



# Aspectos técnicos e teóricos sobre a psicossomática e a ação terapêutica da psicanálise\* – debate

Marília Aisenstein\*\*, Paris  
Gisha Brodacz\*\*\*, Porto Alegre

*É discutida a utilização técnica dos sonhos como objeto de comércio e fonte de criação de significados na análise de pacientes psicossomáticos. O tema da ação terapêutica veicula, da mesma forma, a co-criação de significados até então ausentes e a participação da mente do analista no processo.*

*Descritores: sonhos, psicossomática, ação terapêutica, técnica psicanalítica.*

\* Debate realizado em 13 de agosto de 2004, na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, a partir dos artigos *O sonho como objeto de comércio* (publicado neste número, p. 251) e *A ação terapêutica da psicanálise* (resumo publicado neste número, p. 261)

\*\* Psicanalista. Membro Titular da Sociedade Psicanalítica de Paris.

\*\*\* Psicanalista. Membro Associado da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.





Vou dizer-lhes apenas algumas palavras muito breves sobre o artigo que intitulei *O sonho como objeto de comércio*. Insisto na palavra comércio, que é uma palavra um pouco provocante no meio psicanalítico. Eu a escolhi justamente para mostrar que *comércio*, do ponto de vista histórico, é uma palavra latina à qual se atribui muito, hoje, a noção do dinheiro como intermediário, mas este podia ser outrora qualquer tipo de troca ou escambo.

O que eu realmente quis mostrar nesse artigo diz respeito a uma forma bastante particular de tratar o sonho, não apenas como objeto de interpretação, mas também como objeto de troca entre o psicanalista e o paciente. Por exemplo, se eu tivesse dito: *o sonho, objeto de relação*, a relação poderia significar algo dual, sem objeto intermediário, ao passo que *comércio* implica necessariamente um objeto intermediário. E o sonho pode servir para isso, isto é, para tentar criar uma área de jogo, um espaço entre o paciente e o psicanalista, se voltarmos ao que foi dito ontem à noite.

O texto em questão foi escrito inicialmente para ser apresentado num colóquio sobre o sonho. Minha intenção era focar *o objeto de comércio*, como acabo de evocar, mas, sobretudo, desfazer dois dogmas. Os dogmas sempre têm algo que me incomoda profundamente. Primeiro dogma, que ouvimos durante anos: os pacientes psicossomáticos não sonham. Segundo dogma: quando os pacientes psicossomáticos sonham, não devemos interpretar seus sonhos. Acho tudo isso totalmente errôneo, pois os pacientes psicossomáticos sonham, só não sabem ou têm dificuldade de narrar um sonho com a elaboração secundária. Ora, o que interpretamos, na análise clássica, não é o sonho diretamente, é a elaboração secundária no relato do sonho. Assim, tratar o sonho como área de jogo ou como objeto de comércio, tal como chamei, parece-me uma condição prévia para poder interpretá-lo. Isso que estou dizendo sobre o sonho, na verdade, eu poderia dizê-lo de outro modo, pois, além dos pacientes somáticos por excelência, há outros tipos de pacientes que não têm doenças somáticas, mas apresentam as mesmas falhas do funcionamento mental e as mesmas dificuldades de representação. Para estes pacientes, a atitude clássica que consiste em lhes dizer: *associe livremente* é insustentável, porque é justamente o que não conseguem fazer. Creio, portanto, que cabe a nós, mantendo-nos, contudo, estritamente psicanalistas e freudianos, ir buscar os pacientes em seu terreno, ou seja, no lugar onde eles estão. Isso faz parte do que chamo de *arte da conversação* com os pacientes. Até mesmo sonhos muito pobres e muito crus podem tornar-se um objeto de conversação.





