

# Entrevistas

Bernard Chervet<sup>1</sup>

Elizabeth Lima da Rocha Barros<sup>2</sup>

Harvey Schwartz<sup>3</sup>

---

**1) Quais são os desafios que você está enfrentando na sua experiência clínica em tempos de pandemia, em que o traumático se impôs para a díade analista-analisando?**

**Bernard Chervet**

**O conflito entre a simetria imposta pelo contexto e a dissimetria inerente à situação analítica.**

Na condição de seres humanos, analistas e pacientes estão compartilhando um mesmo contexto que exige ser considerado e que se impõe não só em suas vidas, mas também em sessão, conforme uma lógica peculiar: um *retorno do exterior*.

Trataremos mais adiante deste efeito de retorno do exterior que permite supor que os perigos ligados ao vírus vieram revelar uma função da situação

---

1. Analista Didata da Sociedade de Paris. Ex-presidente da SPP. Representante no Board da IPA para o Congresso De Psicanálise de Língua Francesa. (Língua original: 1. Membre titulaire et formateur de la Société Psychanalytique de Paris (SPP). Ancien président de la SPP. Représentant au Board (Conseil d'administration) de l'IPA pour le Congrès des Psychanalystes de Langue Française (CPLF)).

2. Elizabeth Lima da Rocha Barros, Analista Didata e Supervisora da SBPSP, Fellow da Sociedade Britânica de Psicanálise e de seu Instituto, Psicanalista de Crianças pela Sociedade Britânica de Psicanálise, D.E.A. em Psicopatologia Clínica pela Sorbonne, França, Psicoterapeuta de Crianças e Adolescentes pela Tavistock Clinic; autora de vários artigos sobre simbolismo e representação.

3. Analista Didata da Associação Psicanalítica de Nova Iorque e do Centro de Psicanálise da Filadélfia. Produtor do podcast da IPA Psychoanalysis *On and Off the Couch*. Editor do *The Jewish Thought and Psychoanalysis Lectures* (2020). (Língua original: Training and Supervising Analyst at Psychoanalytic Association of New York and The Psychoanalytic Center of Philadelphia. Producer of the IPA podcast Psychoanalysis On and Off the Couch. Editor The Jewish Thought and Psychoanalysis Lectures (2020)).

analítica: aquela que consiste em recusar os perigos externos para se dedicar mais à origem interna das angústias e modificá-las. Essa recusa pode efetivamente ser usada, como no trabalho do sonho, para pôr a qualidade traumática a serviço da mentalização ou, ao contrário, para suprimir aquilo que se manifesta, na vida interna inconsciente, pelas diversas angústias.

A pandemia revela, assim, uma recusa preexistente e ignorada pelos dois protagonistas da situação analítica, o que lhe confere o valor de romper a recusa. A pandemia acaba por revelar uma recusa coletiva, por parte da civilização ocidental, que se caracteriza por uma *amnésia* geral das pandemias e por subestimar o perigo potencial destas no momento em que começam.

O contexto social e a mentalidade grupal sustentam, geralmente sem que percebamos, a recusa do traumático. Por vezes, ao contrário, o *socius* se impõe e invade as sessões, a ponto de modificar nossa clínica ou até mesmo de impedi-la.

A linguagem como tal faz parte do cultural coletivo, pertence à positividade do manifesto. Por sua própria natureza, ela sustenta uma recusa em massa das tendências descritas por Freud em *Além do princípio de prazer*. Trataremos disso mais adiante.

A situação atual corresponde a uma ruptura da recusa. Revela que, no Ocidente, compartilhávamos anteriormente uma recusa do risco de que novas grandes epidemias pudessem devastar a humanidade. O vírus e a pandemia adquirem, portanto, valor de *interpretação selvagem* dessa recusa grupal.

No século XX, no Ocidente, a cultura coletiva, o “supereu cultural”, abraçou a indignação contra as guerras e os genocídios, não só pela mortalidade em massa, mas também por se tratar do homem contra o próprio homem, alcançando sua desumanização.

Com os avanços da medicina, instalou-se uma recusa das doenças contagiosas, mesmo quando esta recusa poderia ter sido posta em xeque por doenças muito concretas, cujo contágio pôde felizmente ser limitado e mais ou menos controlado. Manteve-se também a recusa mesmo quando, todos os anos, a realidade das gripes sazonais e sua letalidade poderiam tê-la rompido. Não foi o caso!

A OMS divulga anualmente o número de mortes por sarampo, gripes, AIDS etc., mas a recusa é mais poderosa que todas essas informações. Daí o despreparo de nossas sociedades e de nossas políticas de saúde.

Há o risco de que essa recusa logo volte a se instalar após a pandemia atual ou que se desloque para outros perigos. Na verdade, toda quebra de uma recusa pode servir para reforçar outra, voltada para outros objetos, como, por exemplo, as questões do clima, da poluição, da extinção dos recursos naturais.

Assim, ambos, analistas e pacientes, sofrem o efeito traumático provocado pela ameaça de uma doença contagiosa contra a qual os seres humanos estão atualmente desprotegidos, uma vez que não existe tratamento específico e o contágio é rápido e elevado. Manifesta-se em cada um de nós uma neurose traumática que tenta se organizar em fobia, designando o vírus como objeto fóbigeno e as medidas de proteção como condutas antifóbicas. Todas as precauções e instruções, o distanciamento dos corpos, visam tão somente a distribuir no tempo o número de pacientes que necessitarão de cuidados intensivos. Não impedem o adoecimento, não visam à cura.

Na Europa, depois de dois meses e meio de intensa propagação do vírus e, em alguns países, depois de dois meses de confinamento mais ou menos radical, descobrimos que a curva do comportamento do vírus é uma curva típica (em forma de sino) e que sua letalidade não é maior do que a de outras gripes, desde que sejam obedecidas as medidas “barreira” e adotada uma estratégia de triagem desde os primeiros sintomas, com isolamento e tratamento das pessoas contagiosas e uso de antivirais associados a antibióticos, a fim de conter os riscos de complicações respiratórias de maior gravidade e letalidade.

É somente se for adotada essa estratégia de cuidados que o índice de letalidade cai para 0,5% ou mesmo 0,7%, mantendo-se mesmo assim acima dos habituais índices registrados nas gripes anuais (cerca de 0,1%). Portanto, o medo é legítimo, mas também é sobrecarregado de angústias assim dissimuladas. Medo e fobia se tornam inextricáveis.

Nos últimos meses, os analistas e seus pacientes viveram sob essa ameaça intensa, sem saber o grau de periculosidade desse vírus, e com a realidade do anúncio diário do número de mortes. Prevaleram o medo, a ameaça e a privação, junto com a insegurança, a imprevisibilidade, a incerteza e, acima de tudo, o desconhecimento.

Atualmente, o medo está instalado, e, embora a epidemia esteja perdendo força e o confinamento sendo flexibilizado, leva tempo para vencermos a agorafobia que se organizou a partir de uma teoria psíquica baseada em uma distribuição geográfica e pautada pelas instruções de isolamento e confinamento: exterior = perigo, interior = segurança.

A esse contexto epidêmico, soma-se o contexto midiático. Tanto o analista quanto o paciente estão expostos a um fato social contemporâneo vinculado à invenção e ao uso das redes sociais, através das quais circulam todo tipo de informação e opiniões múltiplas e contraditórias, misturando-se sem discriminação possível.

As informações se referem tanto ao número de mortes diárias quanto aos avanços no conhecimento, ao anúncio precipitado de possíveis descobertas de novos tratamentos, a hipóteses etiológicas contraditórias e mais ou menos suspeitas etc. Todas essas informações são geralmente divulgadas de forma precipitada e desmentidas logo em seguida, em um ritmo constante de alternância entre esperanças e decepções.

A profusão e a flutuação dos conteúdos dessas informações inevitáveis são um fato clínico que se manifesta em sessão e contribui para a exacerbação da neurose traumática. Cria-se assim um clima de alvoroço, até mesmo de suspeitas e interpretações, além de polêmicas sobre as melhores estratégias para combater o Covid-19.

Diante de nossa ignorância e na era da pós-verdade, todas as teorias médicas, todos os saberes animistas e populares, todas as informações falsas circulam de maneira equivalente e se tornam “virais”. Os governos mudam de opinião ao sabor das notícias apresentadas como científicas. A confiança é embotada em proveito de várias suspeitas afirmadas como verdade. São midiatisados os conflitos entre políticos, cientistas e profissionais. A velocidade de propagação do vírus não é a mesma dos ensaios clínicos e das pesquisas sérias. Há polêmicas inflamadas sobre tratamentos, uso de máscaras, álcool-gel, respiradores, testes, saída do confinamento etc.

Em sessão, o analista e o paciente compartilham essa situação clínica dominada pela lógica da neurose traumática, desencadeada pela mesma ignorância, pelas mesmas medidas de proteção e pela mesma dinâmica do complexo de castração. Aparecem assim, nas associações, o “visto” e o “ouvido” que compõem esse complexo, isto é, a ameaça (adoecer) e sua realização (número de mortos). Trata-se, portanto, de uma situação psíquica generalizada, mas particularmente induzida e exacerbada pela situação atual, o que resulta para o analista na dificuldade de seguir as lógicas do psiquismo e encontrar um equilíbrio sutil entre levar em conta a realidade externa imposta e as realidades psíquicas induzidas que usam o perigo externo para se reificar e se justificar.

O desafio mais aparente para o analista refere-se, portanto, ao risco de simetriação dos papéis ocupados por cada um dos protagonistas na situação analítica, sob a influência da neurose traumática, com o perigo de transformar as sessões em conversas sobre a realidade da epidemia, designada como a única fonte do traumático. A sessão se torna então o lugar de uma repetição antitraumática tanto para o paciente quanto para o analista.

Na verdade, a dissimetria é mantida a partir do momento em que o analista realiza seu trabalho e pensa a qualidade traumática como uma realidade interna particularmente mobilizada pelo contexto externo, portanto, baseada em correlações entre interno e externo, entre passado e atualidade. Muitas lembranças e sonhos poderão então ser trabalhados em sessão. Sem dúvida, as lembranças e os sonhos são fortemente imbuídos de qualidade traumática; a repetição, a intensidade, o apelo ao quantitativo, a tendência a se tornar pesado são qualidades que estarão muito pregnantes.

Lembranças genéricas da infância serão despertadas com os acidentes, as doenças infantis, as dispensas escolares e os confinamentos em casa por risco de contágio, a falta que fazem os colegas e as brincadeiras infantis; bem como muitas outras lembranças mais pessoais, específicas de cada paciente e relacionadas com a proximidade dos familiares, o medo de doenças na família, os tratamentos, as teorias sobre a medicina e os medicamentos, a relação com o corpo doente, as teorias sobre a onipotência da mãe que alimenta e o seu oposto, a imagem da mãe fatal que adocece seus filhos; todas as teorias e fantasias sobre contaminação e contágio que alimentam as histórias infantis etc.

Dessa maneira, a transferência negativa irracional também é fortemente mobilizada. O apelo é dirigido à onipotência da Grande Mãe e do Super Pai. Mas a crença nessas imagens é gravemente abalada, o que explica as reivindicações dirigidas a governos, médicos, cientistas, psicanálise. Isso explica também as transferências de raiva, reprovações, tristeza, abandono, confusão.

Todo esse trabalho pode impedir, felizmente, que permaneçamos enredados na repetição da neurose traumática, mesmo que esta constitua atualmente a base de tudo o que acontece durante as sessões. É possível trabalhar sobre as implicações da vida psíquica nesses vários sentimentos e experiências. Por isso, o interesse pelo nosso trabalho se mantém intacto.

