

Revista multiverso entrevista:

Marion Minerbo, São Paulo

Membro Efetivo e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, doutora pela Universidade Federal de São Paulo, autora dos livros “Diálogos sobre a clínica psicanalítica”, “Novos diálogos sobre a clínica psicanalítica”, “Neurose e não neurose”, “Transferência e contratransferência”, “A posteriori, um percurso” (Ed. Blucher)

REVISTA MULTIVERSO: A Sra. poderia nos contar um pouco sobre as suas origens, a sua formação e como chegou à psicanálise?

MARION MINERBO: Antes de mais nada, agradeço ao gentil convite e me senti muito honrada em conceder essa entrevista.

Sou filha de imigrantes, meus pais e toda a família vieram do Cairo, no Egito, em 1956. Nasci no Brasil em 1957, minha língua materna foi o francês, e estudei numa escola italiana. Desde cedo fui obrigada a conviver com a alteridade e a dominar vários códigos culturais. Isso marcou também minha trajetória na psicanálise, já que sempre transitei com certa tranquilidade pelas várias “tribos” e vários autores.

Estudei medicina, e desde cedo me interessei pelos aspectos humanos da profissão: a relação do médico com o paciente terminal, como se sentiam os pacientes de um hospital-escola ao serem examinados por dezenas de estudantes todos os dias. A verdade é que tinha um pouco de medo de sangue e de agulhas (risos), de modo que, quando me formei, em 1980, me encaminhei para a psiquiatria. Foi quando entrei em contato com o sofrimento psíquico barra pesada. Bem pior do que sangue e agulhas (risos).

Na época, minha mãe (Viviana Minerbo) estava terminando a formação dela na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e na minha

formatura me presenteou com as obras completas de Freud. Comecei minha formação em 1983. Quando terminei, os eventos marcantes foram meu doutorado em 1997 – o primeiro em psicanálise no departamento de psiquiatria da UNIFESP. E ter fundado em 2000, junto com colegas, o Instituto Therapon Adolescência para o tratamento de adolescentes com transtornos emocionais graves. Ampliei muito meus horizontes clínicos com o atendimento psicanalítico em instituição.

Naturalmente, tudo isso foi acontecendo em paralelo ao trabalho em consultório, a atividade docente, a publicação de artigos e livros, e um cotidiano institucional intenso, participando de comissões junto à diretoria científica e diretoria do instituto da minha Sociedade. As várias frentes de trabalho se alimentando reciprocamente.

MULTIVERSO: Vivemos um tempo em que as pessoas parecem se incomodar com a possibilidade de se emocionarem e, muitas vezes, buscam o uso de psicotrópicos para bloquearem a percepção dos próprios sentimentos. O que a psicanálise ainda tem a oferecer ao nosso mundo contemporâneo?

MARION: A psicanálise precisou tomar um banho de modéstia, no sentido de aceitar que as pessoas procuram alívio para seu sofrimento do jeito que dá, do jeito que podem. A medicação ajuda, mas não resolve o problema. É como baixar a febre sem tratar da pneumonia.

Do meu ponto de vista, o problema mais sério do nosso tempo é o que venho chamando de miséria simbólica. As pessoas precisam se constituir como sujeitos em meio à crise das instituições – sendo que para nós, psicanalistas, a mais importante é a família. A fragilidade do símbolo deixa as pulsões “desencapadas”, procurando descarga do jeito que dá. Uma série de sintomas e de formas de sofrimento psíquico decorrem disso, por exemplo, o sentimento de vazio e futilidade da vida, as depressões, várias formas de violência e de atuações impulsivas, adições e compulsões.

É por causa da miséria simbólica que as pessoas não conseguem fazer

contato com elas mesmas, com o que sentem, e muito menos com o mundo mental dos outros. Ela produz um “analfabetismo emocional” generalizado. Daí que um tratamento como a psicanálise – a cura pela palavra – seja vista com desconfiança, ou nem faça sentido para quem busca ajuda.