## Comentários de Gisha Brodacz

Sendo o objetivo de meus comentários levantar algumas questões para o debate, vou partir do texto *O sonho como objeto de comércio*, porque diz respeito às patologias psicossomáticas, que compreendem uma dinâmica psíquica particular, com repercussões técnicas também particulares que, penso, é de nosso interesse poder debater. Também porque considero um privilégio poder contar com a vinda da Dra. Marília, psicanalista ligada à Escola de Psicossomática de Paris, com ampla experiência e trabalhos sobre este tema, dos quais temos sido testemunhas a partir do estudo de vários de seus textos, para ouvi-la a respeito. Sobre o pensamento operatório, característico destes pacientes, a Dra. Marília nos proporciona, em outro trabalho, *A psicossomática como corrente essencial da psicanálise* (2003), aportes atuais e esclarecedores. Mas como os dois trabalhos desta noite dizem respeito, centralmente, à técnica psicanalítica, limitarei meus comentários e formulações das questões mais a este aspecto.

O título do trabalho, de expressão inicialmente intrigante, de imediato situa o analista num papel particular, o de negociador. E, como negociador, deparamo-nos com um analista ativo que vai em busca de relações, um analista que resgata memórias traumáticas de um passado infantil, quando diz: *...mas seu pai fez muita falta a você quando você era pequeno*; e de um passado atual que diz respeito aos temas recentes da análise, quando lembra a Xavier o episódio do delito e a compreensão a que chegaram, ligando o tema ao sonho atual; é um analista com desejos, porque desejoso de fazer o paciente encontrar algum afeto ligado ao sonho. Encontramos uma analista intensamente disponível para o paciente, colocando-se como objeto de uso, oferecendo seu modo de pensar e sentir como modelo de funcionamento psíquico, contrastando-o com o do paciente. Assume a tarefa de associar livremente, ao ligar a lembrança de um fato, o delito, ao sonho atual, carente de nexos afetivos. É desta forma que o *a posteriori* é gerado no setting, e estabelecido o valor do sonho como objeto de comércio, em busca de acesso a outras cadeias associativas. Na ausência de significado emocional ligado a fatos e sonhos, a analista, valendo-se de preceitos técnicos de Pierre Marty, trata de *inventar* sonhos empobrecidos e desfigurados de sentido afetivo. E através destes procedimentos espera poder, de alguma forma, disponibilizar elementos para o necessário aprendizado do reconhecimento de emoções, matéria prima para a produção simbólica. E é dentro desta perspectiva que gostaria de encaminhar as seguintes questões:

1) Considerando que pacientes que não fazem contato afetivo com o analista e consigo mesmos geram sentimentos contratransferenciais penosos e perturba-





dores, como diferenciar a proposta de uma postura tecnicamente ativa de manifestações no analista que correspondam a um *enactment*, resultado de sua incontinência diante destas condições? Da leitura de textos seus e de M'Uzan (2003), se depreende a preocupação existente com a questão do desvio teórico e técnico ligada aos estados pré-operatórios. Imagino que tal preocupação possa estar relacionada a reações de colegas psicanalistas às idéias advindas da Escola de Psicossomática de Paris, que a senhora menciona no texto sobre psicossomática. Penso, então, que seria útil que nos clareasse no que, exatamente, consistiria o risco de desvio e se tem relação com a questão de acting do analista.

2) A senhora cita os trabalhos de M. Fain sobre os primórdios da vida fantasmática que demonstraram que o desenvolvimento pulsional erótico na direção do Édipo é obstruído a partir de *subtrações traumáticas precoces*. Gostaria de propor que nos esclarecesse mais amplamente sua concepção de trauma subjacente à criação do pensamento operatório e sua relação com depressão essencial.

3) Muitos têm mencionado a presença de uma crescente clínica formada por pacientes desprovidos de capacidade para simbolização e mesmo sem capacidade para sonhar. L. Nosek (2003), em trabalho sobre terrorismo recentemente publicado pelo Comitê de Publicações da IPA num livro sobre o tema, considera que vivemos num contexto que priva o ser humano do acesso ao prazer, cultura, vínculos, arte e poesia, ingredientes que vão além do atendimento de necessidades básicas e que são, também, essenciais à construção da mente. O indivíduo é privado de ser apresentado ao mundo dos sonhos e nele inserido. Sem sonhos, não há lembranças e tampouco esquecimento, o que transforma a ação na única saída para a dor, ódio e confusão. O autor nos alerta sobre a inevitável necessidade, diante deste tipo de fenômeno da atualidade, de modificar nosso papel como analistas, a partir da necessidade de estabelecermos um novo paradigma, onde anteriormente existia o paradigma do sonho, nossa função analítica tendo que se alterar de interpretadores para construtores de sonhos, colocando-nos num papel bem menos neutro e mais ativo do que até então tivemos. Penso que isto pode coincidir com o que a Dra. Marília Aisenstein (2004, p.257) nos propõe quando sugere: “Antes de ser um escriba e um intérprete, o psicanalista pode, às vezes, desempenhar o papel de um negociante”. A questão que se coloca é de que forma um analista alcançará esta possibilidade de levar o paciente a construir este mundo. Pensei se os chineses, privilegiados com um Templo para Sonhar na sua tradição, têm esta resposta. O fato é que nós ainda estamos à sua procura. E, por isto, gostaria de ouvi-la sobre até que ponto, tal como vemos em várias passagens de seus textos, nos responsabilizarmos pelas conexões afetivas que o paciente deveria poder estabelecer de fato o ajuda a construir um mundo verdadeiro de representa-





