

# Entrevista com Howard Levine

Neste número da revista *Psicanálise*, tivemos a honra de entrevistar o psicanalista americano Howard Levine. O doutor Levine, que gentilmente nos concedeu esta entrevista, é um pesquisador dedicado ao estudo das representações, estados não representados da mente e a construção de significados. Possui um livro recente sobre o tema organizado com Gail S. Reed e Dominique Scarfone, publicado em português, numa associação entre as editoras Blucher e Karnac. Além disto, Levine, também é docente no Psychoanalytic Institute of New England East, analista supervisor do Massachusetts Institute for Psychoanalysis e psicanalista clínico em Brookline. Também é membro fundador do Boston Change Process Study Group e do Boston Group for Psychoanalytic Studies.

**Revista:** Podemos considerar que o senhor é um psicanalista que nos traz ideias da psicanálise contemporânea. O senhor poderia nos contar um pouco sobre sua formação profissional e experiência?

**Howard Levine:** Eu li Freud pela primeira vez como estudante de graduação em um curso de história cultural e intelectual na Universidade de Columbia e fiquei totalmente impressionado com o que encontrei. Naquela época, nos Estados Unidos, era preciso ir à faculdade de medicina para obter treinamento psicanalítico, então abandonei meus planos de estudar física e me matriculei no programa pré-médico. Após a graduação, terminei por acaso na Tufts Medical School, em Boston, que tinha um dos melhores departamentos de psiquiatria, e um dos mais orientados para a psicanálise do país - quase todos os meus professores eram analistas ou candidatos analíticos. Fiquei imerso no pensamento psicanalítico e permaneci na Tufts para minha residência em psiquiatria, onde mantive uma carga de pelo menos 30 horas por semana de psicoterapia analítica durante os três anos. No meu último ano, fui aceito no Instituto Psicanalítico de Boston (BPSI) e comecei minha formação psicanalítica.

A teoria dominante nos EUA naquela época era a Psicologia do Ego. Descobri que, em minhas mãos, funcionava bem o suficiente para pacientes neuróticos. No entanto, os pacientes em minha prática tinham transtornos de personalidade primitivos, eram pacientes psicossomáticos, psicóticos etc., e eu rapidamente me deparei com o que senti como seus limites (da teoria dominante). Mais uma vez por acaso, tornei-me amigo de colegas que estudavam em Londres na Clínica Tavistock e na vertente Kleiniana da Sociedade Psicanalítica Britânica. Enquanto conversávamos e comparávamos as anotações, descobri que, embora suas maneiras de pensar, suas referências e seus professores fossem muito diferentes das minhas, eles estavam se saindo tão bem quanto, apesar de às vezes em diferentes áreas com seus pacientes, como eu fazia com os meus. Pensei que, se pudesse aprender algo sobre como eles pensavam e faziam análises, eu poderia entender um pouco mais sobre o que precisava ser feito com meus próprios pacientes.

Então tentei expandir meu pensamento, porque fui confrontado com problemas clínicos que expuseram as limitações em minha compreensão da teoria e da técnica. Um problema sobre o qual escrevi (Levine, 2010) foi sobre a expectativa de que haveria ligações muito claras entre a capacidade de análise e o diagnóstico. O que eu encontrei como candidato em seminários clínicos foi que havia pouca correlação entre o diagnóstico e o resultado: alguns pacientes psicóticos estavam se saindo bem e se beneficiando da análise, enquanto alguns pacientes supostamente histéricos e obsessivo-compulsivos, que deveriam ser analisáveis, não estavam chegando a lugar algum. Mesmo admitindo as diferenças nas habilidades do analista, a teoria simplesmente não pareceu se sustentar.

Outro problema que eu enfrentei no início foi que eu estava tratando vários pacientes adultos que haviam sido abusados sexualmente quando crianças (Levine, 1990). Seu tratamento não se enquadrava nos contornos esperados do paradigma psicológico do ego da análise da neurose. Isso pode ter sido o meu fracasso como estudante de psicologia do ego, mas simplesmente não funcionou para mim. Por exemplo, uma das suposições implícitas da psicologia do ego era que toda experiência, interna ou externa, presumivelmente seria registrada como ideiação na mente. Se o paciente não falou sobre alguma experiência, supõe-se que foi porque foi profundamente reprimida. A memória da experiência foi pensada para ser organizada, para existir como uma ideia específica na mente, mas produziria ansiedade se consciente e, portanto, tinha que ser reprimida. Então você tem que analisar as defesas e assim por diante. Mas descobri que, com muitos pacientes que foram abusados sexualmente, mesmo na infância ou no início da adolescência, é possível analisar as defesas para sempre e eles nunca falavam ou recapturavam a memória.