Mas, ao mesmo tempo, a pandemia mostrou que a demanda por análise continua existindo. E isso pelo bom motivo de que as pessoas sabem que não há outro recurso quando a vida está travada, quando a vida não decola, quando a vida está excessivamente limitada por defesas custosas, ou quando não conseguem parar de dar murro em ponta de faca. Até hoje não descobriram uma medicação contra murro em ponta de faca.

MULTIVERSO: Considerando a atemporalidade do Inconsciente e sua constante produção, consonante com o viver, podemos considerar que o arcaico também é atual. Como a Sra. escuta o seu paciente?

MARION: Tenho falado bastante do valor que dou às *historinhas* banais que o paciente conta sobre sua vida, seu cotidiano. São as representações por meio das quais a dinâmica inconsciente se apresenta, como se fosse um sonho, ou um pesadelo, dependendo do tipo de angústia e de organização psíquica.

Uma *historinha* sobre intrigas no trabalho, ou sobre uma peregrinação de médico em médico, ou sobre a decoração da casa da vizinha, são relatos preciosos. O paciente não precisa falar de si, nem daquilo que está sentindo. Qualquer *historinha* serve de suporte transferencial para os elementos inconscientes que buscam se apresentar em análise. Podem ser elementos ligados ao arcaico, e nesse caso as *historinhas* serão como pesadelos porque elas trarão elementos do retorno alucinatório do traumático. E podem ser elementos ligados ao infantil, e nesse caso o material terá características oníricas – associações livres, em vez de alucinações.

Podemos pensar na vida de nossos pacientes como uma grande caixa de ludoterapia. A criança escolhe o brinquedo certo que ela precisa para pôr em jogo aquilo que está em demanda de simbolização e de integração

(um dinossauro, ou uma geleca). Da mesma forma, entre os mil temas de sua vida, o adulto escolhe a *historinha* que melhor presentifica o que está precisando ser elaborado e integrado.

Os personagens que aparecem nas historinhas são os suportes transferenciais que nos interessam. A angústia que aparece nas historinhas é a bússola do psicanalista. Qualquer historinha convoca o analista de alguma maneira na sua contratransferência. O segredo é conseguir escutar algo além do conteúdo manifesto da historinha. Essa escuta tem que ser formada. Uma formação psicanalítica é, justamente, a formação dessa escuta, tendo a teoria como pano de fundo.

MULTIVERSO: Sabemos que alguns autores são contrários à existência da Pulsão de Morte. Qual é o seu pensamento a respeito das pulsões destrutivas? A Sra. as relaciona ao que denomina como “Superego cruel”? Estariam relacionadas ainda ao que chamou de “agressões invisíveis”?

MARION: Penso que a pulsão de morte tem a ver com a internalização de microvotos de morte, e de microfilicídios vividos no vínculo precoce com a figura parental. Microfilicídios inconscientes, bem entendido. E são de dois tipos: o *não investimento* do bebê, e o *investimento negativo*. No primeiro caso, o ambiente está excessivamente preocupado com outra coisa para conseguir investir a criança positivamente; no segundo, ela é depositária de identificações projetivas de objetos internos maus das figuras parentais. Por causa disso, ela será hostilizada ou mesmo odiada, e não terá como dar sentido à sua experiência emocional.

Essas experiências produzem dor, terror e ódio – afetos em estado bruto que não têm como ser integrados: eles serão clivados. Uma segunda defesa será a identificação com o agressor: “a sombra do objeto cai sobre o eu”, isto é, os aspectos inconscientes tanáticos que mencionei acima. Assim se constitui o Supereu cruel, que passará a atacar o Eu dentro do aparelho psíquico com o mesmo ódio que originalmente foi vivido na relação intersubjetiva precoce.

Sim, haverá uma tendência autodestrutiva; sim, haverá um ódio e uma violência contra os objetos. Mas não acredito que seja por causa de uma pulsão de morte inata, e sim pela internalização de microvotos de morte vividos no vínculo precoce. Aliás, um esclarecimento importante. A manifestação clínica da pulsão de morte é menos a violência e destrutividade do que a *desobjetalização*. Mas mesmo este sintoma é uma defesa contra alguma dor e sofrimento vividos no vínculo intersubjetivo precoce.