ções associativas, considerando que as conexões afetivas provêm da mente do analista e não da do paciente. E as reconstruções genéticas feitas pelo analista? Propiciarão, de fato, esta conexão, já que pressupõem uma relação de causa-efeito estabelecida pelo nosso conhecimento, nossas teorias, que incluem as implícitas e que, necessariamente, não correspondem ao que, de fato, se passa, ou se passou com o nosso paciente? Bion (1969), autor de quem somos muito próximos, e com quem a senhora demonstra proximidade, propõe, também, a busca do desenvolvimento da capacidade para pensar e a expansão progressiva da mente, através de uma postura *sem memória, sem desejo e sem compreensão* da parte do analista, favorecendo a emergência do que de fato diz respeito ao paciente. Como ficaria esta questão, no seu entender? Enfim, o que a senhora pensa sobre a possibilidade de tornarmo-nos mais pedagógicos do que propriamente agentes de um processo que necessariamente deve ocorrer na mente de nossos pacientes?

O texto *A ação terapêutica da psicanálise*, ainda que não se refira a condições patológicas específicas, como as psicossomatoses, veicula preocupações e propostas semelhantes, em termos da necessária *co-criação* de significados ausentes e da participação da mente do analista no processo. Destacaria duas questões sobre as quais vou tecer algumas considerações ligadas a uma proposta para o diálogo. A primeira refere-se à necessidade de desvincularmos a noção de ação terapêutica em psicanálise da supressão de sintomas, o que é exposto de forma clara e produtiva em seu texto. Não fosse assim, como a psicanálise se defrontaria com o freqüente e necessário surgimento de partes psicóticas do self que o trabalho analítico traz à tona, ao provocar o desarranjo de estruturas identitárias em seus pacientes? Seu trabalho deixa bem clara a sua posição, com a qual concordo, que o cerne de nosso trabalho diz respeito a um processo; e este, no meu entender, pressupõe desarranjo, confusão, regressão, para, a partir daí, tentar-se alcançar uma nova estruturação em bases mais reais, que inclui a atenuação sintomática. Acho que Winnicott (1978) soube bem nos transmitir como é isto. E aí – ainda que não só aí – na questão da necessária capacidade para suportar confusão, desorganização e desconhecimento, em si e no paciente, que muitas vezes intensifica a sintomatologia ao invés de suprimi-la, entraria a mente do analista, com seu *magma teórico-clínico transferencial-contratransferencial*. Gostaria de ouvi-la a respeito, para melhor apreendermos este seu conceito e clarear se ele tem relação com este ponto de vista.

Passo à segunda questão. A ampliação do conceito de identificação projetiva modificou a compreensão de seu alcance. Seu poder intrusivo, que provê o indivíduo de informações sobre a mente alheia, é reconhecido. E com isto, a visão





