”

Joana: *“Uma mulher chegou perto de mim e disse que eu poderia colocar a mão nele, disse para ter cuidado e me ensinou. Acho que é enfermeira.”*

Eliane e Isabela, por sua vez, copiaram outras mães e aprenderam a abrir a incubadora, inaugurando o toque no bebê por iniciativa própria.

O caso Denise

Denise disse ter esperado muito que alguém lhe indagasse se ela gostaria de “pegar” em seu filho, até que ela mesma resolveu perguntar. Contou que foi à UTI no dia seguinte porque ela via as outras mães “pegando”, e a deixaram “pegar” também. E relatou ainda:

Denise: *“Eu perguntei também se eu podia tirar fotos. O negócio de tirar leite eu descobri sozinha e sabe, tem um papel na porta que fala sobre os irmãos e eu não sabia se eram os irmãos dele [do bebê], caso ele tenha, ou os meus irmãos. Não tem explicação.”*

Os comentários de Denise nos suscitam algumas reflexões. Ela afirmou que demorou “muito tempo” para tocar em seu filho – possivelmente um dia inteiro, já que só foi “pegá-lo” no dia seguinte ao parto. O tempo de Denise, contudo, não se parece com o tempo da UTI. Sintonizada com o filho e recém separada dele, algumas horas poderão significar anos em suas vidas. Além disso, Denise clama por comunicação, reclama entendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oferecer um ambiente adequado ao restabelecimento do bebê, cuidando de sua mãe, depende de uma modificação das condutas de atendimento instituídas, bem como do treinamento da equipe, tornando-a mais atenta às questões afetivas relacionadas ao nascimento e ao adoecimento do bebê. Desta forma, pretende-se resgatar e potencializar a comunicação entre equipe e familiares, onde, inseridos num clima de mutualidade, todos consigam tecer uma história de respeito, eficiência e solidariedade.

Não desejando desconsiderar o imenso e frutífero âmbito dos equipamentos e da tecnologia que os sustenta, minha proposta é a de que o reconhecimento e acolhimento das angústias maternas sejam incluídos no hall de condutas a serem desenvolvidas pela unidade de tratamento intensivo – o que contribui, ainda, para a diminuição do tempo e do custo de internação dos bebês.

Um treinamento realizado por profissional da área de psicologia, que promova mudanças no entendimento das questões emocionais presentes numa unidade de tratamento intensivo, será apropriado para criar um ambiente humanizado onde se reconheçam as dificuldades experimentadas pelos profissionais que ali atuam e as dificuldades da família, otimizando as trocas efetivas entre as equipes de trabalho, nos diferentes serviços da maternidade.

Este trabalho foi apresentado no Simpósio Anual na forma de Power Point. O texto abaixo aproveita a estrutura desta apresentação com acréscimos que procuram desenvolver de forma sumária alguns aspectos relativos aos tópicos apresentados.

O debate psicanálise – psicoterapia analítica hoje

Como este Simpósio procura relacionar a transmissão da Psicanálise com a clínica psicanalítica atual, é importante destacar a prática durante a formação analítica. Esta se inclui numa concepção definida dentro do chamado tripé da formação. O atendimento de casos sob supervisão se faz dentro de um padrão específico de enquadre e de método, geralmente aplicado a pacientes da prática privada em consultório.

A teoria psicanalítica desde Freud teve a sua aplicação ampliada a várias áreas do saber. O modelo clássico de terapia, no entanto, permaneceu como o único método psicanalítico assim como a sua aplicação clínica principal, e de forma quase exclusiva, até a segunda metade do século XX.

A partir deste período no pós-guerra, a prática psicanalítica se expandiu de forma gradativa e passamos a encontrar a Psicanálise em diversas áreas do conjunto de terapias: Medicina (Psicologia Médica), grupos (grupoterapia, família, casal), fenômenos sociais (violência, traumas) e, o foco deste trabalho, a psicoterapia analítica. Coincidentemente, ou talvez movido por essa nova inserção da Psicanálise no campo das terapias, ocorreram mudanças na teoria e na técnica que vêm se estendendo até a época atual. Entre essas se destaca: teoria das relações de objeto x teoria pulsional, ênfase no mundo primitivo de relações e de formação de estruturas psíquicas, manejo da contratransferência, intersubjetividade e valorização da pessoa do analista.

Importante ressaltar que também houve mudanças no tipo de paciente que passou a ser predominante na clínica psicanalítica encontrado sob diversas denominações: narcisistas, borderline, casos-limites, alexitímicos – pensamento operatório, clínica do vazio, novas subjetividades.

Para alguns psicanalistas, entendemos que houve menos uma mudança na clínica do que um refinamento diagnóstico e de manejo clínico. Outro aspecto é se estaríamos diante de novas patologias ou de novas apresentações atualizadas pelas mudanças culturais. Não se trata de uma questão deslocada do debate sobre psicanálise e psicoterapia analítica porque muitos dos desenvolvimentos históricos nessa área podem estar relacionados a percepções mais recentes sobre os quadros clínicos.

Outra mudança importante se deu em relação às questões financeiras e culturais que repercutiram numa demanda por menor frequência no número de sessões por parte dos pacientes.

Panorama histórico da psicoterapia analítica

A psicoterapia analítica começou a ganhar base teórica a partir da sua expansão na segunda metade do século XX.

No início a diferenciação entre Psicanálise e psicoterapia analítica era mais definida, tanto nos critérios extrínsecos (características do setting: divã, frequência de sessões) quanto dos critérios intrínsecos (técnicas utilizadas procurando diferenciar transferência e sugestão).

A sua indicação maior era para pacientes com ego frágil o que, geralmente, se determinava a partir do diagnóstico psiquiátrico mais do que pelos critérios psicodinâmicos.

O trabalho se centrava nos chamados conflitos derivados como, por exemplo, o conflito edípico que era visto somente nas situações externas (família, trabalho) e não na transferência.

No entender de muitos era considerada uma subcategoria de trabalho psicanalítico (Freud – liga com o cobre ao invés do ouro) na qual, no dizer de Andre Green, “todos os golpes seriam permitidos”. Como se a perda da neutralidade e da abstinência pudesse ocorrer sem critérios e o uso de técnicas sugestivas e diretivas não precisasse ser objeto de uma reflexão. Ou até mesmo a perda da neutralidade episódica como no conceito de “enactment”.

A psicoterapia analítica não era um assunto estudado durante a formação psicanalítica.

Psicanálise – psicoterapia analítica: panorama atual

A diferenciação standard entre psicanálise e psicoterapia analítica foi se modificando ao longo dos anos acompanhando as diversas mudanças no campo psicanalítico e no cultural, conforme apontadas. Isto levou diversos autores a reconsiderar as bases teóricas e técnicas anteriores, principalmente as que qualificavam a psicoterapia analítica como um produto de segunda categoria. Por outro lado, havia e há uma preocupação em destacar o que seria específico da Psicanálise.

Otto Kernberg

- técnicas da Psicanálise e da psicoterapia analítica são idênticas, porém há variações quantitativas no emprego de algumas delas, principalmente as interpretações transferenciais de compreensão da história infantil (mais presente no modelo clássico).
- a diferença não pode ser estabelecida pela comparação de uma sessão de psicanálise ou de psicoterapia analítica que podem ser muito próximas. A diferença se dará ao longo do processo em termos de mudança interna.
- uma área de incerteza em relação ao método que se está empregando (se o psicanalítico ou se o psicoterápico) é inevitável na prática clínica – o que ele denominou de “zona cinza”

Andre Green

- prefere chamar psicanálise com modificação de enquadre ou relação psicanalítica com enquadre reformulado ao invés de psicoterapia analítica. Define algumas variações:

- a) tratamento psicanalítico clássico com três características básicas: enquadre, regressão formal, neutralidade.
- b) tratamento com variações técnicas pontuais (setting, uso ou não do divã, frequência das sessões).
- c) tratamento com variações técnicas permanentes. Como nos casos de pacientes com pouca capacidade para a regressão formal do modelo clássico em que o analista precisa buscar formas de facilitar a criação de representabilidade na mente dos pacientes. São pacientes em que há predomínio do soma sobre o psiquismo (angústias que não encontram expressão em palavras ou se manifestam através da ação).
- d) psicoterapias praticadas por psicanalistas. Green entende ser esta uma questão fundamental na psicanálise contemporânea pela possibilidade de aumentar as áreas de incerteza assim como criar técnicas mais sofisticadas que aproximem os métodos.