MULTIVERSO: Qual a sua avaliação sobre o período pandêmico em que vivemos? Como afetou a sua clínica? Qual a sua percepção sobre a transferência e a contratransferência nos atendimentos virtuais, remotos?

MARION: Fico até sem jeito de dizer, mas a pandemia me beneficiou, porque estava morando fora do Brasil e acabei dando muitas supervisões, muitos ateliês e muitas palestras *online*. Atualmente, quase 3 anos depois, minha agenda é 90% de supervisões. Decidi atender apenas uns poucos colegas em reanálise porque acho complicado manter análises *online* a longo prazo. Numa situação de emergência, é ótimo. Foi maravilhoso contar com esse recurso.

Mas o inconsciente se enraíza no corpo, as experiências clivadas se inscrevem na extremidade mais primitiva do psiquismo que é o corpo. A pulsão e os afetos mais primitivos se expressam na transferência por meio de uma linguagem pré-verbal. O “clima” que se instala numa sessão é material clínico: o analista sente um peso, um ambiente mortífero, dá sono; ou que o paciente está falando da boca para fora; ou sente que todo aquele discurso está a serviço de agradar o analista; ou sente medo da violência do paciente. Quanto disso tudo podemos captar *online*?

No presencial, se o paciente está em silêncio – há pacientes que ficam a sessão toda calados – é a contratransferência que nos conta que tipo de silêncio é aquele. De ódio? De vazio? De vergonha? De desespero? É um silêncio angustiado? Tranquilo? O paciente “sumiu” de lá, ficamos sozinhos? Cada um destes silêncios aponta para um determinado tipo de

funcionamento psíquico. Cada tipo de silêncio convoca a contratransferência de um jeito diferente. É material clínico precioso. São sutilezas que se perdem *online*.

Um paciente em silêncio acaba sendo escutado apenas como alguém em silêncio. Muitas vezes há uma pressão para falar, tanto para o paciente quanto para o analista. O diálogo acaba ficando mais próximo de uma boa conversa, o que também ajuda, mas não é a mesma coisa. Enfim, acho que a escuta psicanalítica sofre. O atendimento não é impossível, mas eu acho mais difícil. Até para dar palestras e aulas é mais difícil, pois não temos acesso à vibração e energia que vem do público *online*. A gente se sente falando com ninguém, o silêncio absoluto quando todos estão com microfones desligados é sofrido, é difícil manter a vivacidade da fala.

Com a Covid fomos confrontados a mais uma coisa nova, inesperada: a situação de “simetria” entre paciente e analista que se instaurou quando a Covid, as mortes, o medo, o isolamento, vale para ambos. Acho que fica mais fácil virar uma conversa de amigos que estão enfrentando o mesmo problema. Não vejo problema nisso, afinal somos todos humanos. Mas é importante tentar recuperar a assimetria e a escuta analíticas. Pois o fato é o mesmo, mas cada paciente vai se relacionar com ele a partir do seu inconsciente: como cada um está vivendo a pandemia, ou melhor, o que é a pandemia para cada um. Novamente, essa escuta não é impossível, mas é mais difícil quando estamos no mesmo barco.

MULTIVERSO: Entendemos com Bion que a intuição é um instrumento fundamental para a percepção de comunicações inconscientes pré-verbais ou não verbais, embora seja um conceito difícil de se definir. Como a Sra. a definiria? Poderia nos dar um exemplo do uso da intuição em sua clínica?

MARION: Não entendo exatamente o que Bion quer dizer com intuição. Para mim, o nosso pensamento clínico é contraintuitivo. Se um paciente está se destruindo pelo uso de drogas, nós vamos tentar contar

para ele qual é o sofrimento psíquico que ele está tentando “curar” com o uso da droga. A atitude intuitiva seria tentar fazer com que ele pare de usar a droga. Mas estaríamos tirando a boia de salvação dele. Claro que ele precisa estar sendo atendido também por um psiquiatra e talvez internado. Mas o psicanalista tem que pensar na contramão do senso comum, e nesse sentido, ele é contraintuitivo.