Uma das maiores dificuldades para o analista reside em levar em consideração a diferença de velocidade entre a epidemia, a disseminação de informações contraditórias e o trabalho psíquico, que requer um período de latência para que se efetue de acordo com as leis psíquicas do processo do *après-coup*. A importância da dinâmica em dois tempos desse processo deve ser respeitada pelo analista, o qual se confronta de forma mais imediata que de costume com a latência de suas interpretações e a verbalização dos vários desejos relacionados com a latência e recalcados em favor da repetição traumática. As interpretações se referem então ao desejo de colocar em latência esse traumático cotidiano, de esquecer, de descansar dos medos continuamente despertados, de retornar ao

mundo de “antes”, de dormir e sonhar com outro mundo, um mundo do “após”, livre da qualidade traumática, um mundo de recusa...

### **Bernard Chervet (Língua original)**

#### **1) Quels sont les défis auxquels vous êtes en train de faire face dans votre expérience clinique en temps de pandémie, où le traumatique s'impose pour la dyade analyste et patient?**

#### **Le conflit entre la symétrisation imposée par le contexte et la dissymétrie inhérente à la situation analytique.**

En tant qu'êtres humains, analystes et patients partagent un même contexte qui exige d'être pris en compte et qui s'impose à eux dans leur vie mais aussi en séance selon une logique particulière: un *retour du dehors*.

Nous reviendrons plus loin sur cet effet de retour du dehors qui laisse deviner que les dangers liés au virus sont venus révéler une fonction de la situation analytique, celle de dénier des dangers externes afin de mieux prendre en compte l'origine interne des angoisses et de les modifier. Ce déni peut en effet être utilisé, comme dans le travail de rêve, afin de mettre la qualité traumatique au service de la mentalisation ou au contraire afin de réprimer ce qui dans la vie interne inconsciente se manifeste par les diverses angoisses.

La pandémie est donc une révélatrice d'un déni qui lui pré-existait et était ignoré par les deux protagonistes de la situation analytique; d'où sa valeur de briseur de déni.

Elle s'avère être la révélatrice d'un déni collectif qui concerne la civilisation occidentale et qui se caractérise par une *amnésie* majeure des pandémies et une sous estimation de leur potentiel danger au moment où elles débutent.

Le contexte social et la mentalité de groupe soutiennent généralement sans que nous y prêtions attention, le déni du traumatique. Parfois au contraire, le socius s'impose et envahit les séances au point de modifier notre pratique, voire de l'interdire.

La langue en tant que tel fait partie du culturel collectif. Il appartient à la positivité du manifeste. Par sa nature même, il soutient un déni de masse des tendances décrites par Freud dans "Au-delà du principe de plaisir". Nous y reviendrons.

La situation actuelle est celle d'un bris de déni. Elle révèle qu'en occident, nous partagions auparavant un déni du risque que de nouvelles grandes épidémies puissent ravager l'humanité. Le virus et la pandémie ont donc valeur *d'interprétation sauvage* de ce déni de masse.

Au 20ème siècle, en occident, la culture collective, le «surmoi culturel», a pris à son compte l'indignation face aux guerres et aux génocides du fait de la mortalité de masse mais aussi du fait qu'il s'agit de l'homme contre l'homme jusqu'à sa déhumanisation.

Avec les progrès de la médecine s'est installé un déni des maladies contagieuses, alors même que ce dernier aurait pu être remis en cause par certaines maladies très concrètes dont la contagiosité a pu heureusement être limitée et plus ou moins jugulée. Ce déni s'est maintenu alors qu'il aurait pu aussi, chaque année, être levé par la réalité des grippes saisonnières et de leur létalité. Ce n'est pas le cas !

Chaque année l'OMS diffuse le nombre des morts liés à la rougeole, à la grippe saisonnière, au Sida, etc. Mais le déni est plus puissant que toutes ces informations; d'où l'impréparation de nos sociétés et de nos politiques de santé.

Le risque existe que ce déni soit très vite réinstallé après la pandémie actuelle ou qu'il se reporte sur d'autres dangers. En fait, comme tout bris de déni il peut être utilisé afin d'en renforcer un autre portant sur d'autres objets, par exemple la question du climat, de la pollution, de l'épuisement des ressources.

Analystes et patients sont donc tous les deux concernés par l'effet traumatique provoqué par la menace d'une maladie contagieuse vis-à-vis de laquelle les êtres humains sont actuellement démunis puisqu'il n'existe pas de traitement spécifique et que la contagiosité est rapide et élevée. Est convoquée chez tout un chacun une névrose traumatique qui tente de s'organiser en phobie désignant le virus comme objet phobogène et les mesures barrières en tant que conduites anti-phobiques. Toutes les précautions et consignes, la distanciation des corps, ont pour seul but d'étaler dans le temps le nombre de patients atteints nécessitant des soins intensifs. Elles n'empêchent pas de tomber malade, elles n'ont pas pour but de guérir.

En Europe, après deux mois et demi de diffusion intense du virus, et pour certains pays après deux mois de confinement plus ou moins radical, nous avons appris que la courbe de vie du virus est une courbe classique (dite "dromadaire", c'est à dire avec une seule bosse) et que la létalité du virus n'est guère plus élevée que celle d'autres grippes à condition de respecter les mesures "barrières" et une stratégie de dépistage dès les premiers symptômes, avec isolement et traitement des personnes contagieuses et utilisation d'anti-viraux associés à des macrolides afin de juguler les risques de complications respiratoires qui sont particulièrement graves et létales.

En suivant une telle stratégie de soin, et seulement à cette condition, la létalité tombe à 0,5% voire 0,7%, ce qui reste néanmoins plus élevé que les taux

habituels pour les gripes qui ont lieu chaque année (environ 0,1%). La peur est donc tout à la fois légitime mais elle est aussi surchargée d'anxiétés ainsi dissimulées. Peur et phobie deviennent inextricables.

Durant ces derniers mois les analystes et leurs patients ont vécu sous cette menace intense, ne sachant pas le degré de dangerosité de ce virus, et sous la réalité journalière de l'annonce du nombre de morts. La peur, la menace, la privation ont dominé avec l'insécurité, l'imprévisibilité, l'incertitude et surtout l'ignorance.

Actuellement la peur est installée, et alors que l'épidémie est entrain de s'éteindre d'elle-même et que le déconfinement est en cours, il faut du temps pour arriver à sortir de l'agoraphobie qui s'est organisée à partir d'une théorie psychique basée sur une distribution géographique étayée sur les consignes d'isolement et de confinement: extérieur = danger, intérieur = sécurité.

Il convient d'ajouter à ce contexte épidémique, le contexte médiatique. Analyste et patient sont soumis tous deux à un fait social contemporain lié à l'invention et l'utilisation des réseaux sociaux par lesquels circulent toutes sortes d'informations et d'opinions multiples et contradictoires se mélangeant sans discrimination possible.

Ces informations portent tout autant sur le nombre de morts journaliers, sur les avancées de la connaissance, sur l'annonce prématurée d'éventuelles découvertes de nouveaux traitements, sur des hypothèses étiologiques toutes contradictoires et plus ou moins soupçonneuses, etc. Toutes ces informations sont diffusées de façon très souvent précipitée puis elles sont démenties aussi vite, suscitant un rythme soutenu d'alternances entre espoirs et déceptions.

L'abondance et la fluctuation de ces contenus d'informations inévitables est un fait clinique qui vient se manifester en séance et qui participe à augmenter la névrose traumatique.

Se crée ainsi une atmosphère de désarroi, voire de soupçons et d'interprétations, et de polémiques portant sur les meilleures stratégies de lutte contre la Covid-19.

Face à notre ignorance et à l'époque de la post-vérité, toutes les théories médicales, tous les savoirs animistes et populaires, toutes les fausses informations circulent de façon équivalentes et deviennent « virales ».

Les gouvernements changent d'opinion au gré des annonces présentées comme scientifiques. La confiance est émoussée au profit de diverses suspicions affirmées comme vérité.

Les conflits sont médiatisés entre politiciens, scientifiques et praticiens. La vitesse de la propagation du virus n'est pas la même que celles des essais



cliniques et des recherches sérieuses. Des polémiques s'enflamment sur les traitements, sur les masques, le gel, les respirateurs, les tests, le déconfinement, etc.

En séance, analyste et patient partagent cette situation clinique dominée par les logiques de la névrose traumatique sollicitée par la même ignorance, les mêmes mesures de protection et la même dynamique du complexe de castration. Se présentent ainsi dans les associations les “vu” et “entendu” composant ce complexe, c'est à dire la menace (tomber malade) et sa réalisation (nombre de morts). Il s'agit donc d'une situation psychique générique mais particulièrement sollicitée et exacerbée par la situation actuelle; d'où la difficulté pour l'analyste de suivre les logiques du psychisme et de trouver un subtil équilibre entre la prise en compte de la réalité externe qui s'impose et les réalités psychiques sollicitées qui utilisent le danger externe pour se réifier et se justifier.

Le défi le plus apparent pour l'analyste porte donc sur le risque de symétrisation des rôles occupés par chacun des protagonistes au sein de la situation analytique sous l'influence de la névrose traumatique avec le risque de transformer les séances en conversation sur la réalité de l'épidémie désignée comme seule source du traumatique. La séance devient alors le lieu d'une répétition anti-traumatique tant pour le patient que pour l'analyste.

En fait l'asymétrie est maintenue dès que l'analyste fait son travail et pense la qualité traumatique comme une réalité interne particulièrement sollicitée par le contexte externe, donc basée sur des corrélations entre interne et externe, entre passé et actualité.

Pourrons alors être travaillés en séance de nombreux souvenirs et des rêves. Certes les souvenirs et les rêves sont-ils fortement imbibés de la qualité traumatique; la répétition, l'intensité, l'appel au quantitatif, la tendance à devenir des cauchemards seront des qualités très prégnantes.

Des souvenirs d'enfance génériques seront convoqués avec les accidents, les maladies infantiles, les dispenses d'école et les confinements à la maison pour risque de contagiosité, du manque des camarades et jeux d'enfants, et bien d'autres plus personnels, spécifiques à chaque patient concernant la proximité avec les membres de la famille, la peur des maladies au sein de la famille, les méthodes de soin, les théories sur la médecine, sur les médicaments, le lien au corps malade, les théories sur la toute-puissance de la mère nourricière et son contraire, l'imgo de la mère fatale qui donne la maladie à ses enfants ; toutes les théories et fantasmes sur la contamination et la contagion qui alimentent les contes de l'enfance, etc.

Par ce biais, le transfert négatif irrationnel est aussi vivement sollicité. L'appel se tourne vers la toute-puissance de la Grande mère et du Super père.

Mais la croyance en ces imago est fortement entamée. D'où les revendications envers les gouvernements, les médecins, les scientifiques, la psychanalyse. D'où les transferts de colère, de reproches, de tristesse, d'abandon, de désarroi.

Tout ce travail permet très heureusement de ne pas rester empêtré dans la seule répétition de la névrose traumatique, même si elle constitue actuellement le fond de tout ce qui se passe pendant les séances. Il est possible de travailler sur les implications de la vie psychique dans ces divers sentiments et éprouvés. Aussi l'intérêt pour notre travail reste-t-il intact.

Une des difficultés majeure pour l'analyste réside dans la prise en compte de l'écart des vitesses, entre celle de l'épidémie, celle de la diffusion des informations contradictoires et celle du travail psychique qui nécessite un temps de latence pour se réaliser selon les lois psychiques du procès de l'après-coup. L'importance de la dynamique en-deux-temps de ce procès doit être respectée par l'analyste qui se trouve confronté plus immédiatement qu'à l'accoutumé par la mise en latence de ses interprétations et par la verbalisation des divers souhaits portant sur la mise en latence et refoulé au profit de la répétition traumatique. Les interprétations portent alors sur le souhait de mettre en latence ce traumatique quotidien, d'oublier, de se reposer des craintes continuellement éveillées, de revenir au monde d'"avant", de dormir et de rêver d'un autre monde, celui d'un "après" exempt de la qualité traumatique, un monde du déni, etc.