Stefano Bolognini

- metáfora da “galáxia psicanalítica” – limites externos difusos em seu contorno e um centro de psicanálise na sua forma mais específica (modelo clássico) a partir do qual se irradia a gradação progressiva das diversas identidades nesse campo. Idéia próxima a dos autores que consideram haver um contínuo entre psicanálise e psicoterapia analítica.

Norberto Marucco

- a psicanálise não depende, por exemplo, de um número de sessões estabelecido, mas das variáveis que demarcam as diversas formas de expressão do inconsciente em um processo analítico. À medida que os pacientes tiverem melhores condições de representabilidade terão mais capacidade de suportar um enquadre formal.

O que se percebe nesse panorama histórico é que houve uma mudança nas formas de diferenciar os métodos.

Na visão tradicional se procurava um formato psicanalítico dentro de uma referência psiquiátrica de tratamento para supressão de sintomas e diminuição de conflitos derivados.

Na visão atual se busca um formato psicanalítico a uma referência psicanalítica de tratamento fora do modelo clássico.

Psicanálise – psicoterapia analítica: questões atuais

A partir desses autores e de reflexões próprias algumas questões se colocam como fundamentais nesse debate tanto no aspecto da transmissão quanto no da prática clínica:

- a) para uma prática da psicoterapia analítica é necessária uma formação psicanalítica no modelo institucional atual?

- b) existe uma diferença entre a psicoterapia analítica praticada por um psicanalista formado no modelo institucional atual com a de um terapeuta sem essa formação?
- c) o psicanalista que trabalha com psicoterapia analítica diminui, na sua prática, a distância entre os métodos?
- d) se existe uma aproximação entre os métodos pelo psicanalista, então estaríamos diante de um novo paradigma técnico?
- e) o que manteria a especificidade da psicanálise?

Psicanálise – psicoterapia analítica: patologias graves

Este é um capítulo à parte porque há autores que consideram que em casos graves, como os pacientes borderline ou os psicossomáticos de pensamento operatório, a adaptação do método (sem perder as características psicanalíticas) é essencial. O que foi dito sobre criar condições de representabilidade na mente.

Kernberg com a psicoterapia expressiva ou, como ele a denomina atualmente, a psicoterapia focada na transferência foi quem mais se empenhou em definir especificidades que a diferenciem da psicanálise no modelo clássico. Para este autor, isso se tornou necessário já que a psicoterapia focada na transferência utiliza intensamente os instrumentos psicanalíticos da mesma forma que se diferencia da psicoterapia de apoio. Nesta última, o trabalho na transferência está ausente. Outros aspectos presentes no método de Kernberg: uso mais intenso de clarificação e confrontação como técnicas intermediárias, interpretação no aqui-e-agora geralmente relacionada às dificuldades do paciente com as limitações do enquadre, perda momentânea da neutralidade quando há risco para o paciente ou para a terapia, recuperação da neutralidade através da interpretação no aqui-e-agora, interpretações predominantes sobre o interpessoal enquanto que as interpretações sobre o intrapsíquico são postergadas para um momento posterior da psicoterapia.

Outros autores ou escolas apresentadas de forma sumária:

- de uma forma geral, menos ênfase nas questões nosográficas e mais nos aspectos do funcionamento mental para indicação do método psicanalítico ou psicoterápico.
- escola francesa: para pacientes que não suportam a regressão formal não se indica o método clássico.
- intersubjetivistas americanos – diferenças quantitativas mais que qualitativas; importância da aliança terapêutica; papel da pessoa do analista; interpessoal equiparado ao intrapsíquico.
- escola inglesa kleiniana e pós-kleiniana - mais próximas do modelo clássico; aliança terapêutica se forma a partir do trabalho interpretativo
- terapia baseada na mentalização - Fonagy

Psicanálise – psicoterapia analítica: especificidades

Andre Green

- a) diferenças entre os métodos – enquadre (características do setting e postura do terapeuta em termos de neutralidade), processo (manutenção de um padrão ao longo do tempo) e transferência (como forma de trabalho no intrapsíquico).
- b) indicações – capacidade do paciente para suportar as restrições do enquadre como indicação para psicanálise no modelo clássico; a indicação não seria a partir do diagnóstico até porque ambos os métodos também são técnicas de diagnóstico (a partir do funcionamento mental e das características estruturais que surgem na transferência).
- c) psicoterapia analítica com matriz ativa igual à da Psicanálise, porém com estojo diferente.
- d) citando Winnicott - “onde, sem fazer análise, se permanece analista”.
- e) psicoterapia feita por psicanalistas - fato novo que demanda uma nova área de pesquisa.
- f) enquadre interno – Green considera este um aspecto essencial que a análise de formação deve zelar com grande rigor. Essa estrutura subjetiva é que permite ao psicanalista se manter como tal, mesmo em situações fora do modelo clássico percebendo diferenças e possibilitando aproximações.

Psicanálise – psicoterapia analítica: frequência de sessões

Este é um tema da atualidade e relacionado a questões de ambiente cultural e psicanalítico e, muitas vezes, a restrições objetivas (financeira, localização geográfica e outras). Portanto, não pode faltar também na reflexão do debate psicanálise e psicoterapia analítica. Por exemplo, as diferenças preconizadas entre a escola inglesa (5 a 4 sessões semanais) e a escola francesa (3 sessões semanais).

Autores como Kernberg, Green e Marucco entendem que no caso de patologias graves seria mais indicado um menor número de sessões. Dessa forma se evita um setting de regressão formal, o que é uma área de risco nesses casos já que não têm capacidade de criar representações que dêem conta da angústia desencadeada.

Green entende que os tratamentos com menor número de sessões podem ser exemplos do que ele chama de relação psicanalítica com enquadre reformulado

Outra questão que se coloca na atualidade é: pode haver um processo psicanalítico com um menor número de sessões?

Muito provavelmente não serão poucos os analistas que consideraremos ser isto possível com determinados pacientes em situações específicas. No entanto é importante deixar claro os limites quanto a uma menor frequência de sessões:

- intervalos longos podem dissolver o enquadre e a sequência necessária para que este se estabeleça.
- paradoxalmente, dificulta o trabalho da angústia de separação que pode ser superficializada nos intervalos longos.
- facilita a resistência.

- pode tornar a análise interminável.
- reflexos institucionais na formação analítica com exigências de “paridade” para os candidatos.

Bibliografia

Bolognini, S – Psychoanalysis and psychotherapy. IPA Council Meeting. Appendix 2 - Open debate on psychoanalysis and psychotherapy, 2007.

Green, A - Orientações para uma psicanálise contemporânea. SBPSP – Imago Editora, 2002.

Kernberg, O. et alli – Transference focused psychotherapy: overview and update. Int. J. Psychoanal. 2008, 89: 601-602.

Marucco, N – The question of frequency of sessions in modern psychoanalysis. Boletim Informativo IPA, 2006.

Wallerstein, R. – Psicoanálisis y psicoterapia: una perspectiva histórica. Libro Anual de Psicoanálisis, 1989.

“À beira-mar, em seus anos finais, um oleiro se aposenta. Seus olhos se cobrem de névoa, suas mãos tremem: chegou a hora do adeus. Então acontece a cerimônia de iniciação: o oleiro velho oferece ao oleiro jovem sua melhor peça. Assim manda a tradição, entre os índios do noroeste da América: o artista que se despede entrega sua obra-prima ao artista que se apresenta. O oleiro jovem não guarda esta peça perfeita para contemplá-la e admirá-la: a espatifa contra o solo, a quebra em mil pedaços, recolhe os pedacinhos e os incorpora à sua própria argila.”

Eduardo Galeano *in As Palavras Andantes*

I – Introdução

A psicanálise é uma ciência que guarda a peculiaridade de ser reinventada a cada sessão. Sua práxis repousa sobre um trabalho de pesquisa a respeito do funcionamento psíquico, especialmente, inconsciente, cujas produções, eventualmente, provocam enigmático sofrimento. É no processo de desvendar esse enigma que, através dos movimentos transferenciais e contratransferenciais, a história do paciente pode ser reescrita, no encontro analista / analisando, trazendo como consequência mudanças subjetivas e alívio dos mesmos. Para dar conta desses fenômenos, Freud engendrou a metapsicologia, libertando a nova ciência da própria psicologia e, por inscrevê-la no cruzamento das ciências da natureza e da reflexão especulativa, não permitiu que ela fosse capturada pela filosofia. A revolução freudiana marcou definitivamente nosso tempo. Mesmo para ser desqualificada, é motivo de interesse de outros campos do saber, suscitando reflexão, questionamento e diálogo com os mesmos.