Mas vamos pensar que sim, intuição e empatia são importantes no trabalho analítico. Nesse caso, ambos resultam da capacidade de nos identificarmos com o que o paciente está sentindo. Quando escutamos um bebê chorando, a menos que estejamos nos defendendo, vamos nos identificar com seu sofrimento. É a empatia. E se for um vínculo significativo para nós, se estivermos abertos à comunicação primitiva (não-verbal ou pré-verbal), e atentos à comunicação inconsciente que se dá pela via da *corporeidade* de cada um, vamos reconhecer que tipo de choro é aquele: esse é de dor, aquele é de sono, aquele outro é de fome, ou de angústia, ou de ódio.

O corpo do bebê fala com o nosso corpo. O bebê chora para se livrar de seu sofrimento, mas ao mesmo tempo tenta nos comunicar o que está sentindo, tanto que ele usa choros diferentes para dizer coisas diferentes. Ele se comunica por identificação projetiva, ele faz com que eu me identifique com aquilo que ele está projetando para dentro de mim. Estar aberta a esse tipo de comunicação significa colocar à disposição do outro o meu repertório psíquico, e tentar reconhecer em mim uma experiência análoga à dele. E isso é sempre possível, porque “nada do que é humano me é estranho”.

Talvez a intuição de Bion seja o pensamento clínico em estado nascente. Acho que qualquer um dos meus casos clínicos publicados mostram esse esforço em “intuir” o sofrimento da criança-no-adulto a partir da escuta analítica e da elaboração da contratransferência. Acho que essa “intuição” resulta de uma formação analítica consistente.

MULTIVERSO: A Sra. poderia deixar uma mensagem a um jovem psicanalista?

MARION: Puxa, esta é a pergunta mais difícil, e também a mais importante. Não vou chover no molhado sobre a importância das análises, supervisões e estudo teórico. Prefiro falar sobre o que venho chamando de dissociação teórico-clínica.

As pessoas estudam muito, sabem muito, mas é como se aquilo não tivesse nada a ver com a clínica. Espaços de integração teórico-clínicas são fundamentais. Foi para isso que propus o ateliê clínico. A teoria precisa ser redescoberta viva na clínica, e ao mesmo tempo, ela precisa estar presente como pano de fundo da escuta, pois não existe escuta analítica ingênua. Naturalmente, isso não significa enfiar a teoria nas interpretações. Ao contrário, há muito mais liberdade, e a clínica fica bem mais criativa, quando a teoria está encarnada, quando ela faz parte da carne e do ser do analista – quando ela está lá discretamente como pano de fundo. Vou propor uma analogia para deixar essa ideia mais clara.

Quando você vê uma mesa, não vê o martelo e o serrote, mas sabe que foram usados, senão não haveria mesa. E pela qualidade da mesa dá até para saber se os instrumentos de trabalho foram bem usados ou não. E tem o estilo da mesa, que depende de cada marceneiro. Da mesma forma, quando um analista escuta e interpreta, ele está usando conceitos psicanalíticos como instrumentos de trabalho. Eles estão lá, discretamente, como pano de fundo. Nem nós, nem o paciente, temos que ver os conceitos-instrumentos. Mas uma análise – como a mesa – supõe que eles estão sendo usados, se possível bem usados, e que a escuta e as interpretações não são aleatórias.

Tem mais uma coisa que eu gostaria de dizer, mas é um alerta para nós todos, e não apenas para os jovens colegas. É desejável que se consiga encerrar uma análise didática tendo conquistado uma autonomia em relação ao analista e à instituição. Sabemos do risco de que a transferência se perpetue, e que acabe produzindo jovens analistas submetidos, em vez de colegas com capacidade crítica e independência de pensamento. Sair do enroscado da criança-no-adulto com as figuras parentais, mas continuar enroscado no analista ou na instituição, seria trocar seis por meia dúzia.

Enfim, é só um alerta, algo para se pensar.