Algo semelhante parecia estar ocorrendo em pacientes anoréxicos e psicossomáticos, muitos dos quais tendiam a não falar ou levar em conta emocionalmente sua doença. Era como se houvesse um fosso em torno de sua experiência que nunca poderia ser atravessado. Então, houve esse fenômeno em que os pacientes não se comportavam na análise da maneira como os chamados pacientes “analísáveis” deveriam se comportar. Esses pacientes eram “inanalísáveis”? Houve algum problema com minha técnica? Ou a teoria não se estendeu o suficiente para entender e incluir essas situações?

Mais tarde, conheci Hanna Segal, que me ensinou muito e, em seguida, Betty Joseph, Ron Britton, Elizabeth Spillius, Eric Brenman e muitos outros. Eu encontrei algo em seus trabalhos que falava às partes mais primitivas e arcaicas das mentes das pessoas e isso começou a abrir meu pensamento. Suas ideias certamente mudaram alguma coisa em minhas suposições sobre o grau de atividade do analista, porque o psicólogo do ego por excelência espera que a transferência evolua para o discurso real do paciente antes de falar sobre isso, enquanto analistas kleinianos interpretam ativamente a transferência desde o início. Como Segal me disse: “No modelo kleiniano começamos a interpretar a transferência imediatamente com base na ideia de que a única maneira de o paciente se sentir confortável é se você abordar a ansiedade deles e a ansiedade que queremos abordar é a ansiedade mais profunda, que está presente e se manifesta na sessão. Não esperamos que o paciente comece a falar sobre isso, porque eles provavelmente não sabem e provavelmente estão ansiosos demais para falar sobre isso, mas há um grande alívio quando você reconhece e começa a falar sobre isso e os ajuda a lidar com isso “. Então eu pensei sobre isso e tentei, e isso realmente abriu possibilidades clínicas para mim.

Nos anos 70 e 80, a psicologia clássica tradicional do ego também estava sendo desafiada por Kohut e pela psicologia do self. Mergulhei em seu trabalho e nos de seus colegas por vários anos. Nunca me tornei psicólogo, mas estudei para ver se conseguia expandir meu repertório e pensar ainda mais. Aprendi algumas coisas importantes sobre o papel do objeto externo e a presença física real do objeto e como a presença e a participação do objeto pode ajudar os pacientes a se autorregular. (Levine, 1979, 1994). Como candidatos, fomos ensinados que a presença ou relacionamento do objeto era de importância secundária; que era o conteúdo da interpretação que ajudava a reduzir a ansiedade do paciente e, claro, isso é frequentemente verdade. Mas senti que, além do que dissemos ao paciente, em termos de comunicar informações sobre qual era sua ansiedade ou conflito, havia o que hoje eu chamaria de presença do objeto: a fisicalidade existencial do objeto e a qualidade do seu funcionamento emocional, que os

pacientes particularmente primitivos ou as partes primitivas da mente usam para ajudar a se autorregular.

Os conceitos de Bion de receptividade e capacidade de devaneio do objeto são exemplos de aspectos da presença real e externa do objeto. Eu tinha encontrado o trabalho de Bion em grupos no início do meu treinamento psiquiátrico, coloquei-o de lado durante o período psicológico do ego de minha formação e retornei a ele depois da graduação, quando comecei a desenvolver uma perspectiva analítica mais abrangente e internacional. Juntamente com Larry Brown, em Boston, eu co-liderei um grupo que passou vários anos estudando Bion e tentando descobrir algumas das implicações clínicas de seus escritos posteriores. Essa imersão foi verdadeiramente reveladora para mim e me levou a estudar o trabalho de Green, Botella, Roussillon, Ferro, os Baranger, de volta a Freud de uma perspectiva nova e ainda mais excitante e a tantos autores maravilhosos e influentes não anglofônicos com os quais eu aprendi referenciei nas bibliografias dos meus escritos.