Em virtude de seu movimento circular - uma práxis que produz um saber que é aplicado e avaliado nessa práxis, podendo, então, modificá-la, gerando um novo saber – tem seu estatuto científico questionado, tornando sua transmissão, por si só, um desafio. A experiência de um insight, ou os afetos produzidos, imprevisivelmente pelo encontro, seja no analista ou no analisando, jamais poderão ser transmitidos. Podem ser relatados e, mesmo assim, saberemos da vivência de outrem, em um momento específico. Eis porque, em nosso ofício, não é possível estabelecer protocolos, daí a importância de partilhar nossas experiências.

É justamente através dessa comunhão que a psicanálise se transmite; seja através das análises pessoais que, segundo Freud, devem ser retomadas regularmente; seja através das supervisões; seja através da escrita sobre nossos sucessos e fracassos; experiências inerentes a todos aqueles que se dedicam a contemplar o sofrimento

humano. Mesmo os textos teóricos são recheados de vinhetas clínicas, demonstrando a indissociabilidade no saber psicanalítico, entre prática e transmissão. Logo, parodiando Camões, “em psicanálise, relatar e partilhar nossa experiência é preciso”. Por isso, penso ser fundamental refletir sobre as resistências relativas a um ato essencial para a sua existência desde o seu nascimento: escrever a clínica.

II – O relatório: uma questão?

Meu interesse a respeito desse tema, que chamarei, por ora, “resistência ao relatório”, se manifestou a partir da frequência aos “Grupos de Acompanhamento” há aproximadamente 3 anos. Minha formação não se dera na SBPRJ e despertou-me curiosidade conhecer as atividades que não havia frequentado. Tais grupos destinados a dar suporte aos candidatos que, tendo encerrado o curso teórico, não completaram suas obrigações estatutárias, alcançando o acesso a Membro Associado, oferecem um espaço que os vincula à sociedade e, na medida do possível, busca dar continente aos seus questionamentos relativos à própria formação e ao exercício da psicanálise.

Infelizmente, não trago respostas, todavia, levantar questões não é de todo infrutífero, considerando que as dificuldades parecem ser múltiplas e, naturalmente, merecem exame particular, embora, eventualmente, possam ser integradas em categorias comuns.

I – Surpreendeu-me, de início, a insistência da discussão a respeito dos relatórios, na maioria das reuniões, apesar da multiplicidade de questões a explorar. Do mesmo modo, o número de colegas que não conseguiam completá-lo, alguns deles, membros ativos, participantes entusiásticos das atividades societárias, capazes de produzir, em outros foros, trabalhos de ótima qualidade. Embora, parecesse óbvio que, a priorização desse assunto se devesse a premência de resolver o impasse, objetivamente, isso não redundava em um número significativo de relatórios apresentados, em detrimento de outras questões relativas à formação.

II – Naturalmente, nem todos têm interesse ou facilidade para traduzir na escrita a experiência vivida na clínica, no entanto, surpreendeu-me, também, saber que o número de candidatos reprovados pela banca examinadora era bastante reduzido, embora houvesse um temor generalizado quanto à severidade maior ou menor dos didatas selecionados para apreciar os relatórios. Ora, todo trabalho é passível de críticas favoráveis ou não. Se escrevermos, nos endereçamos ao outro e suscitamos uma resposta. Logo, o temor soava paradoxal, ainda que reconhecesse nele, um sintoma endêmico próprio das sociedades de psicanálise.

Diante da inviabilidade de protocolos, somos guiados por nossa análise pessoal e pelo acompanhamento do supervisor e das leituras pertinentes ao caso. É preciso

considerar, porém, que toda escrita é autobiográfica, logo, um trabalho clínico revela mais do analista e de sua análise pessoal, do que do próprio analisando. Este fato expõe, não só o candidato como seu analista e supervisores, pois aponta quão longe foi possível ser levada a análise do analista em questão. Dependendo de seu grau de exigência, isso pode tornar-se inegociável, impossibilitando a produção teórica.

III – Surpreendeu-me, ainda, que durante os dois anos em que nos encontramos, não tenhamos levado a diante nenhuma reflexão sobre este fenômeno, apoiada no referencial psicanalítico, pensando-o como algo que desconhecemos, porém, como psicanalistas, temos obrigação de investigar. Por que não sugeri se fazia parte do grupo? Boa pergunta: por medo, medo de ser mal-interpretada. Medo que permanece, todavia, já me permite sair da inibição e escrever.

III – Reflexões a respeito dessas dificuldades

Naquela altura, levantei algumas hipóteses a respeito do problema, sabendo tratar-se de um tema complexo, longe de ser abrangido por este arrazoado, pois, as motivações são particulares e infindáveis. Por estar imersa no movimento do grupo, minhas primeiras considerações foram especialmente ingênuas, ainda que mereçam ser apontadas.

1 - Por exemplo, se nem todos têm facilidade para escrever, a dificuldade aumenta nos caso clínicos cujo desenlace tenha ocorrido há vários meses, até mesmo anos. Podemos usar uma vinheta, recortada de um antigo processo de análise - um sonho, um *acting out*, uma emoção suscitada no analista - com a finalidade de ilustrar, pontualmente, uma reflexão teórica. Porém, para examinar a evolução desse processo, falta o frescor da experiência para que se possa viver uma reaproximação com a finalidade de descrever e teorizar sobre as vicissitudes do encontro.

Esse estranhamento pode causar uma espécie de repulsa que resulta no arquivamento de tudo que for relativo ao caso. Quantos colegas têm um farto material sem conseguir integrá-lo? Seria apenas dificuldade em costurar esses dados com a literatura que guia sua práxis? Não que seja pouca coisa realizar tal tarefa, o que tento sublinhar é que, talvez, este não seja o maior empecilho. A gaveta da memória onde está guardada aquela vivência particular vai, pouco a pouco, desfazendo os laços que davam sentido ao trabalho clínico, tornando impossível reproduzi-lo.

Esbarramos, então, em uma questão complexa: digamos que a experiência tenha “caducado” e aí, como reivindicar que o candidato repita, outra vez, a mesma experiência, se esta já foi efetuada? Carece considerar o dispêndio de tempo, dinheiro, investimento afetivo tanto na escolha do supervisor quanto do paciente, etc, etc. É possível que um ou outro candidato possua essa disponibilidade, porém, as

generalizações são sempre perigosas e, como disse anteriormente, a psicanálise não obedece a protocolos.

2 - Possivelmente, o beco sem saída trazido por esse dilema leva à outra surpresa: algumas vezes percebi um certo tom de revolta frente à exigência de produzir o relatório. Ora, nossa formação é um jogo com regras determinadas. Ninguém é obrigado a jogá-lo, todavia, supõe-se que se nos propusemos a tal, aceitamos essas regras, ainda que seja para lutar por sua mudança, caso, elas nos pareçam anacrônicas. Sendo assim, o gesto de evitar a apresentação do relatório se torna, consciente ou inconscientemente, um gesto político.

Lacan (1967/1968), tratando do ato analítico, aproximou-o do ato político, em virtude de seus efeitos revolucionários. Ele propôs que sua caminhada ao longo da sala falando aos alunos nada tinha de especial, porém, se ele fosse proibido de exercer essa atividade, esse caminhar se tornaria um ato político, uma rebelião. Por analogia, se faz parte do jogo apresentar sinais do processo de formação através de relatos clínicos, não fazê-lo após 10/15 anos pode ser pensado como um gesto político.

3 - O que me preocupa, especialmente, nessa questão com que nos vemos enovelados está para além da qualificação do candidato. **É a transmissão que está em jogo.** O candidato traz o seu barro, a matéria prima que ele usa para se aproximar do sofrimento humano, questionando sobre suas causas e produzindo um saber pontual e efêmero, de cuja comunhão, todos nós nos beneficiamos. Talvez a herança médica, que ainda nos persegue, bem como, a medicalização contemporânea da dor psíquica, que exclui a psicanálise de inúmeras pesquisas, pois elas são em sua grande maioria de viés quantitativo, representem fatores que reforçam a resistência contra a escrita sobre os delicados e imprevisíveis movimentos da clínica.