do analista não pode mais ser a mesma, e tampouco a noção de contratransferência. A compreensão de que alguém é capaz de vasculhar a mente do outro através de um mecanismo que não tem como ser evitado, porque simplesmente faz parte de nossa fisiologia psíquica – e isto a senhora nos expõe com muita clareza e sensibilidade com Vanya – implica na mudança de concepção da confortável posição do analista de um respeitoso senhor, ou senhora, *acima de qualquer suspeita*, para outra, bem mais desconfortável e que diz respeito a ser ele também agente do que se desenrola no setting. Mas Freud nos legou seu inestimável testemunho de o quanto a psicanálise é ao mesmo tempo bela e constantemente desconfortável. E que os *desconfortos* fazem parte de sua inserção numa metodologia científica. E assim, temos testemunhado uma mudança na direção do vetor ligado ao processo psicanalítico e da ação terapêutica: porque, se antes ele apontava para a precisão e qualificação interpretativa, progressivamente passa a apontar para o analista, para sua qualificação mental, sua postura e atitude analítica, assunto sobre o qual encontramos ampla contribuição de Meltzer (1971) e Ferro (1995), partindo dos estudos de Bion, e este último também dos Baranger (1969) sobre o campo analítico.

Com que mente o analista trabalha, então, é uma questão que se inseriu na evolução da teoria e da técnica psicanalítica, o que trouxe implicações na concepção de dois conceitos muito caros ao corpo psicanalítico: a transferência e a contratransferência. É dentro deste contexto que entendo a posição de Green, mencionada pela senhora, de que a noção de transferência precisa ser redefinida, com conseqüências inevitáveis para a concepção de contratransferência, que *foi ampliada para incluir todos os aspectos da situação psicanalítica*. Detive-me mais pormenorizadamente nesta explanação, porque, em nossos encontros para estudo de seus textos, esta foi uma questão muito debatida e fonte de dúvidas por parte de colegas. Por isto, proponho que possa falar-nos sobre como a senhora situa, hoje, a transferência no processo analítico bem como a contratransferência e sua relação com a função de identidade primária e a personalidade do analista.

Ao finalizar, me interroguei se tinha me excedido na quantidade de questões. Mas gostaria de lhe transmitir que isto é fruto da fecundidade de suas idéias e propostas, que, neste sentido, alcança algo que lhe é tão valioso: a possibilidade de pensarmos, e conjuntamente, na noite de hoje.





## Comentários de Marília Aisenstein

Agradeço-lhe muito e vou começar logo, pois há muitas questões.

Em primeiro lugar, gosto muito do termo que você utilizou: do *analista enquanto negociador*. Creio que, de fato, há algo que somos chamados a negociar com o paciente, e esta negociação diz respeito ao fato de que é absolutamente necessário fazer com que ele compartilhe nosso interesse pelo funcionamento mental. Isso é às vezes muito difícil quando estamos diante de um paciente que diz: *mas eu não penso*. É preciso, neste caso, chegar a negociar com ele e mostrar-lhe que todo o mundo pensa, todo o mundo funciona e que é sempre interessante.

Você emprega um outro termo sobre o qual concordo inteiramente, quando diz que o analista se coloca como *objeto de uso*, pois estamos aí para sermos usados pelo paciente como este puder e quiser.

Você me pergunta como podemos saber se não é um enactment, e eu respondo que, para interessar esse tipo de pacientes, somos obrigados a emprestar-lhes nosso trabalho pré-consciente. O que dizer, então, a um paciente que diz: *não penso sobre meu sonho*? Eu lhe digo que seu sonho me faz pensar nisto ou naquilo. Você tem razão de perguntar se, no fundo, não é às vezes um enactment do analista. Sua pergunta é muito difícil para mim, pois é evidente que, quando fazemos manobras em relação à posição clássica para levar o paciente para o campo do funcionamento mental, ninguém pode garantir sua pureza analítica. Nenhum analista no mundo está acima desse tipo de suspeita. Penso que é algo muito difícil de discernir. A meu ver, somente o próprio analista, num trabalho sobre sua contratransferência, pode sabê-lo. Eu diria que é preciso correr este risco.

Na questão seguinte, você fala dos traumas subjacentes à criação do pensamento operatório. Penso que existem traumas totalmente ocultos. Vou dar-lhes um exemplo. Atendo um paciente e percebo, durante a consulta, que este homem está muito gravemente deprimido, mas não sabe que está deprimido. Ele apresenta todos os sinais de uma depressão essencial. Começo a procurar ativamente o que ocorreu em sua vida para que tenha essa depressão. Não encontro nada na consulta; não compreendo nada. Levo seis meses de tratamento para me dar conta que esse homem está assim simplesmente porque o escritório da sua empresa mudou-se. Um neurótico clássico estaria furioso, se queixaria, ficaria com raiva, mas saberia por que em todo caso. Para um paciente extremamente frágil, sem um bom tecido de representação, uma mudança, isto é, uma ruptura no enquadramento da vida, o qual lhe serve de enquadramento psíquico, significa uma catástrofe. Por outro lado, você pergunta sobre o trauma recalcado, mas não creio que se possa realmente falar em recalque do trauma, porque o trauma tem um valor anti-





historizável e antimental. Se pudermos recalcar algo traumático, isso deixa de ser traumático.