Inerente a tudo isso estava o começo de uma visão da psicanálise como um meio de não apenas reconhecer e resolver conflitos e divisões e recapturar memórias reprimidas, fantasias e sentimentos, mas também de ajudar a expandir a capacidade da mente de funcionar, processar e conter; para transformar fatos existenciais crus em experiências pessoalmente significativas e emocionalmente imbuídas (fatos -> experiência) que poderiam ajudar a apoiar e definir o senso de si mesmo. Ou seja, além de um modelo arqueológico, que funcionava desenterrando e reunindo o que estava oculto e fragmentado, a psicanálise precisava articular um modelo transformacional que construísse, fortalecesse e iniciasse novas funções psíquicas, processos e capacidades. A proposta de Kohut de que o eu era um sistema de duas pessoas, como a afirmação de Winnicott de que não existe um bebê, pode hoje em dia ser vista como uma via para a intersubjetividade. Mas naqueles dias nos EUA, esse conceito era totalmente novo. A palavra intersubjetividade ainda não havia entrado em nosso discurso, embora já tivesse aparecido em escritos franceses e espanhóis (por exemplo, Lacan, Pichon-Rivière), mas não em inglês.

**Revista:** Você poderia explicar mais sobre seu *modelo de transformação* do desenvolvimento psicanalítico?

**Howard Levine:** Para muitos pacientes, o primeiro passo é ajudar a estabilizá-los pela sua presença, pelo nível da sua atividade, pela qualidade do seu afeto à medida que você fala, etc.; pela sua atividade ou sua inatividade, porque alguns pacientes têm muito medo de serem invadidos. Se você se deitar, eles

relaxam um pouco e você lhes dá mais espaço. Outros tem muito medo de serem abandonados, então você tem que mostrar a eles que você está lá. (Lembre-se do final da primeira sessão na análise de Guntrip feita por Winnicott).

Em geral, acredito que estar com um objeto que ajuda você a se sentir melhor pode estabilizar sua capacidade de pensar e usar seus próprios recursos, independentemente do grau de capacidade psicológica inerente que você tenha; então você pode começar a realizar transformações de forma autônoma. Entretanto, se essa capacidade não estiver bem estabelecida, você precisará de outra mente para ajudá-lo intersubjetivamente no processo de transformação. Bion descreve isso em sua formulação de continente / contido; Botella fala sobre isso como um aspecto de duas pessoas da “figurabilidade”; Green falou em trabalhar como “outro similar” etc.

Para muitos pacientes não-neuróticos, é como se suas mentes fossem motores que ficam sem gasolina. Se a presença do analista e a qualidade de engajamento e atividade fornecerem gasolina, eles poderão ir para onde quer que precisem ir. Assim, no seu papel como um alter ego homeostático e adjuvante, o que De M’Uzan denominou como parte da quimera ou o que os psicólogos da própria vida chamariam de “auto-objetos”, você pode contribuir e ajudar a se tornar a base de um processo que pode ser transformador.

Para resumir, o processo da cura analítica, o fortalecimento e a construção da capacidade psíquica, depende de processos intersubjetivos de transformação, em vez de repousar apenas nos processos de descoberta, recuperação, cura, divisões e ligamentos. Processos arqueológicos e transformacionais são sutilmente interconectados e frequentemente ocorrem simultaneamente no curso do trabalho analítico tradicional. Mas acredito que é importante para a teoria do analista descrever ambos os aspectos do trabalho, porque às vezes a capacidade do paciente de utilizar o processo analítico exige que o analista, em um dado momento, dependa um pouco mais de um ou de outro.

**Revista:** Você poderia nos falar sobre o conceito de uma *tela incolor*?

**Howard Levine:** Quando Freud (1905) descreveu pela primeira vez o processo analítico, ele enfatizou a remoção, decomposição, desmontagem de aspectos - daí o termo análise - e fez analogia do trabalho do analista com o do escultor, que remove pedaços de mármore ou pedra para permitir que a imagem subjacente surja. Ele fez isso em parte porque estava muito interessado em evitar a acusação de sugestão e conformidade e em diferenciar a análise da hipnose. No entanto, ao trabalhar com condições não neuróticas e estados mentais - os vazios psíquicos e “casos-limite” sobre os quais André Green escreveu com tanta eloquência - o

problema muitas vezes não é apenas o de “remoção”, mas de construir ou criar pela primeira vez; como ajudar a fortalecer e desenvolver estruturas, capacidades e funções psíquicas, algumas das quais nunca estiveram lá para começar. Isso significa “adicionar” em vez de “tirar” - preenchendo os vazios, da mesma forma que um pintor adiciona cor a uma tela em branco. Daí a metáfora, tela sem cor, que pedi emprestada à minha colega francesa, Ellen Sparer (2010).

**Revista:** Qual seria o conceito de *ação analítica* nos casos de análise de pacientes não neuróticos ou setores não neuróticos da mente?