4 - A expressão **“resistência contra a escrita da clínica”** me fez parar para pensar, não nos candidatos especificamente, porém, nos psicanalista em geral, e sua relação com a psicanálise. Mergulhada em um “furor curandi” cogitei tratar o assunto ortopedicamente, oferecendo aos candidatos interessados, uma oficina de textos. Imediatamente, concluí ser um gesto, no mínimo pretensioso, posto que todos têm acesso aos livros de Renato Mezan e Marion Minerbo, dentre outros, por exemplo, excelentes guias de pesquisa e confecção de textos em psicanálise, material que usaria como espinha dorsal do curso. Além disso, os candidatos contam com colegas mais experientes que exerceriam essa função, ajudando-os em suas vicissitudes particulares.

5 - Longe de pretender esgotar o catálogo de dificuldades, convido vocês a examinar este fenômeno “pelo avesso”, como dizia um paciente, quando eu intervinha curtocircuitando seu discurso.

IV – A resistência á psicanálise

1 - Penso que, se somos psicanalistas e se o impasse se dá nesta área, devemos contemplá-lo através do referencial psicanalítico. Iniciei, então, minhas conjecturas, relatando uma experiência pessoal. Terminei a formação no início da década de 80. Dois anos mais tarde, candidatei-me à categoria de Membro Efetivo. Permaneci, todo esse tempo, ligada ao Instituto, através da atividade docente, sendo incentivada a postular a função didática, afinal, já completara 5 anos de formada, como era exigido. Não tinha interesse em fazê-lo e jamais desconfiei de algum tipo de inibição.

No início dos anos 90, atendia uma paciente que se encontrava em processo de elaboração do término de uma longa análise e aquilo que mais a comovia em seu percurso era o fato de, pela primeira vez, conseguir falar de si mesma, na primeira pessoa. Em uma determinada sessão, comentando sobre essa conquista, afirmou: “Hoje posso dizer: eu sou Maria!”. Imediatamente eu pensei: “Ah! Então, eu sou analista!”. Ainda emocionada, pelo evento, após o termino da sessão, decidi relatar o caso, candidatando-me à função didática.

O importante a ressaltar é a ausência de protocolo. Protocolarmente, eu tinha tempo para pleitear o cargo, gostava de escrever, era estimulada pelos colegas. Todavia, a posteriori, descobri a necessidade de que algo surgisse de meu próprio trabalho, que me qualificasse para me tornar alguém que acompanharia outro, como eu, na aventura de conhecer os meandros do desejo de psicanalisar. **A identidade de analista surgiu da atividade de psicanalisar.**

Não se tratava de uma questão moral - ser ou não ser capaz de exercer a atividade didática – e sim, da singularidade dessa experiência, que está para além do tempo de inclusão societária ou da competência profissional, ainda que esses fatores, certamente, devam ser considerados. Esses critérios são essenciais, porém, cada um de nós possui um tempo para reduzir sua obra a pó para, em seguida, misturar esse pó ao de toda a comunidade. Descobrir esse tempo é uma experiência única e intransferível, que demanda recorrer à psicanálise.

A lembrança dessa experiência me fez repensar a questão dos candidatos na condição de aspirantes a membro associado. Haveria em todos eles esse desejo, ou o fato de ter acompanhado todo o curso teórico, de ter sido analisado, ter sido supervisionado, já não seria o suficiente? Talvez, alguns se sintam psicanalistas, mesmo que não tenham recebido, formalmente, o título. Por que, então, não frequentar os Grupos de Acompanhamento tendo isso bem claro, sem a premência de produzir algo que, neste momento, não será produzido? Conhecemos colegas, que se encontrando nesta situação, dirigiram-se para a universidade, espaço onde são oferecidos excelentes cursos de psicanálise. **É preciso distinguir cuidadosamente curso e formação em psicanálise.** Por que não trazer, para os grupos, essa experiência, absolutamente

enriquecedora? Trata-se de uma produção teórica voltada para o saber da psicanálise, ainda que não seja o temido relatório. Os Grupos de Acompanhamento seriam incubadoras - um espaço de estímulo da produção científica geral, de discussões sobre nossa atividade e até mesmo de espera do “tempo de muda” (Mezan, 1998), particular, de cada candidato.

2 – Enfim, como tratar a psicanálise através do referencial psicanalítico; pensar **a possível resistência dos psicanalistas e das instituições psicanalíticas, em geral, à própria psicanálise?** Tarefa longa e espinhosa, minimamente porque pode ser facilmente politizada e empobrecida, acrescentado, a isso, os inúmeros textos e autores a percorrer. Como uma exegese, sobre o assunto, não faz parte das minhas pretensões, por razões transferenciais, recortei apenas, neste vasto território, as reflexões de Jacques Derrida sobre os efeitos da pulsão de morte, ao examinar o fenômeno que batizou como “mal de arquivo” (Derrida, 2001).

O conceito de arquivo, como ele o trata, está para além da memória e da origem, da lembrança ou da escavação. Trata-se de uma operação topográfica, a constituição de uma instância e de um lugar de autoridade – o arconte (o *arkheion*, a Lei, o Estado). A partir do político e das expressões metafóricas ligadas à escrita, ele vai pensar o que este conceito pode trazer de reflexivo para a psicanálise, por supor que a psicanálise traz uma revolução, ao menos potencial, à problemática do arquivo, daí o uso freudiano dos termos: escavação arqueológica, estocagem das impressões, cifragem das inscrições, censura, recalçamento, repressão e leitura dos registros.

A palavra grega *arkhe*, arquivo, remete à memória, mas também, ao estar ao abrigo da memória, o esquecimento. Significa ao mesmo tempo começo e comando – a ordem seqüencial e a ordem jurídica. No sentido ontológico, remete ao princípio da natureza ou da história, ali onde as coisas começam. No sentido nomológico remete ao comando, inicialmente uma casa, a residência dos magistrados - os arcontes, aqueles que comandavam. Tendo sua autoridade publicamente reconhecida, era em seu lar que se depositavam os documentos oficiais. Além de guardiões, os arcontes tinham o poder de interpretar os arquivos. A morada, o lugar onde estes se de-moravam, marca a passagem do privado para o público, do topográfico para o nomológico.

O poder arcôntico que reúne as funções de unificação, identificação, classificação deve caminhar junto com o poder de consignação que, para Derrida, transcende o conceito de confiança, pois ao unificar e identificar reúne os signos, coordenando-os em um sistema ou sincronia, na qual, todos os elementos montam a unidade de uma configuração ideal. Segundo ele, em qualquer lugar, em particular na psicanálise freudiana, em que a possibilidade de consignação seja ameaçada, observaremos graves consequências tanto para uma teoria do arquivo como para sua realização institucional. Paradoxalmente, por sua própria definição, o arquivo deve ser

permanentemente apagado para que seja renovado, não existe nenhuma fixidez ou imutabilidade, ele deve ser remanejado e reconstruído pelos imperativos do sujeito e do poder. É o que Derrida denomina *mal de arquivo*, no qual o conceito freudiano de pulsão de morte ocupa a posição estratégica de ser um operador fundamental.

Cabe, então, a pergunta: o que toda essa peroração sobre o conceito de arquivo tem a ver com a resistência à escrita da clínica psicanalítica?

É preciso sublinhar que a palavra resistência foi introduzida por Freud como uma metáfora de guerra: agir contra as intenções do outro, mobilizar forças para colocar em questão o território de pertencimento do sujeito, daí o sintoma ser definido como uma espécie de armistício provisório. Ainda em 1895, ele percebeu que se o analista tentava se aproximar do campo de representações dolorosas do paciente, este resistia, opondo-se ao reconhecimento de tais representações. Naquela altura, a transferência era uma forma de resistência. Posteriormente, entendida como mola fundamental do dispositivo, passou a ser classificada como positiva ou negativa, quer dirigisse a dupla para elucidação do sintoma ou quer a impedisse.

Com a descrição do conceito de Inconsciente (1915), Freud apontou uma resistência advinda do próprio recalado. Ou seja, o recalque originário, o núcleo do recalado, se oporia, sempre, a qualquer intrusão do outro e ao próprio trabalho analítico. Segundo Birman (2006), a primeira resistência teria uma dimensão tática e a segunda uma dimensão estratégica e metapsicológica. Se a primeira pode ser superada, a segunda impõe-se como uma impossibilidade radical, pois seria fundante do psiquismo.

É importante sublinhar, ainda, que a partir da introdução do conceito de pulsão de morte (1920) essa resistência passou a ser articulada com a compulsão à repetição. Foi, justamente, em torno do trabalho insistente da repetição que Freud passou a centrar a experiência analítica. A repetição reenviaria a algo da ordem do trauma. Não podendo ser imediatamente simbolizado, deveria retornar transferencialmente para que a simbolização, enfim, pudesse ser realizada. Este objetivo não guardava nenhuma garantia inicial, de sorte que, a imprevisibilidade passou a ser a marca da experiência analítica.