### **Elizabeth Lima da Rocha Barros**

Acho que é bom lembrarmos que, do ponto de vista sociológico, estamos vivendo um dos três acontecimentos traumáticos que são catalisadores de grandes mudanças na humanidade: as Guerras, as Revoluções e as Epidemias. Nestas situações, perdemos o que Kaës chamou de *garantidores metapsíquicos* usuais, a saber, as estruturas de enquadramento que regulam os processos da vida social. Os indivíduos têm, então, suas subjetividades ameaçadas por uma realidade catastrófica.

Assim, na pandemia, o *traumático social* que se impôs para a díade analista-analisando é a vivência de uma situação absolutamente desconhecida até aquele momento, cujas consequências e modificações estarão sendo forjadas neste presente e para os anos vindouros.

Estamos vivendo uma exacerbação da realidade e do tempo presente e é este o contexto da nossa experiência clínica. Temos nesta nova conjuntura o enorme desafio de manter o *setting* analítico de maneira a facilitar o exame da realidade psíquica encoberto hoje pela pungência do traumático objetivo.

Voltando ao tópico do traumático, temos que fazer uma distinção entre situações traumáticas sociais e aquelas de caráter individual. Em minha resposta, vou me concentrar na problemática do trauma individual.

É bom lembrar que uma situação, por mais catastrófica que seja, não será necessariamente traumática para todos os indivíduos no mesmo grau e da mesma maneira. Coloca-se, desde o início, a necessidade de estarmos muito atentos à especificidade com que cada um de nossos pacientes está reagindo a esta situação. Todos os pacientes foram afetados pelos acontecimentos, mas não necessariamente traumatizados, pela pandemia. Esses poderão sê-lo mais adiante pelas consequências desta.

Parece-me haver uma concordância em afirmar que a emoção mais saudável no momento é a do MEDO, já que este pode nos propiciar um contato maior com a natureza da realidade que nos ameaça. Contudo, o medo não pode se transformar em uma visão de mundo e em um convite para abrirmos mão de nossa liberdade mental. O medo nos coloca em contato com nossa extrema vulnerabilidade, fragilidade, finitude e necessita ser metabolizado em suas diversas manifestações.

A vivência destes sentimentos fragilizadores convoca, no mundo interno dos pacientes, o que tenho chamado de *assembleia interna geral de todos os medos*. E, diante destes, quando todos os terrores comparecem juntos com suas agendas individuais, o paciente pode se paralisar, se congelar em sua capacidade de sentir, pensar e representar. É aquilo que chamo, usando uma expressão de Marcelo Viñar, da perda do *metabolismo perpétuo de autoconstrução* que, ao se paralisar, faz com que a pessoa seja invadida e deixe de ser capaz de elaborar (metabolizar) suas experiências emocionais de dor, de medo, de ameaça de morte – tanto sua, quanto de seus entes queridos. *Metabolizar*, neste caso, é elaborar (equivalente a digerir) e separar os significados que contribuirão para o crescimento e serão integrados de forma articulada à vida mental *como estruturas estruturantes* e contribuirão para a geração de pensamento reflexivo, daqueles que tem uma importância secundária ou desorganizadora, podendo, então, ser descartados.

O medo pode se associar a outros terrores paranoides e o paciente passa a temer por sua integridade mental e por sua unidade egoica. O trauma individual geralmente é algo súbito que ultrapassa a capacidade do ego de se defender, podendo produzir um congelamento na capacidade de representar, pensar e elaborar.

Parte dos pacientes vive a ameaça, às vezes de modo intenso, mas não se traumatiza, fica apenas com medo, muito medo, mas se organiza emocional-

mente para enfrentá-lo. Traumas podem ser desencadeados por eventos isolados, dentre os muitos possíveis durante uma pandemia, mas o centro da minha reflexão psicanalítica se concentra no espaço de transição existente entre as causas geradoras do trauma como dano e suas consequências. O trauma que é o foco central da psicanálise é o processo desencadeado, e não simplesmente a injúria específica.

Estou, no momento, mais interessada na maneira através da qual o trauma se mantém enquanto tal, operando como uma estrutura viva, interferindo na capacidade de elaboração do dano ou da dor psíquica. Tenho visto pacientes cujos processos traumáticos foram desencadeados pela ideia de uma proximidade da morte, pelo medo da perda súbita de um ente querido e/ou perda de *status* econômico, ou, ainda, ameaçados por sofrimentos físicos indizíveis, por sufocação e isolamento. Diante destas ameaças, o paciente congela-se em uma posição, torna-se incapaz de representar a natureza da perda que o assombra e perde suas capacidades de simbolizar, algo essencial para pensar.

A função do analista, dentre muitas outras, é a de ajudar (interpretativamente) o paciente a internalizar ou reconstruir a confiança em um objeto interno continente capaz de transformar a experiência emocional em algo pensável. Esse se torna o guardião da esperança, possibilitando que a situação catastrófica seja vista com um começo, um meio e um fim. Estou aqui falando da árdua construção de uma resiliência mental para o enfrentamento do traumático. Isto só é possível se as fantasias inconscientes associadas às perdas potenciais forem cuidadosamente examinadas e elaboradas.

Acredito ser verdade igualmente para pacientes e analistas que, quem souber sofrer, quem digerir este momento doloroso, quem for capaz de sentir a tristeza, a dor e criar uma intimidade com seus sentimentos de medo, de dor, de solidariedade, serão aquelas pessoas que se sairão melhor desta crise. Para superá-la, seremos forçados a desenvolver uma plasticidade de sentimentos. Não exagero, penso eu, ao dizer que, antes desta pandemia, pareceria que éramos encorajados a vivenciar nossos sentimentos – vigentes no mundo pré-pandemia – em uma lógica emotiva excitada do “ou / ou”: tristeza ou alegria. Em um clima de excitação, sempre predomina a cisão. Diante da ameaça atual, a resposta sadia seria baseada na contextualização, promotora da integração do Ego. Ela propicia aos pacientes vivenciarem tanto a alegria, sempre que estiver presente, quanto a tristeza diante do desmonte de certa realidade vivida até aqui. Ou seja, duas lógicas *simultâneas* passariam a atuar. Diríamos então que a lógica do “ou / ou” seria substituída pela lógica do “e / também”, alegria e tristeza, por exemplo.

Uma observação constante sobre a mudança do mundo depois desta pandemia é a ideia esperançosa de que sairemos desta com mais compaixão, humildade, solidariedade, com maior noção da importância do coletivo, maior confiança na Ciência e na Racionalidade, pois destas dependemos para nossa sobrevivência. Será que isto ocorrerá? Como enxergar a verdade deste momento; não ficar na paranoia de encontrar um culpado, seja a China ou o vizinho; não se fechar em uma hiper-individualização ou em nosso narcisismo serão temas com os quais a Psicanálise pode colaborar no nível da Sociedade e no interior de cada um de nós. Precisamos recuperar nossa capacidade de sonhar, nossa imaginação e liberdade mental.

### **Harvey Schwartz**

Um enquadre psicanalítico existe na mente da psicanalista. É uma presença que ela oferece ao analisando para que eles cocriem um enquadre psicanalítico diádico único. O enquadre cresce para se tornar um estado mental compartilhado que pertence, simultaneamente, de forma distinta, a cada um dos cocriadores.

Uma característica desse enquadre é que ele nasce da simultaneidade do literal e do metafórico – é, ao mesmo tempo, real e imaginado. Os analisandos que conseguem chegar a conhecer a simultaneidade passado/presente podem compreender que até o real é criado a partir da ilusão e que o metafórico surge a partir do real. Ambas as representações derivam de nossas mentes funcionando como criadoras de formações de compromisso.

As quatro questões colocadas abordam, todas elas, de diferentes ângulos, essa condição ilusória, e nos desafiam a pensar mais profundamente a respeito de nossas suposições.

A primeira pergunta é sobre nossos desafios atuais “nos quais o traumático se impôs à díade psicanalista/analisando”. Esta afirmação, na minha opinião, se debruça sobre um aspecto do enquadre de uma maneira que, em alguma medida, faz colapsar a oportunidade de simbolização. Ela decide que há um trauma se impondo – uma imposição que define o destinatário como desamparado. É claro que sabemos que “trauma”, por sua própria definição, impõe-se em nossas mentes, pois é isso que o define como trauma – um estímulo que excede a capacidade do nosso ego de metabolizar. Minha clínica inclui vários médicos que estão trabalhando na linha de frente desta crise de saúde. Eu não diria – e eles tampouco –, nem eles demonstram, que o funcionamento do seu ego está sendo sobrecarregado. O que estamos aprendendo juntos é que essa situação de circunstâncias complexas e assustadoras está despertando seus estilos caracte-

risticamente defensivos, o que, por sua vez, está nos dando a oportunidade de aprender mais profundamente sobre as contribuições genéticas e identificatórias para esses traços de caráter. Eles não estão sob o domínio do trauma; estão processando estímulos por meio de seus modelos neuroticamente organizados e engajando-se em um processo de aprendizado sobre si mesmos e sobre seu passado percebido.

Quanto à questão de “que desafios você está enfrentando?” – o mais desafiador está no trabalho com pacientes limitados por suas tendências para o estritamente literal. Para eles, essa situação ruidosa aprofunda sua indiferenciação com o externo e desvia ainda mais sua atenção da imaginação. Dito de outra forma, para pacientes que têm essa inclinação, a simetria analítica dos perigos da pandemia funciona no sentido de obscurecer sua capacidade de fantasiar, que seria reconhecível através do envolvimento com a assimetria analítica.

### **Harvey Schwartz (Língua original)**

#### **1) What challenges are you facing in your clinical experience in these times of pandemics, in which the traumatic imposed itself upon the psychoanalyst/analysand dyad?**

A psychoanalytic frame exists in the mind of the psychoanalyst. It is a presence that she offers the analysand in order for them to come to co-create a unique dyadic psychoanalytic frame. The frame grows into a shared state of mind that simultaneously belongs in distinct form to each of the co-creators.

A characteristic of this frame is that it is born out of the simultaneity of the literal and the metaphoric – it is both real and imagined. Those analysands who can come to know the concurrence of past/present can appreciate that even the real is created from illusion and the metaphoric arises from the actual. Both representations derive from our minds functioning as creators of compromise formations.

The four questions posed all approach this illusory condition from different angles and challenge us to think more deeply about our presumptions.

Question one asks about our current challenges “in which the traumatic imposed itself upon the psychoanalyst/analysand dyad.” This statement, in my view, leans into one aspect of the frame in a fashion that somewhat collapses the opportunity for meaning. It decides that there is a trauma imposing itself – an imposition that defines the recipient as helpless. Of course, we know that ‘trauma’ by its very definition imposes itself on our minds for that is what de-

finds it as trauma – too much stimulation for our ego capacity to metabolize. My practice includes several physicians who are working on the front lines of this health crisis. I, and they as well, would not say nor do they demonstrate that their ego functioning is being overwhelmed. What we are coming to learn together is that this situation of complex and frightening circumstances is calling forth their characteristic defensive styles which in turn is giving us an opportunity to learn more deeply about the genetic and identificatory contributions to these character traits. They are not under the sway of trauma, they are processing stimuli through their neurotically organized templates and engaging in a process of learning about themselves and their perceived pasts.

As far as the issue of “what challenges are you facing?” – the most challenging challenge is in the work with those patients who are limited by their tendencies toward the strictly literal. For them, this loud situation deepens their enmeshment with the external and furthers their distraction from their imagination. Said differently, for patients so inclined, the analytic symmetry of the pandemic dangers functions to obscure their capacity for fantasy that would be recognizable through engaging with analytic asymmetry.