**Howard Levine:** A teoria da ação analítica ao lidar com estados não representados se apoia muito no artigo de Freud de 1937 sobre Construção e do conceito de continente / contido de Bion. Freud faz o surpreendente anúncio de que, às vezes, o processo analítico exige e faz uso de certo tipo de conjectura, uma construção, por parte do analista, que funcionará dinamicamente na cura da mesma forma que uma memória reprimida recuperada. Esta não é uma afirmação sobre comentários que tentam dizer ao paciente o que poderia ter acontecido de fato, como a famosa interpretação de Freud do sonho do lobisomem. Embora as interpretações possam tomar essa forma aproximada, elas são de outro status epistemologicamente. São conjecturas narrativas destinadas a dar uma forma possível ao que foi e ao que pode permanecer para sempre inefável e indescritível.

A lógica e o argumento por trás do valor dessas construções é muito complexo para ser completamente elaborado aqui. Mas o ponto é que muitas “traduções” diferentes - para usar uma palavra que Laplanche preferia - dessas forças, movimentos e sentimentos inefáveis, ainda não plenamente verbalizáveis, são possíveis. Quando alguém surge espontaneamente, intuitivamente, intersubjetivamente no processo ou campo analítico, assume uma vida dinâmica própria e tem um efeito regulador homeostático estruturante, construtor da psique, da mesma forma que a recuperação de um trauma real esquecido, memória produzida por ansiedade ou fantasia. Essa descrição da maneira pela qual uma construção pode funcionar está diretamente ligada ao fenômeno do *après coup*, que é uma das forças centrais na atuação e na ação terapêutica da cura, especialmente nas dificuldades somáticas e psicossomáticas.

Mas de onde vêm essas conjecturas? Acredito que sejam mais do que uma conclusão fundamentada traçada pela mente consciente e treinada do analista. Eles também são o resultado da absorção inconsciente do analista e do trabalho em devaneio das projeções inconscientes do paciente, que foram enviadas em parte em busca de contenção, transformação e “domesticação e metabolização”. O resultado desse processo pode aparecer espontaneamente na mente do analista

como uma intuição, mas a forma e o conteúdo específicos dessa intuição serão determinados pela subjetividade e história únicas do analista.

**Revista:** Gostaríamos de saber mais sobre os usos da contratransferência pelo analista nesses casos especiais.

**Howard Levine:** Freud fez uma descoberta muito precoce desse processo quando percebeu que a subjetividade e a história únicas do analista muitas vezes produziam um prejuízo no processo analítico, que ele denominava contratransferência. No entanto, Freud também nos ensinou que pode haver transmissão inconsciente de uma mente para outra. Eu acredito que o mecanismo é o mesmo em ambos os casos. Isto é o que Bion estava recebendo no continente / contido. Quando vemos o processo a partir da perspectiva da obstrução que ele produziu, chamamos isso de contratransferência (no sentido original, estreito). Quando produz uma interpretação ou entendimento útil, chamamos isso de intuição. O mesmo processo de projeção e absorção pode produzir a metabolização que chamamos de função alfa e devaneio ou um desejo de negar ou reprojeter o que foi absorvido e, então, temos um impasse. Portanto, há um processo básico subjacente no trabalho que pode levar a algo útil ou obstrutivo.

**Revista:** Como a compreensão da representação ou não representação influencia na prática clínica?

**Howard Levine:** Uma implicação desse modo de pensar é que o analista não pode ficar apenas em silêncio, mas às vezes, especialmente quando confrontado com vazios psíquicos, processos regulatórios psíquicos interrompidos, falhas de desenvolvimento, etc., deve estar ativo para ajudar a estimular ou mesmo fazer o trabalho de construção de transformação e estrutura, para ajudar a preparar a bomba das capacidades psíquicas paralisadas ou não desenvolvidas do paciente para fazer com que o processo se mova. Isso desafia nossas visões tradicionais de neutralidade e abstinência e complexifica enormemente as “regras” da técnica analítica. O problema de como distinguir a “intuição inspirada” da análise selvagem continua sendo muito real para os analistas, que, especialmente quando trabalham “além da neurose”, são sempre obrigados a operar entre os perigos e os extremos de atividade excessiva e insuficiente.

**Revista:** Como poderíamos articular o não representado com a pulsão de morte?

**Howard Levine:** A questão da relação entre o Instinto de Morte e os estados não representados é interessante e eu não tentei abordar diretamente antes. O fim