É nesse contexto que nasce o conceito de construção, pois as interpretações não davam conta de contemplar e historicizar o vivido. A atividade de deciframento evoluiu para um processo partilhado pelo analista e o analisando com a proposta de ver desabrochar uma subjetividade, conferindo ao analista uma dimensão fundamental no processo. Sua analisabilidade tornou-se uma questão crucial para a sustentação e desdobramento da experiência analítica, possibilitando a formulação de Lacan (1953), segundo a qual, em última instância a resistência é resistência do analista.

Nessa altura, este conceito se confunde com o de reação terapêutica negativa, que promove uma imobilização efetiva da experiência analítica, a partir do sentimento inconsciente de culpa, impedindo o sujeito de se curar. Essa dupla passou a ser concebida como variações da transferência negativa, demonstrando os efeitos mortíferos da pulsão de morte, assim reduzida à pulsão de destruição. Segundo Derrida (2001), Freud encontrou em 1920 uma mutação, um corte dentro de sua própria instituição teórica e deveria não só anunciá-la como, também, arquivá-la. Freud dirá que a pulsão de morte é muda. Na leitura de Derrida, uma vez que ela trabalha em silêncio,

“não deixa nenhum arquivo que lhe seja próprio. Ela destrói seu próprio arquivo antecipadamente, como se ali estivesse, na verdade, a motivação mesma de seu movimento mais característico. Ela trabalha para destruir o arquivo: com a condição de apagar, mas também, com vistas a apagar seus “próprios” traços – que já não podem, desde então, ser chamados próprios. Ela devora seu arquivo, antes mesmo de tê-lo produzido externamente ... a pulsão de morte é, acima de tudo, anarquívica, poderíamos dizer, arquivolítica. Sempre foi, por vocação, silenciosa, destruidora do arquivo” (Derrida, 2001, p. 21).

Sendo uma pulsão de destruição, ela leva não só ao esquecimento, à aniquilação da memória, mas comanda o apagamento radical, a erradicação daquilo que não se reduz jamais à *mneme* ou à *anamnesis*, a saber, o arquivo, a consignação, o dispositivo documental. Para Derrida, “o arquivo tem lugar em lugar da falta originária e estrutural da chamada memória. Não há arquivo sem um lugar de consignação, sem uma técnica de repetição e sem uma certa exterioridade. Não há arquivo sem exterior” (Derrida, 2001, p. 22).

Aliás, foi o que Freud demonstrou em seu artigo sobre “O Bloco Mágico” (1925): modelo exterior, portanto arquivar de registro e memorização do aparelho psíquico. Esse mecanismo integra no próprio interior da psique a necessidade de um certo exterior, de certas fronteiras entre o dentro e o fora. Com este exterior doméstico, somado à hipótese de um suporte, de uma superfície, de um espaço interno, torna-se possível pensar em consignação, registro, impressão, repressão, censura, recalque, ou seja, um arquivo psíquico distinto da memória espontânea. A pulsão de morte ameaça todo primado arcôntico, todo desejo de arquivo, se consideramos sua articulação com o gozo.

V – Para não concluir, diria que: a psicanálise não pode ser qualificada. A única diferença entre um sujeito que motivado por seu sofrimento recorre ao auxílio de um psicanalista e aquele que ao longo do processo descobre o desejo de tornar-se, ele próprio, um analista; reside na exigência de que este último possa reconhecer a

economia e a dinâmica dos processos envolvidos em sua retificação subjetiva, dando testemunho desta, através de um relato clínico. O arquivo/psicanálise é, então, enriquecido e transformado por esse testemunho.

Sendo assim, o final da análise para um aspirante a analista repousa na possibilidade de falar de seu processo de análise através de sua posição como analista, misturando o barro de sua obra com a argila da comunidade. Concluí que o tempo que, particularmente, demande para me candidatar à função didática, estava diretamente ligado ao processo de me lançar no desafio de acompanhar alguém na aventura que eu já vivera, porém, dessa vez sem a rede de proteção oferecida pela supervisão. Ao fim e ao cabo, eu era analista.

Penso que, se tratarmos a resistência à escrita, não apenas pelo viés das peculiaridades do percurso de cada candidato, mas também, como um fenômeno grupal, um sintoma, expressando o exercício silencioso da pulsão de morte dentro das sociedades de psicanálise - os arcontes, contra a própria psicanálise - talvez possamos engendrar outros caminhos para recuperar o barro/experiência desses pares. É oportuno lembrar que na luta entre Eros e Tânatos, Eros agrega e Tânatos separa, todavia, é o equilíbrio entre essas forças que possibilita a transformação e a preservação do arquivo. Sempre que um candidato não consegue integrar sua experiência ao nosso arquivo, toda a psicanálise fica empobrecida.

Mezan (1998) nos lembra que nosso ofício se estabeleceu, “engendrou um arquivo”, diria Derrida, por necessidade, por encomenda, seja através das cartas trocadas pelos pioneiros, seja através das reuniões científicas, como as das quartas-feiras, em Viena, onde alguma comunicação era apresentada. A seguir vieram os congressos, revistas, etc. Isso não quer dizer que todo analista deva escrever, porém, com seu relato, suscita nos ouvintes associações e motivação a pensar. A ressonância de um texto provém da possibilidade que o autor oferece de entrelaçar o que ele escreve com o que vigora em nossa própria vida psíquica. Ou seja, o arquivo se refaz permanentemente nesse movimento sublimatório, ao abrigo de Eros apesar da sombra de Tânatos.

Freud afirma, no texto sobre os chistes (1905), que uma determinada linha de investigação pode nos levar a territórios diversos, distantes de nosso objetivo inicial. Quem sabe a investigação sobre os efeitos disruptivos da pulsão da pulsão de morte, impedindo a renovação do arquivo/psicanálise, através de novos relatos clínicos, não nos permitirá descortinar um novo horizonte de compreensão das dissidências fraticidas e até mesmo o esfacelamento das sociedades de psicanálise? Trata-se de um desafio ambicioso, todavia, nada nos impede de tentar, aliás, ao analista não é permitido recuar frente às esfinges que atravessam seu caminho.

“Penso que, para a psicanálise, desde Freud, escrever é um ato fundador. Sendo inconsciente e transferência os conceitos que balizam nossa prática, somente a escrita torna possível dizer algo sobre esse fazer que se apóia em conceitos tão abstratos. O texto permite que o analista se desprenda da experiência vivida para transformá-la em reflexão sobre o acontecido, em ato psicanalítico. A palavra desenhada é o entremeio que encorpa o afeto em estado bruto. A narrativa que transforma o ruído da fala em uma produção de natureza onírica se desdobra em um registro que descreve o equilíbrio, pontual e efêmero, do sujeito diante do Outro, no fio da transferência. Através da elaboração secundária promovida por esse desenho, o analista poderá, então, transformar e transmitir seu ofício” (Ungier, 2006).

Bibliografia:

Birman, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2006

Derrida, J. *Mal de Arquivo – Uma impressão freudiana*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001

Freud, S. *Edições Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1974

Estudos sobre a histeria (1895)

Os chistes e sua relação com o inconsciente (1905)

O Inconsciente (1915)

Mais além do princípio do prazer (1920)

Notas sobre o “Bloco Mágico” (1925)

Galeano, E. *As palavras andantes*. Porto Alegre, L&PM, 1994

Lacan, J. “Función y campo de la palabra y del lenguaje em psicoanálisis” (1953) in *Escritos, Vol. 1*. México, Siglo Vienteuno Ed., 1990

Lacan, *O Seminário – livro XV – O Ato Psicanalítico (1967/1968)*. Rio de Janeiro, cópia não autorizada

Mezan, R. *Tempo de Muda – Ensaios de Psicanálise*. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.

Ungier, A. “Recordar, repetir, escrever: escrever é preciso” in *TRIEB, Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, Vol. V, n. 1, j*

O Preconceito sobre a Velhice

Marialzira Perestrello

Há alguns anos, quando me pediram que escrevesse sobre meu envelhecer, fui procurar em dicionários o termo *envelhecer*. Fiquei impressionada com a quantidade de conotações negativas. No Koogan- Houaiss e no Aurélio: encontrei além do obvio: “tornar-se velho na aparência e na idade” o seguinte: ‘perder a frescura e o viço’;até aí, muito bem... mas também: “*tornar-se, desusado, ultrapassado,inútil, obsoleto*”. Então resolvi em palestras e artigos argumentar contra tais afirmações. O significado de: velho, envelhecer, envelhecimento modificou-se no Tempo e no Espaço. Lembrei quanto os idosos foram valorizados, respeitados e até venerados em civilizações antigas. Para Platão, somente uma pessoa de idade avançada podia ser considerada *filosofa*.