## **2) A necessidade de isolamento social provocou mudanças significativas no *setting* analítico. O que você poderia nos dizer a esse respeito?**

**Bernard Chervet**

### **As sessões remotas (*Remote sessions*)**

A epidemia pesou e ainda pesa no trabalho de sessão, assim como nossa preocupação em permanecermos disponíveis para continuar melhorando a vida psíquica de nossos pacientes. Como analista didata (*training member*), ocorreu-me também a questão dos analistas em formação, das supervisões e dos pacientes envolvidos nas análises supervisionadas.

Quais eram nossas alternativas? Interromper as sessões, mantê-las como antes (com todos os perigos), adaptar nosso método às circunstâncias.

Durante oito ou nove semanas, muitos analistas adotaram as sessões “remotas”. Essa prática nos foi imposta pelo contexto de ameaça e confinamento decorrente da pandemia do Covid-19. Alguns analistas e alguns pacientes se recusaram a adaptar o protocolo, preferindo esperar até a volta às condições normais.

Nesse contexto, a reflexão teórica sobre a “análise remota” não é uma questão de atualidade. O número de mortes divulgado todos os dias não para

de estimular a neurose traumática. Surgem, portanto, duas realidades diferentes que pertencem a contextos diferentes e não podem ser confundidas:

- a análise remota como método que depende de uma escolha desde o início da análise;

- as sessões remotas impostas pelo contexto dramático e assustador, quando não há outra possibilidade, sendo estas um protocolo intermediário enquanto se aguarda a retomada das sessões no consultório, em presença física.

Felizmente, temos as ferramentas para trabalhar “remotamente” neste novo contexto. Muitos psicanalistas e muitos pacientes concordaram em adaptar suas sessões a esse novo protocolo que mantém a via auditiva, às vezes a visual pelo vídeo, mas que coloca o significante “remoto” em primeiro plano do método. Esse “remoto”, que significa “longe”, tem efeitos muito diversos nas questões do par percepções/representações. Voltaremos a tratar disso.

Em muitos casos, tivemos que reorganizar os agendamentos das sessões. Para alguns pacientes, não foi fácil encontrar tempo e um local suficientemente protegido ou isolado dos estímulos relacionados à vida a dois, em família etc. Cada paciente reagiu com sua sensibilidade e sua história. Essa mudança atualiza reminiscências. A aceitação e a recusa são sobredeterminadas e constituem um novo material de sessão.

Pacientes e analistas se preocuparam, e seguem preocupados. Correm o risco de perder sua saúde, suas fontes de renda e suas redes de relações sociais. É supostamente nossa profissão que nos permite “ganhar a vida”. Essa expressão encontra um eco amargo no período atual.

Obviamente, surgiram fobias ligadas ao telefone e ao único canal sensorial mantido, o do som e da voz, além de sua erotização. O foco nessa única via sensorial, em detrimento das outras, as ressonâncias com os interditos relacionados a ela, ligados aos desejos edípicos e ao complexo de castração, facilitam a sexualização do som, da voz e convocam os autoerotismos e várias fantasias de relações amorosas e eróticas à distância, portadoras de transgressão em diferentes graus. Trata-se de sussurrar no ouvido, de ser penetrado e de penetrar pelos fones de ouvido etc. O telefone tende a se tornar “telessexo<sup>4</sup>”, as vozes são “enfeitadoras” e até mesmo persecutórias, dignas de um “além”.

---

4. N. R.: “*téléphone rose*”, no original. Na França, o “*téléphone rose*” diz respeito a um serviço de telefone erótico que oferece para aqueles que ligam a possibilidade de interagir com uma pessoa designada, iniciando-se uma relação sexual imaginária por meio da voz, constituída por gemidos e ordens de favores sexuais.



É claro que alguns pacientes usam essa distância para abordar aquilo que, presencialmente, sentiriam como muito vergonhoso. Atualizam-se todas as transferências de evitação, assim como as transferências negativas que são evitadas ou exacerbadas. Mas a verbalização permanece distal. A mentalização corre o risco de se limitar à enunciação sem renúncia nem luto. Ninguém é morto *in absentia*.

Jean Cocteau soube encontrar as palavras: “Os espelhos são as portas pelas quais a morte vem e vai” (*Les mariés de la Tour Eiffel*). Para nós, é pelo telefone que a ameaça e o pavor vão e vêm... retornam. Às vezes, a questão do nosso próprio desaparecimento se manifesta sob outros disfarces clínicos. A coexcitação libidinal ligada à falta perceptiva, quando a percepção é reduzida ao som, é a via pela qual o pensamento poderá renascer, o infantil poderá encontrar seu lugar. É somente então que essa nova situação poderá ser pensada *après-coup*.

A complexidade e a intrincação das diferentes fobias evidenciaram-se quando as sessões foram retomadas no consultório em condições ideais. Ali, novamente, a sobredeterminação conta para cada um de maneira singular. Alguns pacientes estavam ansiosos para retornar, outros, pelo contrário, tentaram prolongar as sessões remotas; outros ainda tentam tirar proveito de ambas as situações: vir ao consultório, mas voltar ao telefone assim que surgir um obstáculo ou uma resistência.

Durante todo o período de confinamento, essa situação teve as consequências muito concretas que acabamos de mencionar e que se impuseram nas modalidades da nossa clínica cotidiana, por telefone ou por vídeo e, às vezes, no consultório quando a situação de um paciente exigia.

Depois surgiram outras modificações na retomada das sessões em nossos consultórios, como a adoção de medidas de proteção à saúde, medidas “barreira” (sem aperto de mão, distanciamento, álcool-gel, máscaras, protetores descartáveis para o divã etc.); cada profissional escolheu priorizar as medidas sanitárias que desejava.

Todas essas adaptações estão relacionadas com o “remoto”. O distanciamento físico traz, nas entrelinhas, a fobia de tocar, que articula a eliminação da dessexualização do toque, da qual se originaram a carícia terna e os códigos de civilidade, com uma ressexualização do toque que evoca o incesto.

O confinamento, por sua vez, caracterizou o exterior como um lugar de sedução nefasto. O sedutor se chamou Covid, e os outros, os que estavam do lado de fora, tornaram-se pestilentos.

Nesta constelação, a casa e a vida familiar foram investidas com as únicas qualidades de proteção. As lógicas edípicas foram exteriorizadas e sua presença

nas famílias foi negada. Os psicanalistas de crianças foram diretamente confrontados com essa lógica.

Tais modificações e adaptações revelaram o papel, ora facilitador ora inibidor para as associações e o trabalho de elaboração psíquica, do protocolo convencional, bem como a participação do dispositivo na manutenção da recusa e, portanto, sua função de supereu cultural.

Essa função de recusa é necessária e inevitável, mas o trabalho progressivo de sessão deve rompê-la aos poucos, indo até mesmo além do cultural coletivo em que estamos imersos. Atualmente, essa recusa está sendo brutalmente rompida, e todo o trabalho psíquico tenta restabelecê-la e substituí-la por soluções mais mentalizadas. Este texto não é exceção.

A nova situação induzida pelo Covid-19 pode, assim, repercutir na reflexão sobre a função do dispositivo convencional. Este facilita o retorno do recalcado de certos materiais (lembranças, fantasias, teorias infantis, repetição, compulsão etc.) e, ao mesmo tempo, impede outros. Esta “lei” é válida para todos os dispositivos. Depende da sensibilidade individual de cada paciente. E, como sempre acontece com os dispositivos instituídos, é justamente quando eles vêm a faltar que se revela a distinção entre suas funções de protocolo e de enquadramento recalcador.

Revela-se então o delicado jogo de oscilação, em sessão, entre a recusa e a colocação em latência dos elementos carregados de qualidade traumática. Há um conflito inevitável entre essa latência e a recusa, um conflito que usará o traumático atual contra aquele que emana do passado, e vice-versa.

O analista participa contratransferencialmente dessas oscilações entre latência e recusa, entre lembranças das experiências traumáticas passadas e as experiências atuais. O analista é o guardião desse jogo de tensionamento oscilatório.

A ruptura atual da recusa coletiva diz respeito tanto ao paciente quanto ao analista. Isso resulta em uma desidealização deste último, que tende a se tornar um simples objeto do ponto de vista de sua vulnerabilidade. Foi o que caracterizamos como tendência à simetria. No entanto, a dissimetria favorável à transferência e ao trabalho analítico não é destruída. Ela é mantida pela preocupação do analista em sustentar a vida psíquica de seu paciente, sendo o guardião da ligação entre a realidade traumática externa atual e a realidade interna do passado.

Essa mudança quanto à invulnerabilidade do analista por idealização suscita, ao mesmo tempo, uma reminiscência, aquela do momento em que uma criança pensa na perda real e definitiva de seus pais. Eles se tornaram mortais.

Esse pensamento é acompanhado por um afeto de dor moral, que o diferencia dos pensamentos de assassinato sustentados pelo ódio. É também nesse momento que a criança constrói o seu romance familiar para salvar sua idealização, para não renunciar a ela.

**Bernard Chervet (Língua original)**

**2) Le besoin d'isolement social a provoqué des changements significatifs dans le cadre psychanalytique. Qu'est-ce que vous pouvez en parler à propos de cela?**

**Les séances à distance (« Remote sessions »).**

L'épidémie a pesé et pèse encore sur le travail de séance au même titre que notre préoccupation de rester disponible pour poursuivre l'amélioration de la vie psychique de nos patients. En tant qu'analyste formateur (training membre), s'est posé aussi la question des analystes en formation, des supervisions et des patients engagés dans ces cures supervisées.

Quels choix avons-nous? Arrêter les séances, les poursuivre comme avant (avec tous les dangers), adapter notre méthode aux circonstances.

Pendant huit ou neuf semaines, nombreux sont les analystes qui ont installé des séances « à distance ». Cette pratique nous a été imposée par le contexte de menace et de confinement dû à la pandémie du Covid-19.

Certains analystes et certains patients ont refusé d'adapter le protocole, préférant attendre le retour des conditions habituelles.

Dans ce contexte, la réflexion théorique sur la « remote analysis » n'est pas d'actualité. Le nombre de morts annoncé chaque jour ne cesse de solliciter la névrose traumatique.

Apparaissent donc deux réalités différentes qui relèvent de contextes différents et ne peuvent être confondues

- L'analyse à distance; en tant que méthode qui dépend d'un choix dès le début de l'analyse.

- Les séances à distance imposées par le contexte dramatique et d'effroi; quand il n'y a aucune autre possibilité et qu'il s'agit d'un protocole intermédiaire en attente de la reprise des séances au cabinet, en présence physique.

Heureusement, nous avons des outils pour travailler dans ce nouveau contexte "à distance". Beaucoup de psychanalystes et de nombreux patients ont accepté d'adapter leurs séances à ce nouveau protocole qui conserve la voie sonore, parfois le visuel de la vidéo mais qui place le signifiant "télé" en exergue

de la méthode. Ce “télé” qui signifie “loin” a des effets très divers sur les enjeux du couple perceptions et représentations. Nous y reviendrons.

Il a souvent fallu réorganiser les horaires des séances. Pour certains patients, il n'était pas facile de trouver un temps et un lieu suffisamment protégé ou isolé des stimulations liées à la vie de couple, de famille, etc.

Chaque patient a réagi avec sa sensibilité et son histoire. Ce changement actualise des réminiscences. L'acceptation et le refus sont surdéterminés et sont un nouveau matériel de séance.

Patients et analystes ont été inquiets; ils le sont encore. Ils risquent de perdre leur santé, leurs sources de revenus et leurs réseaux de relations sociales. Notre métier est censé nous faire «gagner notre vie». Cette expression française trouve un écho amer en cette période.