Pensava eu que os índios – observados os nossos – prezavam imensamente seus idosos; conhecemos a importância dos pagés; mas aprendi com Simone de Beauvoir (grande estudiosa da velhice) que existem tribos onde não são respeitados, protegidos, nem considerados sabedores e sim são abandonados e até assassinados.

Também, para mim, uma outra novidade: Platão e Aristóteles encaravam a velhice de modo quase oposto. Conhecia as idéias platônicas: somente após os 50 anos o filósofo podia atingir a sabedoria . Platão preferia a gerontocracia, mesmo na obra *A Republica* ele faz Céfalos elogiar a velhice: “quanto mais enfraquecem os outros prazeres corporais, mais crescem minhas necessidades e alegrias em relação às coisas de espírito” e Sócrates dizia: somos instruídos no contacto com os velhos. Céfalos diz: “A velhice faz nascer em nós um imenso sentimento de paz e de liberação”.

Segundo Simone de Beauvoir, Aristóteles pensava opostamente; para ele “a experiência não é fator de progresso, mas de involução”. A concepção de velho para Aristóteles leva-o a afastar do poder os anciãos, por ver neles indivíduos enfraquecidos. Aristóteles preferia na política: militares e policia em vez de intelectuais.

Para Simone de Beauvoir a velhice foi poderosa na China, em Esparta, nas oligarquias Gregas, em Roma até o Séc. II antes de Cristo.

Mostrei em algumas palestras, quanto o idoso pode ser criativo e dei exemplos na Antiguidade com Sófocles e seu *Édipo Rei* escrito aos 70 anos e o *Édipo em Colono*, aos 90 anos; e nos dias de hoje, citando nosso Oscar Niemeyer que, aos 80 anos projetou o

Museu de Arte Contemporânea (considerado atualmente uma das Maravilhas do Mundo). E, agora, centenário está projetando algo na Europa.

Mas, hoje com vocês vou tratar: *Do Preconceito contra a Velhice* existente no principio do séc. XX quando se iniciou o *culto da juventude e da aparência física*... Ao se falar de velhice, além do fator biológico e psicológico, Simone de Beauvoir aponta a visão cultural.

Fala-se em pessimismo dos velhos. Mas seguindo meu marido Danilo Perestrello a tal da avareza, do “pão durismo” dos velhos, não é algo nascido com a velhice. Se estudarmos a vida destes “velhos pão-duros” verificaremos que já havia tais traços neles. A velhice apenas, *exacerba traços anteriores*.

Flaubert é um exemplo de pessimismo. Voltaire de otimismo.

Muito se falou sobre a velhice, mas os estudos científicos são da década de 1930. Somente em 1945 é criada a 1ª Sociedade de Gerontologia (nos Estados Unidos) A Gerontologia estuda o *processo de envelhecimento* e não a patologia.

Vou dar um pulo para bem atrás. Em 1904. Freud era muito respeitado como neurologista; mas aquela psicoterapia baseada em suas idéias e denominada Psicanálise não era bem recebida no meio médico. Então, em 1904 ele realiza uma conferência para o meio médico, apontando as características da psicanálise. A conferencia seria publicada em 1905 com o titulo “*Sobre psicoterapia*” (E então contolhes o importante para hoje). Freud cita as contraindicações para o tratamento analítico e entre elas o individuo estar perto dos 50 anos, com 50 ou mais de 50 “pois nestas pessoas falta a elasticidade dos processos mentais e elas não são capazes de modificação”.

Esta idéia de Freud no principio do século XX, continuará até o fim de sua vida; pois em *Análise Terminável e Interminável*, de 1937, referindo-se às barreiras para o êxito de tratamento analítico, ele cita aqueles pacientes com diminuição de plasticidade e da capacidade de mudança, neles os processos mentais e relacionamentos são fixos, rígidos e imutáveis. Aparece a frase importante para nós: “Achamos a mesma coisa nas pessoas muito idosas”.

Além destas afirmações na obra, vou trazer-lhes algo de sua *Correspondência*.

O pessimismo de Freud em relação à velhice, se iniciou após a 1ª grande cirurgia na boca em 1923. Em 1924 só podia trabalhar 6 horas e foram proibidas visitas, para ele

não falar muito. Em 1925 Freud já começa a se queixar da vida; pinçarei os trechos mais importantes:

Em maiô de 1927 para Lou Andréas Salomé confessa que nele se instalou o *aborrecimento da velhice*. Mas em maio de 1935, ainda para ela, é mais enfático: “Qual será o grau de bondade e humor que preciso atingir para suportar o *horror da velhice*? O jardim ali, lá fora, e as flores no quarto estão bonitos, mas a primavera é – como dizem em Viena – uma *farsa*. Sei, finalmente, o que é sentir frio”. No final da carta é mais objetivo: “não espere algo de inteligente de minha parte. Não sei se sou capaz de fazer o que quer que seja – creio que não – mas de qualquer maneira não conseguiria, de tal maneira minha saúde me absorve”.

Conclusão: quanto à noção de *envelhecimento, velhice*, penso que há em Freud: 1º) um preconceito da época quanto à velhice, como algo negativo. 2º) ao falar em *horror da velhice* há nele uma confusão entre estar velho e estar com doença grave e dolorosa.

Outra coisa: quando cita as limitações mentais encontradas na velhice, se esquece que ele-próprio, com cerca de 80 anos, escreve importantes artigos, não somente de grande profundidade, como de quem *rememora* fatos e idéias próprias como no Esquema, Esboço de Psicanálise (An outline of Psychoanalysis) – uma obra em estilo conciso e de grande lucidez, re-ensinando suas idéias.

Mostrei o preconceito contra a velhice influenciando até em nosso Freud e como – felizmente – analistas, mais tarde, em sua clínica, mostraram ele não ter razão.

Agora voltando à definição dos dicionários: inepto, desatualizado e até obsoleto, desejo dizer a vocês que fiz várias palestras sobre *A criatividade no envelhecer* mostrando exemplos de escritores, grandes pintores, artistas e cientistas que produziram *criativamente*: não somente após 65 anos (os 50 anos dos tempos de Freud) como com bem mais de 80 anos.

Neste trabalho desenvolvo idéias sobre a dificuldade de ingerir comida resultando em emagrecimento acentuado. A partir de situações que observei na clínica, associo com a teoria tentando compreender a origem dos sintomas e as implicações para os pacientes e familiares. Por questões de sigilo, optei por não divulgar o trabalho.

Um paciente^{†1}desafiante: *antes* um sobressalto; *durante* uma tensão angustiante; e *depois* uma sensação frustrante.

Marcia Davidovich

Gostaria inicialmente de agradecer o convite feito pelos organizadores do Simpósio Anual do Instituto pela oportunidade de dialogar com vocês sobre situações extremamente desafiantes na minha clínica. Trago hoje o material clínico de João, um paciente que desperta em mim principalmente afetos negativos, tais como raiva e frustração. Incluo na minha exposição breves considerações teóricas que possam ajudar a compreender as minhas inquietações mobilizadas *no* atendimento de João. Minha ênfase neste trabalho é discutir a relevância da análise pessoal e da supervisão, no sentido de viabilizar que estes afetos negativos possam ser transformados em instrumento de trabalho em benefício do paciente.

Encontrei argumentações esclarecedoras, no que concerne às minhas inquietações, no trabalho de Paula Heimann, *Sobre a contratransferência*[‡], de 1949/1950. Ela identificou que “muitos candidatos se assustam e se sentem culpados pelo que vivenciam em relação aos seus pacientes, e tratam em consequência de evitar qualquer resposta emocional” (Heimann, 1949, p. 171). Diante do que considera ser um impedimento para o desenvolvimento do tratamento analítico, Heimann (1949) salienta que “se um analista tentar trabalhar sem consultar seus sentimentos, suas interpretações serão pobres (...). A finalidade da análise pessoal do analista (...) é fazê-lo capaz de [conter] os sentimentos que são suscitados dentro dele em vez de descarregá-los (o que faz o paciente) com o objetivo de subordiná-los à tarefa analítica (p.172)”.