Bien sûr, des phobies sont apparues, liées au téléphone et au seul canal sensoriel maintenu, le sonore et la voix, ainsi que leur érotisation. La focalisation sur ces seules voies au dépend des autres sensorialités, les résonnances avec des interdits portant sur ces derniers, interdits en connexion avec les désirs œdipiens et le complexe de castration, facilite la sexualisation du sonore, de la voix et convoque les auto-érotismes et divers fantasmes de relations amoureuses et érotiques à distance, porteuses de degrés variables de transgression. Il s'agit de chuchoter dans l'oreille, d'être pénétré et de pénétrer par des écouteurs, etc. Le téléphone tend à devenir “rose”, les voix sont “envoûtantes” voire persécutrices dignes d'un “hors-là”.

Bien sûr certains patients utilisent cette distance pour aborder ce qu'ils ressentiraient comme trop honteux en présence. Tous les transferts d'évitement s'actualisent, de même que les transferts négatifs qui sont soit évités ou exacerbés. Mais la verbalisation reste distale. La mentalisation risque de se limiter à de l'énonciation sans renoncement et endeuillement; nul n'est tué in absentia.

Jean Cocteau a su trouver des mots: «Les miroirs sont les portes par lesquelles la mort va et vient» (Les mariés de la tour Eiffel)

Pour nous c'est par le téléphone que la menace et l'effroi vont et viennent... font retour. Parfois l'enjeu de notre propre disparition se déguise sous d'autres oripeaux cliniques. La coexcitation libidinale liée au manque à percevoir quand la perception est réduite au seul son, est la voie par laquelle pourra renaître la pensée, par laquelle l'infantile pourra retrouver sa place. Alors seulement cette nouvelle situation pourra être pensée après coup.

La complexité et l'intrication des diverses phobies sont devenues particulièrement évidentes à partir du moment où les séances ont pu reprendre

au cabinet dans des conditions optimales. Là encore, la surdétermination s'implique pour chacun de façon singulière. Certains patients avaient hâte de revenir, d'autres au contraire ont cherché à faire durer les séances à distance; d'autres tentent de profiter des deux situations, venir au cabinet mais repasser au téléphone dès qu'un obstacle ou une résistance se présentent.

Durant toute la période de confinement, cette situation a eu les conséquences très concrètes que nous venons d'évoquer et qui se sont imposées dans les modalités de notre pratique quotidienne, au tél ou par vidéo; parfois au cabinet quand la situation d'un patient l'exigeait.

Puis d'autres modifications sont apparues lors de la reprise des séances dans nos cabinets, telle que l'introduction de mesures de protection sanitaires, des mesures "barrières" (non serrement des mains, distanciation, gel, masques, draps d'examen sur le divan, etc); chaque praticien ayant choisi les mesures sanitaires qu'il souhaitait privilégier.

Toutes ces adaptations sont concernées par le "télé". La distanciation physique convoque en filigrane la phobie du toucher qui articule une élimination de la desexualisation du toucher dont sont nés la caresse tendre et les codes de politesse, avec une resexualisation du toucher évocatrice d'inceste.

Le confinement quant à lui a désigné l'extérieur comme lieu de séduction néfaste. Le séducteur avait pour nom "Covid", et les autres, ceux de l'extérieur, sont devenus des pestiférés.

Dans cette constellation la maison et la vie de famille ont été investis des seules qualités de protection. Les logiques œdipiennes ont été externalisées et leur présence au sein des familles déniée. Les psychanalystes d'enfants ont été directement confrontés à de telles logiques.

Ces modifications et adaptations ont révélé le rôle tour à tour facilitateur et inhibiteur pour les associations et le travail d'élaboration psychique, du protocole habituel, ainsi que la participation du dispositif à soutenir un déni, donc la fonction du dispositif en tant que surmoi culturel.

Cette fonction de déni est nécessaire et inévitable, mais le travail progressif de séance est censé le briser petit à petit voire même au-delà du culturel collectif dans lequel nous baignons. Actuellement, ce déni est violemment brisé et tout le travail psychique tente de le reconstruire et de le remplacer par des solutions plus mentalisées. Ce texte n'échappe pas à ce but.

La nouvelle situation induite par la Covid-19 permet donc de réfléchir par réverbération sur la fonction du dispositif habituel. Celui-ci facilite le retour du refoulé de certains matériaux (souvenirs, fantasmes, théories infantiles,

répétition, compulsion etc.), et dans le même temps il en empêche d'autres. Cette «loi» est valable pour tous les dispositifs. Elle dépend de la sensibilité singulière de chaque patient. Et comme toujours avec les dispositifs institués, c'est quand ils viennent à manquer que se révèle la distinction de leurs fonctions de protocole et de cadre refoulant.

Se révèle alors le délicat jeu d'oscillation, en séance, entre déni et mise en latence des éléments chargés de la qualité traumatique. Il existe un conflit inévitable entre cette mise en latence et le déni, conflit qui va se servir du traumatique actuel contre celui émanant du passé, et vice-versa.

L'analyste participe contre-transférentiellement à ces oscillations entre mise en latence et déni, entre souvenirs des expériences traumatiques passées et celles actuelles. L'analyste est le gardien de ce jeu tensionnel oscillatoire.

La levée actuelle du déni collectif concerne en effet tout autant le patient que l'analyste; d'où une désidérialisation de l'analyste qui tend à devenir un simple objet du point de vue de sa vulnérabilité. Ce que nous avons déjà abordé comme tendance à la symétrisation. Toutefois, l'asymétrie favorable au transfert et au travail analytique n'est pas détruite. Elle est maintenue par le souci de l'analyste de soutenir la vie psychique de son patient en étant le gardien du lien entre la réalité traumatique actuelle externe et celle du passé interne.

Ce changement quant à l'invulnérabilité de l'analyste par idéalisation convoque en même temps une réminiscence. Celle du moment où un enfant pense à la perte effective définitive de ses parents. Ils sont devenus mortels.

Cette pensée s'accompagne d'un affect de douleur morale, ce qui la différencie des pensées de meurtre étayées sur la haine. C'est aussi à ce moment-là que l'enfant construit son roman familial afin de sauver son idéalisation, de ne pas y renoncer.

### **Elizabeth Lima da Rocha Barros**

Eu tinha pouca experiência de trabalhar com pacientes através da realidade virtual. Tinha experiência de dar supervisões a outros analistas de outros países ou atender pacientes meus que estavam vivendo fora do Brasil por algum tempo.

Tenho trabalhado exclusivamente através do meio digital. Agora estou mais bem adaptada, mas há mudanças em diversos níveis. Acredito que o *setting* analítico é construído primordialmente em nossa escuta e na maneira como respondemos à fala de nossos pacientes, assim como através de que forma elaboramos em nossas mentes a construção da interpretação. Não tenho ainda uma resposta clara de como somos afetados neste processo inconsciente

de *rêverie* e de construção da interpretação a partir de uma realidade digital que é real, mas um pouco desumana.

Todos meus pacientes aceitaram a forma digital, embora tenham me dito que nada substituíam o presencial. Isto até me surpreendeu. Tenho paulatinamente caminhado no sentido de buscar um *setting* físico e, sobretudo, mental, o mais próximo possível do meu trabalho anterior. Acho que é importante encontrarmos em nossas casas um lugar privativo e constante de onde trabalhar. Minha opção foi em um dos quartos de meu apartamento, que transformei no meu *home office*. Como estamos vivendo a exacerbação da realidade, fiz uma opção minimalista. Tenho uma parede inteiramente branca atrás de mim, tudo muito singelo. Curiosamente, me dei conta que meus pacientes procuraram algo semelhante em suas casas. No momento, nossa rotina é a seguinte: meus pacientes me mandam uma mensagem pelo WhatsApp para me informar que estão disponíveis e eu lhes chamo. Assim, temos a representação da chegada ao consultório e dos eventuais atrasos. Vemos-nos no início da sessão e depois desligo a câmera e fico apenas com o áudio.

Noto algumas peculiaridades. Quando estou em uma situação presencial, trabalho com todos os meus polos perceptivos ativos. Sinto certa estranheza, assim como meus pacientes, fruto de uma privação da realidade usual. Na modalidade presente estou com os ouvidos, olhos, olfato, corpo, a *rêverie*... A escuta predomina, mas estou mais relaxada, meus olhos viajam, assim como minha escuta.

Já na realidade computacional, tendo a ficar muito concentrada na escuta e resistir a um convite desafiador para me focar na objetividade, na concretude da crise. Esta concentração demanda mais atenção e me convida a pensar e a monitorar microscopicamente os sentimentos e emoções evocados em mim. Nosso trabalho se orienta pela percepção de como nossas vivências do mundo são moldadas e distorcidas no mundo interno, fantasias e pulsões. São estes o lugar e o foco da transferência, elemento central que orienta e informa nosso trabalho. A captação da linguagem não verbal, assim como os diminutos movimentos emocionais que vão ocorrendo durante uma sessão, são mais facilmente apreendidos na presença física do paciente. A quarentena nos obrigou a ficarmos isolados e restritos objetivamente. Alguns pacientes se sentem muito isolados também internamente e muito sozinhos de uma maneira como nunca se sentiram antes em um mundo então mascarado por uma excitação constante. Situações de vida que os levaram à solidão ficam mais patentes. Estes sentimentos dão ensejos às ansiedades paranoides e claustrofóbicas que podem tornar a vivência com o outro em fonte de irritação, abuso, desgaste e violência.

Nestes casos, a presença massacrante do outro leva a estados de muito desequilíbrio mental. Não é fácil estar sempre exposto à tragédia, como diz nosso colega Calich, e creio que esta vivência ecoa a tragédia da vida de cada paciente. Cada um se sente instado a se confrontar com o que fez com a própria vida.

A análise pode se tornar um espaço de intimidade e de criar condições para a pessoa estar só sem estar na solidão.

### **Harvey Schwartz**

Esta pergunta refere-se ao aspecto mecânico do enquadre. A maneira como organizamos e apresentamos fisicamente os nossos consultórios aos nossos analisandos é uma expressão das particularidades de nosso espaço intrapsíquico individual. Isso inclui permitir que a experiência desse espaço pelo analisando torne-se transitoriamente nossa – sentir tal experiência através dos olhos dele.

Da mesma forma, com a mudança para o relacionamento não presencial, o que nos resta é tentar sentir a experiência do paciente com essa nova expressão do nosso espaço intrapsíquico. Pode-se perguntar: como isso é uma expressão do interior da nossa mente? Afinal, com esse distanciamento físico, o que se perde, ou pelo menos diminui, não é a impressão digital única de nossos consultórios personalizados? Acho que não. Mesmo deixando de lado a exposição de nossas casas através da conexão de vídeo, sou da opinião de que a entonação de nossas vozes, nosso timbre, nosso ritmo se tornam a expressão física de nosso enquadre. Os pacientes leem nossos sons como leem nossos espaços físicos.

E há a questão de como é a experiência do analista com o encontro não presencial. O que se está perdendo por não podermos sentir o cheiro do nosso analisando? Receio que muita coisa se perca. A ligação telefônica parece-me desencorajar a ressonância inconsciente familiar, que é clinicamente informativa e afetivamente satisfatória. A conexão de vídeo, para mim, privilegia o literal e satisfaz a busca de imagens de veneração no lugar da abstração da imaginação. Agora, tamanha é a facilidade com que os pacientes desejam, literalmente, nos mostrar seu entorno, que é maior a dificuldade de se interessarem em descobrir o significado desse desejo.

### **Harvey Schwartz (Língua original)**

**2) The need for social isolation brought meaningful changes to the psychoanalytic setting. What would you say about this?**



This question refers to the mechanical aspect of the frame. How we arrange and present our physical office to our analysands is an expression of the particulars of our individual intrapsychic space. This includes allowing the analysand's experience of that space to transiently become our own – to feel it through their eyes.

Likewise, with the shift to non-in-person relatedness we are left to try to feel our patient's experience of this new expression of our intrapsychic space. One might ask, how is this an expression of our inner minds? After all, with this physical removal isn't what is lost, or at least diminished, the unique fingerprint of our personalized offices? I think not. Putting aside even the exposure of our homes through video connecting, I suggest that the accentuation of our voices, our timbre, our rhythm becomes the physical expression of our frame. Patients read our sounds as they read our physical spaces.

Then there is the question of how the analyst experiences the non-in-person encounter. What is lost in not being able to smell our analysand? I fear a great deal is lost. I find phone connection to encourage away from the familiar unconscious resonance that is both clinically informative and affectively satisfying. Video connection, for me, privileges the literal and gratifies the search for graven images in place of the abstraction of the imagination. So easily do patients now wish to literally show us their surrounds and with greater difficulty now are they interested in discovering the meaning of that wish.

**3) Em janeiro de 1920, em apenas 5 dias, Sophie, filha de Freud, contraiu a gripe espanhola e faleceu. Devastado, Freud escreveu: “não tenho ninguém a quem acusar e não há nenhum lugar onde se possa apresentar uma acusação”. O que se pode dizer sobre o trauma individual e coletivo e a elaboração dos lutos no presente momento?**

### **Bernard Chervet**

Essa frase de Freud expressa claramente o quanto os acontecimentos que estão correlacionados com a qualidade traumática intrapsíquica levam à busca de uma etiologia, de uma causalidade, de uma teoria explicativa, à necessidade de atribuir a responsabilidade ao outro ou a si mesmo, de acusar; tudo isso com um fundo de impotência.

A invenção das teorias infantis ou o movimento de teorização é fortemente mobilizado por tais contextos. As qualidades antitraumáticas da teorização, sua participação na modificação das atrações negativas, parecem, assim, óbvias. Os afetos de pavor e as teorias infantis causais estão intimamente ligados.

A concepção do mundo segundo a qual a morte deveria respeitar a lógica temporal das idades e das gerações é claramente abalada. Sua vaidade é revelada. Os mais jovens podem morrer primeiro!

A teoria implícita de que os mais velhos morrem antes, respeitando-se as gerações, baseia-se na recusa de uma banalidade: a morte não respeita idade nem geração.

Isso é lembrado nas poucas cartas em que Freud fala da morte de sua filha Sophie, as quais são o tema central de uma exposição realizada atualmente pelo *Freud Museum*, em Londres.

Mas essas cartas também levantam uma questão teórica. É possível fazer o luto por um de nossos filhos? A noção de progeneritura encontra eco nas leis do psiquismo. Metáforas ocupam a teoria, entre os descendentes e os “derivados” [*rejetons*]<sup>5</sup> psíquicos, entre os retornos do recalçado, os sintomas e as formações póstumas. O luto está envolvido no processo do *après-coup*. Quando há um tropeço nas operações de luto, o resultado é um retorno do recalçado, uma produção póstuma, um derivado do inconsciente.

Assim, os filhos do psiquismo nascem de operações de renúncia que possuem um valor de luto. Fazer o luto pela capacidade de nosso psiquismo de gerar pensamentos, anseios e desejos é o oposto da vida psíquica. Do ponto de vista desta, perder um filho é contra a natureza, contra as leis do psiquismo. Para a psique, a perda de um filho equivale a uma castração, à perda de um produto de sua própria geratividade. O acesso à diferenciação da noção de filho como outro sujeito não abole esse valor no inconsciente da progeneritura psíquica.

### Bernard Chervet (Língua original)

**3) En janvier de l'année 1920, en seulement 5 jours, Sophie, la fille de Freud, a manifesté la grippe espagnole et est morte. Dévasté, Freud a écrit "je n'ai personne à qui accuser et il n'y a aucun endroit où l'on peut présenter une accusation". Qu'est-ce qu'on pourrait dire à propos des traumas individuel et collectif et de l'élaboration des deuils à ce moment-là?**

Cette phrase de Freud exprime clairement à quel point les événements qui se corrént avec la qualité traumatique intrapsychique, convoquent la quête d'une étio-

---

5. \* N.T.: Em francês, as acepções do vocábulo *rejeton* são: broto (falando-se de uma planta), progeneritura, descendente. A tradução consagrada para o termo psicanalítico “derivado do inconsciente” é *rejeton de l'inconscient*.

logie, d'une causalité, d'une théorie explicative, d'un besoin d'attribuer la responsabilité à un autre ou à soi-même, d'accuser; tout cela sur un fond d'impuissance.

L'invention des théories infantiles, le mouvement de théorisation est fortement interpellé par de tels contextes. Les qualités antitraumatiques de la théorisation, sa participation à la modification des attractions négatives, apparaissent dès lors évidentes.

Les affects d'effroi et les théories infantiles causales sont intimement liées.

La conception du monde selon laquelle la mort respecterait la logique temporelle des âges et des générations est évidemment bouleversée. Sa vanité est révélée. Les plus jeunes peuvent mourir en premier!

La théorie implicite qui veut que ce soit les plus âgés qui meurent selon les générations est construite à partir du déni d'une banalité; la mort ne respecte ni les âges, ni les générations.

C'est ce que rappelle les quelques lettres de Freud dans lesquelles il parle de la mort de sa fille Sophie, lettres qui sont au centre de l'exposition réalisée acuellement par le Freud Museum de London.

Mais ces lettres soulèvent aussi une question théorique. Est-il possible de faire le deuil de l'un de ses enfants? La notion de progéniture a des échos avec les lois du psychisme. Des métaphores occupent la théorie, entre les enfants et les "rejetons" psychiques; entre les retours du refoulé, les symptômes et les formations posthumes. Le deuil est impliqué dans le procès de l'après-coup. Quand il y a un achoppement des opérations de deuil, le résultat est un retour du refoulé, une production posthume, un rejeton de l'inconscient. Ainsi les enfants du psychisme naissent d'opération de renoncement qui ont valeur de deuil. Faire le deuil de la capacité de notre psychisme à générer des pensées et des souhaits et désirs est à l'opposé de la vie psychique. Du point de vue de celle-ci, perdre un enfant apparaît contre nature, contre les lois du psychisme. Pour la psyché, la perte d'un enfant a la valeur d'une castration, de la perte d'un produit de sa générativité. L'accès à la différenciation de la notion d'enfant en tant qu'autre sujet n'abolit pas cette valeur dans l'inconscient de la progéniture psychique.

### **Elizabeth Lima da Rocha Barros**

Bem, a pergunta é vasta... mereceria vários ensaios. Diria que o luto não lida apenas com a perda, mas igualmente com a natureza das relações que mantínhamos com o ente perdido. O luto passa pelo exame da natureza destas relações com aquele que se foi, algo que foi objeto de muitos comentários da parte de Freud.

Como Freud notou, nossa reação mais imediata a uma perda é encontrar um culpado, acusar alguém. E, diante da morte, passada esta fase, não há quem acusar. Somos confrontados com nossa impotência diante da morte. Somos levados a pensar em nossa própria finitude, um dos fatos da vida, segundo Money Kyrle. E este confronto é tarefa de toda uma vida e constitui a imensidão de cada análise.

No que tange ao trauma coletivo, a questão torna-se mais complexa. A primeira tarefa é, sim, a de procurar aqueles que foram socialmente responsáveis pelos descuidos e pelo desgoverno que colaboraram para o surgimento desta catástrofe, pelo enorme custo em vidas humanas e sofrimentos. Temos que ser corajosos para encarar este confronto sem cair em radicalismos xiitas. Aqui, o silêncio é o maior crime, como dizia Hanna Segal em relação à questão nuclear. Cabe também ao analista, diante do quadro social, diferenciar quando podemos falar das patologias individuais dos nossos dirigentes e ocasiões nas quais a análise política e ideológica é complementar, e até mais importante do que a concentração em uma abordagem de uma patologia singular de um responsável governamental. Por trás da política de gerenciamento desta pandemia havia e há uma concepção ideológica que envolve a saúde pública.

### **Harvey Schwartz**

A citação de Freud – “não tenho ninguém a quem acusar” – faz referência, através da negação, ao seu desejo por uma divindade a quem se pudesse protestar. Tal entidade permitiria a organização de uma postura de protesto como alternativa ao luto, à “devastação”. Não se pode criticar quem, em tais momentos de crise, recorre a uma evasiva compreensível. Isso só se torna problemático caso atrapalhe substancialmente o luto. Freud considera brevemente a possibilidade de “reclamações”, parece procurar um lugar para onde direcioná-las, mas, enfim, não encontra onde apresentá-las. Ao invés disso, ele embarca em, e permite, sofrimento pessoal.

A pergunta então nos devolve à questão do trauma – agora distinguindo entre “individual e coletivo”. Essa distinção é precedida por um exemplo da versão mais intensa do trauma individual – a morte da filha de Freud.

Hoje, muitos estão sofrendo traumas pessoais – mortes de entes queridos, ruína financeira, sobrevivência com futuro médico incerto. Freud demonstrou ser atraído por, e depois rejeitar, a tentação de meras queixas diante da devastação pessoal. Sua luta para localizar sua vulnerabilidade pode nos alertar para a superficialidade tentadora que é a experiência remota do “trauma coletivo”. Isso contrasta com a profundidade inerente à experiência próxima do trauma

pessoal. O instrumento clínico que é a psicanálise está primorosamente sintonizado com os níveis de significado no trauma pessoal, incluindo as influências intergeracionais. O conceito de “trauma coletivo”, para mim, é outra coisa.

### Harvey Schwartz (Língua original)

**3) In January 1920, Sophie, Freud’s daughter, showed symptoms of the Spanish flu and died in only five days. Devastated, Freud wrote: “there is no one I can accuse, and I know there is nowhere to which any complaint can be addressed”. What can be said, in your view, about individual and collective trauma, and about working through mourning, at this time?**

Freud’s quote “there is no one I can accuse” references through negation his desire for a deity to whom he can protest. Such an entity would allow for the organization of a stance of protest as an alternative to grief, of “devastation.” One finds no fault with those who rely on understandable distraction at such moments of crisis. It only becomes problematic if it substantially derails mourning. Freud briefly entertains the possibility of “complaints,” seems to search for a location to direct it, but ultimately finds no place to lodge it. Instead he engages and allows personal grief.

The question then returns us to the issue of trauma – now distinguished between “individual and collective.” This distinction is preceded by an example of the most intense version of individual trauma – the death of Freud’s daughter.

Many today are suffering personal traumas – deaths of loved ones, financial ruin, survival with uncertain medical futures. Freud demonstrated being drawn to and then rejecting the temptation of mere complaints in the face of personal devastation. His struggle to locate his vulnerability can alert us to the tempting superficiality that is experience-distant ‘collective trauma.’ This contrasts with the depth inherent in the experience-near affect of personal trauma. The clinical instrument that is psychoanalysis is exquisitely attuned to the levels of meaning in personal trauma, including the inter-generational influences. The concept that is “collective trauma”, to me, is something else.

**4) Há 100 anos Freud escreveu *Além do princípio de prazer*, apresentando o conceito de pulsão de morte. Aquele momento representou uma “guinada” na Psicanálise. Estaríamos, hoje, diante de uma nova guinada? Quais transformações poderiam advir deste momento para a psicanálise e para os institutos de formação?**

## Bernard Chervet

### Revelação de problemáticas teóricas ligadas a *Além do princípio de prazer*:

- Uma busca por causalidade e a necessidade de acusação geralmente sucedem às experiências traumáticas. O texto de *Além do princípio de prazer* internaliza a qualidade traumática concebida até então como efeito de traumas percebidos na realidade externa.

Essa mudança de perspectiva causou certa confusão entre os analistas da época e continua sendo criticada, até mesmo desmentida. Afirma-se com frequência que a redação de *Além do princípio de prazer* teria sido motivada por razões estritamente pessoais, diretamente ligadas à vida privada de Freud – neste caso, a morte de sua filha Sophie causada pela gripe espanhola.