Informações sobre o paciente:

Dados gerais e família: João tem três sessões semanais, é pontual e raramente falta. Iniciou o tratamento em maio de 2008. Tem aproximadamente 30 anos, mora com os pais e um irmão homossexual. Seus pais, apesar de morarem juntos, são separados. João dorme no quarto do pai, pois o pai não se importa com o rádio ligado durante a noite. João diz que o rádio tem que ser com alguém falando, pois se toca música, ele acorda. O irmão dorme no quarto da mãe. É o sexto filho, caçula e temporão. Tem uma relação bem próxima e pueril com a mãe. Não tem muito diálogo com o pai, embora mencione bons momentos na infância em que seu pai o levava para passear. Atualmente diz que o pai só fala por monólogo, tiraniza a casa e

¹Este caso foi trazido no ano passado, na Supervisão entre pares, sendo que as questões suscitadas aqui, ligadas à contratransferência, não foram abordadas anteriormente. A apresentação anterior será disponibilizada para consulta, caso alguém se interesse.

²Trabalho lido no 16º Congresso Internacional de Psicanálise, Zurique, 1949. Publicado em 1950 no *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 31, n. 1/2, p. 81-84.

eventualmente cospe e escarra no chão. Certa vez seu irmão brigou com o pai por isso e quase saíram no braço, sendo que João defendeu o pai por ser mais velho.

Ocupação: Chegou a ficar muitos anos em casa ajudando a mãe em tarefas domésticas, e eventualmente trabalhando com o pai. Diz querer ser músico, mas parece ser mais um sonho infantil do que um projeto de um adulto. Seu primeiro emprego com carteira assinada se iniciou poucos dias após início do tratamento (maio-2008), em um cargo subalterno, onde trabalha atualmente.

Relacionamento afetivo: João muitas vezes fala de amores inacessíveis, e se queixa de que todas as mulheres só o querem como amigo. Afirma que se coloca de forma afeminada diante das mulheres quando se sente inibido.

Amizade: João relata situações da infância em que foi rejeitado por colegas e pessoas do bairro. Tenho a sensação de que João tenta impor sua presença de forma excessiva para ser gostado e acaba tornando-se chato.

Aspectos relevantes:

1) Fobia de borboleta: Afirma ter fobia de borboleta e do número 54. Chegou a gritar durante a sessão ao relatar episódios que envolvem borboletas, batendo de forma nervosa no divã. Sua reação me parece mais uma teatralização do que algo genuíno. Relata que quando acorda, logo após ter sonhado com borboleta, dá soco na cabeça, o que sugere um pensamento concreto e uma dificuldade de simbolização, ou, nos termos de Hanna Segal, uma *equação simbólica*. Certa vez socou a cabeça na minha frente, com raiva por ter sonhado com borboleta, e o fazia com tanta força que me deixou angustiada.

2) Inteligência usada para se exhibir: João é bem articulado e tem um vocabulário rico. Parece usar o seu conhecimento a respeito de filmes, músicas e livros (que não lê, mas conhece os títulos e autores) para mostrar que é culto.

3) Interpretação sentida como proibição: Recebe minhas intervenções que seriam um convite a pensar, como proibições. Exemplo: Certa vez pediu para tirar uma foto minha e eu disse: “Por que será que você quer tirar uma foto minha? Talvez você queira me levar com você, mas é importante que você possa me levar em sua mente”. Na sessão seguinte disse que eu lhe coloquei um trauma e que nunca mais teria coragem de pedir a alguém para tirar foto.

4) Criança que faz birra: Muitas vezes age como uma criança que faz birra, quando discorda ou não gosta de alguma coisa que lhe mostro. Ex: “Certa vez relatou um sonho e ao se referir à sua mãe que o protegia no sonho, disse: então *você... minha mãe* afastou a borboleta...”. Quando, posteriormente, fiz referência ao seu lapso, ele respondeu com veemência e de forma infantilizada: eu sabia que você ia falar do meu ato falho, mas não é nada disso, não foi nada disso”.

5) Obsessivo e controlador: João, eventualmente fala sobre os livros da minha estante e nota quando algum está ausente. Fala da minha roupa, da cor do meu esmalte

(de forma velada). Muitas coisas que conta do seu passado, ele recorda a data exata, dia, mês e ano.

6) Ironia: Repete de forma irônica termos que uso ou se queixa quando fico em silêncio, me deixando sem saída. Quando consigo falar algo diretamente sobre as suas ironias, quando não estou tão ameaçada pela minha raiva, João costuma dar risadas descontroladas, como se fosse uma descarga, e fica extremamente envergonhado. Aqui a supervisão me auxiliou a falar explicitamente sobre as situações que me irritam, o que acaba alterando o padrão que havia se estabelecido anteriormente.

7) Intimidação: Constantemente fala de um assunto que já relatou e questiona, de forma intimidadora, se me lembro de determinado fragmento. Eu chegava a ficar com medo de não lembrar, e talvez ele percebesse, o que fez com que exacerbasse a sua hostilidade em muitos momentos. Por exemplo: “Claro que você lembra, né, o que eu disse na última sessão da semana passada, em relação ao meu comentário com a Mariana?!” Notei que muitas vezes tenho dificuldade em registrar histórias que me conta porque vem logo depois de algum ataque a mim, e meu incômodo ofusca a minha atenção ao seu relato que vem a seguir. Por exemplo: “Bom, parece que tudo o que eu falei não tem a menor importância, mas... continuando, ... então, depois eu voltei pra casa, etc, etc...”

8) Faz do consultório uma lata de lixo: Durante a sessão fica arrancando cutícula e pedaços de pele e jogando no tapete ou no divã, e eu fico irritada. Cheguei a falar que ele quer me comunicar o quanto é difícil para ele ver o seu pai cuspir e escarrar no chão da casa e não poder reclamar. Ele recebe de forma muito agressiva, fazendo com que eu me sinta culpada. Fala que estou dando bronca nele e que nunca mais vai fazer aquilo, mas eventualmente volta a fazer, no meio da sua fala, em momentos em que me sinto sem ângulo para falar a respeito.

Clima geral das sessões:

De um modo geral, a sessão transcorre da seguinte forma: João entra na sessão cabisbaixo e com a postura retraída, parecendo envergonhado. Ao deitar-se no divã, de bruços e olhando para mim, a situação parece mudar. Ele me olha e dá um profundo suspiro alto, como se estivesse em casa. Normalmente inicia a sessão fazendo alguma crítica a mim: ao modo frio como o recebi ou como me despedi no dia anterior. Quando restam cinco minutos pra terminar a sessão (ele controla o tempo) senta-se de pernas cruzadas e coloca a meia suja com chulé ou o tênis encostando a borda no divã. Depois de me atacar bastante durante a sessão, se ausenta com a cabeça baixa e já com um tom de voz alterado, mais afeminado. Cheguei a falar que ele deve ser muito crítico e exigente com ele mesmo e se atacar muito e quando está lá, a crítica e os ataques voltam-se contra mim. E ao mesmo tempo teme que eu o ataque de volta como muitas vezes sente que estou dando um fora.

Com a elaboração da apresentação deste material, e com a ajuda da supervisão, foi ficando mais claro a sua tentativa de estabelecer comigo um jogo sado-masoquista, em que simultaneamente me ataca e tenta fazer com que eu o ataque.

SESSÃO

14-09-09– 2ª feira

João: “Agora tem uma novidade no trabalho. Vou trabalhar em duas lojas. Vai ser mais cansativo, mas pelo menos não vou ter que ficar fazendo tantos trabalhos pessoais para os supervisores. *(Quando eu não falo nada João fica apreensivo. Notei que ele já estava ficando apreensivo e ele acrescentou)*: Bom, estou falando isso pra justificar porquê eu cheguei atrasado e estou tão cansado hoje.

João: Bom, deixa eu ver por onde eu começo... vou começar pela bienal. Esse sábado fui à Bienal com a Mariana. Aí foi aquilo. Eu fiquei abraçando ela e acariciando. E ela faz questão de me chamar de amigo. Se bem que não é tanto quanto a Yara que falava amigo em várias frases. Eu fiquei acariciando muito ela. *(Enquanto João falava, acariciava o braço da minha poltrona o que me irritava profundamente)*. Eu gosto de sentir as gorduras dela. É, são pneus mesmo. Mas eu gosto de ficar sentindo os seus pneus. *(João continuava a acariciar minha poltrona. Eu sentia como se eu fosse obrigada a me submeter ao seu abuso. Pensei que se tratava de um material contratransferencial importante, mas que eu não conseguia dar conta)*.