Assim, o autor da primeira biografia de Freud, escrita em 1923, Fritz Wittels, afirma que *Além do princípio de prazer* é um texto subsequente à morte de Sophie e que a noção de pulsão de morte é totalmente determinada por esse acontecimento.

Freud responde que certamente também teria estabelecido a mesma conexão, mas que *Além do princípio de prazer* foi escrito em 1919, quando sua filha estava com “saúde perfeita”, e que ela adoeceu e morreu em janeiro de 1920. Freud termina suas observações com esta frase fabulosa: “O verossímil nem sempre é verdadeiro”.

Na verdade, o que motivou *Além do princípio de prazer* foram as neuroses de guerra, as neuroses pós-traumáticas, com seus sonhos repetitivos, desenvolvidas por soldados que voltavam da guerra, especialmente por aqueles que não sofreram ferimentos físicos, assim como as resistências observadas durante os tratamentos, as quais se manifestavam por uma compulsão à repetição e um aferro à percepção.

- A questão da **amnésia** e da preservação dos traços do passado no inconsciente. *Além do princípio de prazer* levanta a questão da existência, nas pulsões, de uma tendência à extinção (Chervet, 2014)<sup>6</sup> que se traduz numa tendência regressiva de retorno a um estado anterior, até atingir o “sem vida” e o inorgânico. A possibilidade do apagamento de traços ou da ausência de sua

---

6. Chervet, B. (2014). Pulsions, avez-vous une vie ? *Revue française de psychosomatique*, 45, 103-128.

Recuperado a partir de <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2014-1-page-103.htm#>

inscrição torna-se uma questão teórica que havia sido resolvida anteriormente pelo axioma de uma preservação atemporal no inconsciente, como concebido em 1900. Surge um novo conflito interno ao psiquismo, um conflito de apagamento, ou mesmo a existência efetiva de apagamentos, um conflito que se manifesta pela compulsão à repetição. O inconsciente como memória atemporal não é mais um dado primordial, ele tem de ser instaurado exatamente como o princípio de prazer. O papel da amnésia infantil é criar um espaço psíquico conservador, uma memória viva, uma memória de remanejamentos que se opõem às tendências ao apagamento.

Do mesmo modo, uma confusão entre pulsão de morte e morte se infiltrou em muitos escritos psicanalíticos, bem como uma confusão semelhante entre pulsão de vida e vida. No entanto, Freud nunca deixou de afirmar que a vida é o resultado das duas tendências que ele chamou de pulsão de vida e pulsão de morte, as quais se regulam entre si (homeostase) apenas parcialmente, mas ambas estão sujeitas, acima de tudo, a um imperativo de inscrição psíquica, o supereu. A *propensão ao conflito*, descrita por Freud em 1937, situa esse conflito essencial entre as tendências pulsionais extintivas e o imperativo de inscrição vinculado ao supereu, portanto, entre apagamento e preservação.

O medo dessa amnésia tem sido frequentemente associado às duas últimas guerras mundiais (Primeira e Segunda Guerra Mundial), principalmente à segunda. Muitas vozes de todas as doutrinas levantaram-se contra a tendência ao esquecimento e para defender o *dever de memória*, em particular no que diz respeito à Segunda Guerra Mundial, ao Holocausto ou à *Shoah*.

Em compensação, no Ocidente, a recusa se deslocou para as pandemias. Uma simples indagação dirigida, na França, a pessoas que passaram pelas pandemias de 1957 e 1969 mostra que todas as pandemias do século XX (1918, 1957, 1968-70) sofreram e ainda sofrem amnésias resistentes, embora tenham causado um grande número de mortes.

A gripe espanhola matou entre vinte e cinquenta milhões de pessoas (cem milhões, de acordo com algumas reavaliações) no mundo inteiro, enquanto a Guerra de 1914-18 causou entre oito e dez milhões de mortes. A gripe asiática de 1957 matou dois milhões de pessoas (OMS). A gripe de Hong Kong matou um milhão (entre 32.000 e 40.000 na França).

- A pandemia atual revelou o impacto do contexto social, político e global na *clínica analítica* e, mais especificamente, no tratamento da dimensão traumática em sessão.

Isso suscita uma reflexão sobre o papel do supereu cultural no tratamento psicanalítico, sobre a recusa grupal sustentada pela cultura coletiva e sobre a inserção da psicanálise e das sessões nesse contexto, correndo-se o risco de transmitir inconscientemente as alienações, as ideologias e os sistemas de recusa atuais e conjunturais.

Logo depois de escrever *Além do princípio de prazer* (1920), Freud redige *Psicologia de grupo e análise do ego* (1921), texto em que aborda a psicologia coletiva como uma reação aos anseios regressivos traumáticos.

- A necessidade de modificar o protocolo e o dispositivo analítico revelou a importância e o respectivo lugar das percepções e das representações em sessão. A estabilidade do protocolo faz com que quase não se preste atenção às suas funções, enquanto as variações nas condições habituais das sessões capturam a atenção e a reflexão.

A privação das percepções habituais e o foco concentrado na percepção sonora levam a mudanças no recurso às representações, tanto no analista quanto no analisando. Assim, convém diferenciar os impactos e os usos em sessão das percepções e das representações.

O reconhecimento da função antitraumática da percepção é um dos avanços apresentados em *Além do princípio de prazer*, os quais foram depois desenvolvidos em *O ego e o id*. Virá em seguida uma nova **teoria da percepção e das representações**, com suas articulações.

Já assinalamos a diferença existente entre as sessões remotas e as sessões presenciais, em particular a redução das percepções sensoriais unicamente à percepção sonora. A voz se concentra no som. Mas é também modificada a relação com as representações.

O paciente imagina o analista em sua poltrona, no consultório, mesmo que possa imaginá-lo em outro lugar desconhecido para ele. Usa então as representações do analista que foram construídas durante as sessões habituais. Mas é privado das percepções diretas do consultório e do analista.

O analista, por sua vez, é obrigado a imaginar seu paciente sem ter representações oriundas das percepções. Ele forja representações imaginárias sobre as condições de instalação do paciente para as sessões. É privado da presença carnal do paciente. O divã está vazio.

As problemáticas da exclusão ligada à presença-ausência do outro e as problemáticas da cena primitiva quanto à disponibilidade do outro são convocadas de maneira incomum.



As representações provenientes das percepções que deixam traços facilitam parte do trabalho psíquico, mas não substituem o que a percepção direta permite e exige ao mesmo tempo. Existem percepções sem traços, que são justamente aquelas que induzem experiências traumáticas. A falta não é representável como tal. Só é representável referindo-se a um objeto representável designado como faltante. A psique usa, então, percepções representáveis e representações para responder à qualidade traumática que não tem traço nem representação específica, mas que dá origem a experiências e afetos.

Da mesma forma, sentimentos e experiências se ligam a representações nas cenas representadas. A regressão sensual vivida no divã é influenciada pela presença carnal dos corpos e pela frustração própria da abstinência da análise. Essa regressão sensual está envolvida nos conteúdos do discurso associativo, mas também na própria associatividade e em seu estilo como fontes de associatividade. As diversas partes do corpo mais ou menos livres, com sua erogeneidade, são as fontes da associatividade em sessão. Esta define cenas que podem ser realizadas em sessão somente através de suas representações. A psicanálise permite, assim, uma modificação da erogeneidade do corpo do paciente e, portanto, de sua vida sexual fora da análise.

Essa situação repete aquela pela qual pode se dar a dissolução do complexo de Édipo na infância em relação aos corpos dos pais. O assassinato fundador do luto edípico não pode ser realizado *in absentia*.

Muitos outros pontos poderiam ser desenvolvidos. Surgirão em nossos pensamentos após este período traumático, quando puder ser esquecido e quando voltar incidentalmente. Vamos deixar, então, que se instalem a latência e a possibilidade de produzir *après-coups*, os quais certamente são dolorosos, mas libertam novos desejos.

**Bernard Chervet (Língua original)**

**4) Il y a 100 ans Freud a écrit "Au-delà du principe du plaisir" où il a présenté le concept de pulsion de mort. Cela a représenté le "tournant" décisif dans la psychanalyse. Serions-nous, aujourd'hui, devant un autre tournant décisif? Quelles sont les possibles transformations de ce moment pour la psychanalyse et pour les instituts de formation?**

**Révélation d'enjeux théoriques liés à Au-delà du principe de plaisir:**

- Une quête de causalité et un besoin d'accusation fait généralement suite aux éprouvés traumatiques. Le texte, *Au-delà du principe de plaisir*, intériorise la

qualité traumatique jusque-là conçue comme un effet de traumatismes perçus dans la réalité externe.

Ce changement de point de vue a produit un désarroi chez les analystes de l'époque et il continue à être l'objet de critiques voire de désaveu. Fréquemment, une affirmation est présentée selon laquelle la rédaction de l'"Au-delà" aurait été déterminée par des raisons strictement personnelles, émanant directement de la vie privée de Freud, en l'occurrence le décès de sa fille Sophie du à la grippe espagnole.

Ainsi, l'auteur de la première biographie de Freud rédigée en 1923, Fritz Wittels soutient-il que "Au-delà" est un texte qui fait suite à la mort de celle-ci, et que la notion de pulsion de mort est totalement déterminée par cet événement.

Freud lui répond qu'il aurait certainement lui aussi établi la même connection. Mais que "Au-delà" a été rédigé en 1919 alors même que sa fille était "d'une santé florissante" et qu'elle tombée malade et décédée en Janvier 1920. Puis Freud termine ses remarques par cette fabuleuse phrase: "Le vraisemblable n'est pas toujours le vrai".

En fait ce sont les névroses de guerre, les névroses post traumatiques et leurs rêves répétitifs, développées par des soldats après leur retour de la guerre, particulièrement les soldats n'ayant pas été blessés physiquement, qui sont à l'origine de l'"Au-delà", ainsi que les résistances observées au cours des cures se manifestant par une compulsion de répétition et un accrochage à la perception.

- La question de l'**amnésie** et de la conservation par l'inconscient des traces du passé. "Au-delà" soulève l'existence d'une tendance extinctive des pulsions (B. Chervet, 2014, Pulsions avez-vous une vie?) qui se traduit par une tendance régressive au retour à un état antérieur jusqu'au "sans-vie" et à l'inorganique. La possibilité d'un effacement de traces ou de leur non écriture devient une question théorique qui était auparavant résolue par l'axiome d'une conservation intemporelle par l'inconscient tel que conçu en 1900. Apparaît un nouveau conflit interne au psychisme, un conflit d'effacement, voire l'existence effective d'effacements, conflit qui se manifeste par la compulsion de répétition. L'inconscient en tant que mémoire intemporelle n'est plus une donnée première, il doit être installé tout comme le principe de plaisir. Le rôle de l'amnésie infantile est de créer un espace psychique conservateur, une mémoire vivante, une mémoire de remaniements qui s'opposent aux tendances à l'effacement.

De la même façon, une confusion entre pulsion de mort et mort s'est glissée dans de nombreux écrits psychanalytiques; de même qu'une confusion similaire entre pulsion de vie et vie, alors que Freud n'a cessé d'affirmer que la

vie est la résultante des deux tendances qu'il a dénommées pulsion de vie et pulsion de mort, qui ne se régulent qu'en partie entre elles (homéostasie) mais qui sont surtout toutes deux soumises à l'égide d'un impératif d'inscription psychique, le surmoi. *L'inclinaison au conflit* décrite par Freud en 1937 situe ce conflit élémentaire entre les tendances pulsionnelles extinctives et cet impératif d'inscription lié au surmoi, donc entre effacement et conservation.