(Na supervisão surgiu a ideia de usar o recurso do questionamento, o que só poderia ser falado caso eu não estivesse com raiva, senão sairia em tom acusatório. ‘por que será que você fica acariciando a minha poltrona?’). Quando falei isto, numa sessão posterior, João respondeu agressivamente: “Já entendi. Você está falando que eu não posso encostar na sua poltrona. *E complementou com um ar de triunfo*: Estranhei que você não tenha falado antes”. Eu, então, disse que ele desejava que eu ficasse dando bronca nele). *Foi posteriormente pensado que ele faz um acting out durante a sessão, e que naquele momento ele estava, na sua fantasia, acariciando os “pneus da analista”*.

Talvez, da mesma forma que João acaricia a minha poltrona inadequadamente, acaricia a amiga, tornando-se chato, o que pode estar associado à reação da amiga observada a seguir.

João: “Ela me chama de fofi. Jofofi. Uma vez ela me chamou assim e eu disse que era nome de gay e ela passou a me chamar assim. E eu a chamo de Maribruta, porque ela é meio ríspida, sei lá, meio bruta”.

(Aqui foi pensado em o quanto João tenta me colocar no lugar da bruta).

João: “Depois encontramos o ex-namorado dela. Esse mundo é pequeno. Ele trabalha num stand”. *(João começou a falar em tom alto e exaltado)*: “E ele é muito feio, é horrível, parece um retardado, tem aquele dente pra frente” *(João fez boca de dentuço)*. “É muito esquisito, muito feio. Não sei como a Mariana namorou ele. Ela demorou uns trinta minutos pra voltar ao normal, pra se recuperar depois de

encontrá-lo. E ela disse que estava se apaixonando por ele, quando ele terminou com ela. E disse que eu a ajudei muito nesse momento, que eu fui um super amigo. Eu fui um estepe. Quer dizer estepe não, é outra palavra”...

(Depois ele silenciou. Eu supunha que ele devia estar chateado por eu não ter falado nada, mas eu pensava que não sabia o que falar. Depois de alguns minutos, ele disse em tom contrariado):

João: “Imagino que tudo o que eu disse até agora...”

T: “Não tem a menor importância pra análise” *(frase recorrente usada por João. Eu o imitei para tentar mostrar a sua crítica a mim de forma descontraída, através do humor).*

João sorriu brevemente e logo retomou o tom agressivo: “Finalmente você falou”. “Não tenho mais o que falar”.

T: “Mas parece que se eu não falo, você sente como se eu não estivesse dando importância pra você, pras coisas que você fala”.

João: “não está dando mesmo”.

T: “Se eu não falo, você se sente impedido de continuar falando”. *(Penso que eu poderia parar por aqui, mas continuei falando, talvez sob a pressão da contratransferência).* “Parece que nesses momentos você se sente misturado comigo, como se você estivesse fundido comigo.

João repetiu ironicamente: “ fundido... eu tô é fundido sem o n... Após uns instantes, João afirmou: O gato comeu a sua língua”. Permaneci em silêncio.

João: “Eu lembrei de duas coisas agora... aliás lembrei de outra coisa que você passou batida e não deu a menor importância... mas enfim,... essas duas coisas que eu lembrei são que...”.

João costuma fazer isso, faz uma crítica violenta e rapidamente emenda outro assunto, de modo que fico com dificuldade em prestar atenção ao que ele fala a seguir. Nesse momento, apesar da raiva, decidi sufocar meu afeto e ouvir, pois a hora estava terminando. Mas parece que não funcionou, pois no momento de redigir a sessão, logo após o seu término, me esqueci completamente do que se tratavam as tais duas coisas.

Posteriormente, na supervisão, foi identificado que talvez o mais importante não teria sido trabalhar o conteúdo das tais duas coisas, mas privilegiar a forma como ele muda de assunto logo depois de me fazer um ataque para me manipular e evitar entrar em contato com o que faz. E assim, poder mostrar-lhe isto de alguma forma.

Conclusão:

Penso que o fato de eu ter me dedicado a escrever o presente trabalho a respeito deste desafiante paciente evitou que a situação analítica se enveredasse para um impasse. Pude identificar que eu fazia interpretações elaboradas e distantes e que estas eram, muitas vezes usadas por mim como veículo para revidar os ataques de João. Este, por sua vez, com sua esperteza que lhe é peculiar, repetia ironicamente os

termos rebuscados, desmoralizando-me, e assim me atacava de volta. Ficava assim estabelecido um padrão de ataques e contra-ataques, velados e disfarçados, com sucessivos enactments da minha parte.

Recorrendo brevemente à teoria, Hanna Segal (1998) mostra que o conceito de transferência evoluiu da ideia, no passado, de projetar *no* analista para a ideia de projetar *para dentro* do analista. O primeiro refere-se a percepções errôneas do paciente em relação ao analista. O segundo admite que, de alguma maneira, que a projeção afeta a mente do analista. Irma Pick (1985), salienta que os pacientes não apenas projetam para dentro do analista, mas, mais do que isso, os pacientes são especialmente habilidosos em projetar em aspectos específicos do analista. Por exemplo, no seu desejo de ser mãe; no desejo de ser o detentor do todo o conhecimento; nas tendências sádicas do analista. E acima de tudo, o paciente projeta na culpa do analista.

Articulando esta ideia de Pick (1985) com o material de João, penso que ele percebeu o fato de eu ser iniciante (ele foi meu primeiro paciente) e deve ter notado o meu recurso inicial, de lançar mão de termos rebuscados, como uma atitude defensiva que abrange: mostrar serviço, mostrar conhecimento, afastar-me dos afetos suscitados por ele, culpa por atendê-lo sendo inexperiente, etc. Assim, João começou a repetir estes termos de forma irônica, projetando nestes meus aspectos mais fragilizados. Anteriormente, suas imitações me davam raiva, e eu passava por cima delas. No momento em que pude falar diretamente sobre isto, e falar sobre a agressividade por trás da ironia, ele manifestou acessos incontroláveis de riso. Recentemente ele disse que estava na internet e apareceu a palavra “vicissitude”, então se lembrou de mim e começou a rir e disse que sempre que vir esta palavra vai rir (Isto foi dito de forma amistosa). Eu soltei uma risada espontânea diante de seu comentário – um enactment, talvez? Assim, eu estava rindo junto com ele, e mais especificamente, *rindo de mim junto com ele*. Portanto, parece que nem ele estava tão assustado com os seus aspectos destrutivos – como demonstrava inicialmente com a sua risada descontrolada e envergonhada, e tampouco eu estava tão vulnerável pelas minhas fragilidades.

É interessante notar, portanto, que as sessões seguintes à elaboração deste trabalho transcorreram de modo bastante distinto, ao menos no que se refere ao meu desempenho. Consigo falar mais livremente a respeito dos ataques de João sem ficar tão ameaçada. Algumas vezes chego a reagir aos seus ataques com uma dose de ironia no intuito de espelhá-lo e suavizar a forma de mostrá-lo o que faz. Ele normalmente responde com risos envergonhados e o padrão se modifica. Embora ele mantenha as suas defesas (em forma de ataque), já que uma mudança psíquica leva tempo, penso que foi possível perceber com mais clareza o lugar que ele tenta me colocar – numa relação hostil com o pai, e “fundida sem o n” com a mãe. Com isso pude flexibilizar a minha conduta, tornando-a menos defensiva e mais terapêutica, ou, por assim dizer, mais analítica. Pois como afirma Winnicott (1949), em seu texto *O ódio na*

contratransferência: “por mais que (...) [o analista] ame seus pacientes, não pode evitar odiá-los e temê-los e quanto melhor ele souber disto, menos o ódio e o temor determinarão suas ações sobre os pacientes (p. 342)”.

Referências bibliográficas:

- Heimann, P (1950). On counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 31, n. 1/2, p. 81-84. (Trabalho lido no 16º Congresso Internacional de Psicanálise, Zurique, 1949).
- Pick, I (1985). Working through in the countertransference. In: Schafer, R. (1997) *The contemporary kleinians of London*. Madison, CT: International Universities Press. (Versão revisada do artigo inicialmente publicado em 1985, no International Journal of Psycho-Analysis, 66: 157-66).
- Segal, H. (1998). Usos e abusos da contratransferência. In: _____. *Psicanálise, literatura e guerra*: artigo 1972-1995. Rio de Janeiro: Imago, p. 121-129.
- Winnicott, D. (1949) O ódio na contratransferência. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 30. Baseado no trabalho lido para a British Psycho-Analytical Society em 1947.