La crainte d'une telle amnésie a été souvent associée aux dernières guerres mondiales, WWI et WWII, et en particulier à la seconde. De nombreuses voix de toutes obédiences se sont élevées contre la tendance à l'oubli et pour défendre le *devoir de mémoire*, en particulier à propos de la seconde guerre mondiale, de l'holocauste et de la Shoah.

Par contre en occident, le déni s'est reporté sur les pandémies. La moindre enquête privée auprès de personnes ayant traversé en France les pandémies de 1957 et de 1969, montre que celles du 20ème siècle (1918, 1957, 1968-70) ont toutes été et sont encore l'objet de puissantes amnésies alors qu'elles furent à l'origine de grandes quantités de morts.

La grippe espagnole a fait entre 20 à 50 millions de morts (100M disent certaines réévaluations) dans le monde, alors que la guerre de 14-18 a fait entre 8 et 10M de morts.

La grippe asiatique de 1957 a fait 2M de morts (OMS)

La grippe de Hong-kong a fait 1M de morts (entre 32000 et 40000 en France)

- La pandémie actuelle a révélé l'impact du contexte social, politique et mondial sur la *pratique analytique* et plus particulièrement sur le traitement de la dimension traumatique en séance.

D'où une réflexion sur le rôle habituel du surmoi culturel au sein des cures, sur le déni de masse soutenu par le culturel collectif, et sur l'inscription de la psychanalyse et des séances au sein d'un tel contexte, avec le risque de transmettre malgré nous les aliénations, idéologies et systèmes de déni actuels et conjoncturaux.

Juste après avoir écrit "Au-delà" (1920) Freud rédige "Psychologie des masses et analyse du moi" (1921) dans lequel il aborde la psychologie collective comme une réaction contre les aspirations régressives traumatiques.

- La nécessité de modifier le protocole et le dispositif de l'analyse a révélé l'importance et la place respective des perceptions et des représentations en séance. La stabilité protocolaire permet de ne guère porter attention aux fonctions de celles-ci alors que les variations des conditions habituelles des séances attirent l'attention et la réflexion sur elles.

La privation des perceptions habituelles et la focalisation sur la seule perception sonore entraînent des modifications de l'appel aux représentations, tant chez l'analyste que chez l'analysant.

Il convient dès lors de différencier les impacts et les utilisations en séance des perceptions et des représentations,

La reconnaissance de la fonction antitraumatique de la perception est une des avancées présentées dans Au-delà du principe de plaisir puis prolongées dans le moi et le ça. Va s'ensuivre une nouvelle **théorie de la perception et des représentations**, et de leurs articulations.

Nous avons déjà souligné l'écart qui existe entre les séances à distance et celles en présence, en particulier la réduction des perceptions sensorielles au seul sonore. La voix se focalise sur le son. Mais est aussi modifié le rapport aux représentations.

Le patient imagine son analyste dans son fauteil dans son cabinet, même s'il peut imaginer que son analyste est dans un autre lieu, inconnu de lui. Il utilise donc les représentations de son analyste construites lors des séances habituelles. Mais il est privé des perceptions directes du cabinet et de l'analyste.

Quant à l'analyste il est obligé d'imaginer son patient sans avoir de représentations issues de perceptions. Il fabrique des représentations imaginaires concernant les conditions dans lesquelles le patient s'est installée pour ses séances. Il est privé de la présence charnelle de son patient. Le divan est vide.

Les enjeux d'exclusion portant sur la présence-absence de l'autre, les enjeux de scène primitive portant sur la disponibilité de l'autre, sont ainsi convoquées d'une façon inhabituelle.

Les représentations issues de perceptions à l'origine de traces facilitent une partie du travail psychique, mais elles ne remplacent pas ce que la perception directe tout à la fois permet et exige. Il existe des perceptions sans trace, justement celles qui sollicitent les éprouvés traumatiques. Le manque n'est pas représentable en tant que tel. Il ne l'est qu'en se référant à un objet représentable désigné comme manquant.

La psyché utilise alors des perceptions représentables et des représentations afin de répondre à la qualité traumatique qui est sans trace ni représentation spécifique mais qui donnent lieu à des éprouvés et des affects.

De même les ressentis et éprouvés se lient à des représentations au sein de scènes représentées. La régression sensuelle vécue sur le divan est influencée par la présence charnelle des corps et la frustration propre à l'abstinence de

l'analyse. Cette régression sensuelle s'implique dans les contenus du discours associatif, mais aussi dans l'associativité elle-même, dans son style en tant que sources de l'associativité. Les diverses parties du corps avec leur érogénéité plus ou moins libres sont les sources de l'associativité de séance. Celle-ci énonce des scènes n'ayant pas à se réaliser en séances autrement que par le biais de leurs représentations. La psychanalyse permet ainsi une modification de l'érogénéité du corps du patient et donc de sa vie sexuelle hors séance.

Cette situation répète celle par laquelle la résolution du complexe d'Œdipe peut se faire dans l'enfance auprès des corps des parents. Le meurtre fondateur du deuil œdipien ne peut se faire *in absentia*.

De nombreux autres points pourraient être développés. Ils se présenteront à nos pensées au lendemain de cette période traumatique, quand elle aura pu être oubliée et qu'elle pourra se présenter à nouveau de façon incidente. Laissons donc s'installer la latence et la possibilité de produire des après-coups certes douloureux mais libérateurs de nouveaux désirs.

### **Elizabeth Lima da Rocha Barros**

Não vejo condições de uma “virada” na Psicanálise. Não vejo, neste momento, por mais grave que seja, fatos internos ou externos à teoria ou às clínicas psicanalíticas que possam nos levar a uma crise paradigmática. As transformações referidas na pergunta em relação a um momento na obra de Freud foram o resultado de uma crise na engenharia conceitual da época, foram fruto de uma crise de paradigmas que resultou em uma revolução interna. Não imagino o que poderia ser o equivalente disto hoje como fruto desta situação externa calamitosa.

A referência aos Institutos de Formação me parece pouco definida na questão posta. A formação analítica envolve muitos fatores e não podemos simplificar o todo sem que esta complexidade seja perdida. Só posso imaginar especulativamente quais seriam as implicações. Penso que, dentre as possíveis, a maior parte será externa à Psicanálise e ligada à ética da educação psicanalítica. A mais imediata, diria, refere-se às consequências da crise financeira que se abaterá sobre o mundo. Como financiar a formação? É uma questão ampla esta. Penso também que talvez venha a ser mais difícil ter pacientes novos em regime de alta frequência. Então, como satisfazer os critérios de formação e, sobretudo, como formar-se sem a experiência da alta frequência? São todas indagações para serem refletidas pelos comitês de educação. Nenhuma delas tem uma solução fácil.

## Harvey Schwartz

Enfrentamos profundas incertezas quando iniciamos uma jornada psicanalítica. Sabemos que não sabemos o que nos espera. Podemos nos confortar com nossas teorias preditivas favoritas sobre o que vem pela frente, mas a honestidade e a experiência clínica exigem que reconheçamos as incertezas com que nos deparamos. A certeza que podemos ter, no entanto, é de que o indivíduo diante de nós tentará resolver prematuramente essas incógnitas em aberto, com suas soluções caracterológicas familiares, que obscurecem pelo menos tanto quanto revelam.

O convite analítico que lhes fazemos é, portanto, para desenvolver a capacidade de reconhecer e tolerar incertezas, em prol da aquisição de uma autoconsciência autêntica. Foi sugerido que essa capacidade – a tolerância da incerteza – seja alçada ao status formal de estrutura de defesa de alto nível, em vez de permanecer como capacidade inferida do funcionamento maduro. Como quer que seja, minha própria capacidade de incerteza foi invocada pela pergunta quatro: “Que mudanças as circunstâncias atuais podem trazer à psicanálise...?”

As incertezas que todos enfrentamos são muito maiores que essa questão. Imagino que nos confortemos limitando nossas especulações ao treinamento analítico. Eu me pergunto, e não estou só nesse apreensivo questionamento, se a economia mundial sobreviverá em uma forma que reconheçamos. Receio que haja mortes em massa no mundo e/ou a necessidade continuada de isolamento e quarentena. Tenho dúvidas sobre a sobrevivência da psicanálise, que já enfrentava dificuldades em muitas áreas do mundo mesmo antes desta pandemia. A atenção à metáfora diante da tragédia em curso pode ser considerada supérflua. Sinto muito pelos candidatos que podem vir a conhecer apenas a alienação inerente à intimidade analítica on-line, e que nunca terão a experiência de deitar no divã do seu analista. Imagino as limitações para aqueles que estejam aprendendo este trabalho, confrontados com calamidades crônicas da vida real e com imersão limitada na zona livre de perigo da imaginação. Também vejo o valor maior do que nunca de ouvir e trazer significado às condições complexas com as quais nós e nossos analisandos estamos lutando. A incerteza é abundante.

Perguntar se nos deparamos agora com uma “virada” é perder de vista que já o fizemos. Estamos em plena inflexão neste momento. Nada no mundo será como era antes. Temos que tolerar a incerteza à nossa frente, mesmo quando lutamos para manter a presença de Eros em nossas vidas, diante de todas as forças contrárias.

Harvey Schwartz (Língua original)

**4) 100 years ago, Freud wrote “Beyond the Pleasure Principle”, where he introduced the concept of death drive. That marked a “turning point” in psychoanalysis. Are we facing a new turning point today? What changes could the current circumstances bring to psychoanalysis and to its training institutes?**

We face profound uncertainties when we begin a psychoanalytic journey. We know that we don't know what lays before us. We may comfort ourselves with our favorite predictive theories about the road ahead but honesty, and clinical experience, requires us to acknowledge the uncertainties we face. What we can be certain of however is that the individual before us will try to prematurely settle these open unknowns with their familiar characterologic solutions that obscure at least as much as they reveal.

Our analytic invitation to them therefore is to develop the capacity to recognize and tolerate uncertainty for the sake of acquiring authentic self-awareness. It has been suggested that this capacity- the tolerance of uncertainty - be elevated to a formal status of a high-level defense structure rather than remain as an inferred ability of mature functioning. In either case, my own capacity for uncertainty was called upon by question four. – “What changes could the current circumstances bring to psychoanalysis...?”

The uncertainties we all face are much larger than this question. I imagine that we comfort ourselves by limiting our speculations to analytic training. I wonder, and I am not alone in this worried wonder, if the world economy will survive in a form that we recognize. I fear that either there will be massive deaths in the world and/or the need for ongoing isolation and quarantine. I have questions about the survival of psychoanalysis which had been struggling in many areas of the world even before this pandemic. Attention to metaphor in the face of ongoing tragedy may be deemed superfluous. I feel for the trainees that may know only the alienation inherent in online analytic intimacy and will not have the experience of ever lying on their analyst's couch. I imagine the limitations for those learning this work who are faced by chronic real-life calamities and have limited immersion in the danger free zone of the imagination. I also see the greater than ever value of listening and bringing meaning to the complex conditions that we and our analysands are struggling with. Uncertainty abounds.

To ask if we are “facing a turning point” is to miss that we already have. We are turning as we speak. Nothing in the world will be as it has been. We must

Bernard Chervet, Elizabeth Rocha Barros e Harvey Schwartz

tolerate the uncertainty ahead for us all even as we struggle to maintain the presence of Eros in our lives in the face of all the countervailing forces.

---

Bernard Chervet

16, rue Jacques Callot 75006 Paris

39, rue Professeur Florence

69003 Lyon - France

bernard@chervet.fr

Tradução de Vanise Dresch

Elizabeth Lima da Rocha Barros

work: 5511 3862-3049

mobile: 5511 98112-2524

elizabethlrochabarros@gmail.com

Harvey Schwartz

200 West Washington Square#110

Philadelphia PA 19106

2159256022

harveyschwartz@comcast.net

Tradução de Karla Loyo