Passando ao texto sobre a ação terapêutica, você cita Nosek, no livro sobre o terrorismo. Concordo plenamente com tudo o que Nosek desenvolve em sua obra e com a idéia de que vivemos num mundo em que o indivíduo é cada vez mais privado de sonhos, esquecimento, capacidade de representar-se e de recalcar. Este é um dos aspectos extremamente preocupantes de nossa civilização atual. E penso que aí o papel da psicanálise torna-se cada vez mais indispensável, não mais para reduzir sintomas, mas para restaurar capacidades de pensar que são atacadas pelo nosso tipo de civilização. Eu gosto muito de tudo o que escreveu Anna Arendt, e, em relação ao pensar, ela escreve textualmente que “viver e pensar são a mesma coisa”. É por isso que sou muito otimista em relação ao futuro da psicanálise, pois nenhuma das terapias novas e diversas, que podem às vezes ser muito eficientes na redução de sintomas, é capaz de restaurar as capacidades de pensar.

Você me pergunta também se as reconstruções genéticas feitas pelo analista podem favorecer a conexão com um espaço de sonho e de pensamento. Eu diria que sim. O tratamento analítico favorece isso, não especialmente mais as construções do que outra coisa, é o próprio processo. Penso que às vezes reconstruímos algo na análise, mas algumas vezes construímos pura e simplesmente algo. Existem pacientes que perderam sua história, esqueceram e não simplesmente recalcaram, ou pacientes que não têm história por terem vivido séries traumáticas não-historizáveis. Então, no caso desses pacientes, o trabalho psicanalítico vai construir algo, e a história deles será a história da sua transferência. Recomendo a vocês um excelente livro que marcou toda a escola francesa de psicanálise, foi publicado há 35 anos e intitula-se *A Construção do Espaço Analítico*, de Serge Viderman.

Mais adiante, você me pergunta, de um modo mais inteligente do que estou resumindo aqui, o que penso da posição de Bion *sem memória e sem desejo*. Acho essa frase formidável do ponto de vista didático, mas só pode ser aplicada com pacientes que já têm um funcionamento neurótico e mental, ou até mesmo psicótico, uma vez que aquilo que é psicótico é muito mental. Porém, em se tratando de pacientes com falhas no sistema de representação, com lacunas enormes na representação, garanto que, se chegarmos *sem memória e sem desejo*, nada acontecerá.

Isso me leva à questão seguinte por ela estar relacionada. De fato, no texto sobre a ação terapêutica, falo em co-criação de um sentido que está ausente. Penso que quanto melhor funcionam os pacientes, mais estes associam, mesmo que sejam completamente neuróticos, cheios de sofrimento ou psicóticos, e aí, creio







muito no silêncio analítico e na condição de espera. E quanto mais são pacientes-limites (no que se refere ao sistema de representação) mais a sessão deve tornar-se, penso eu, uma co-criação, indo em busca de um sentido que não está presente. Ir em busca daquilo que é calado é perguntar a um paciente, por exemplo, por que uma situação aterrorizadora parece não o angustiar.

Você diz também que o analista se torna o agente daquilo que ocorre. Concordo inteiramente quanto ao termo que você usa, porém eu gostaria de insistir na idéia de que, de fato, podemos ser agentes, podemos assumir posições de co-criação com o paciente, ir em busca daquilo que é calado ou está ausente, mas são posições muito mais ativas do que a posição clássica. Estou convencida de que podemos fazer isso mantendo a neutralidade analítica. É por essa razão, como sempre digo na Sociedade de Paris, que os pacientes difíceis devem ser atendidos por analistas consagrados ou com um nível avançado de formação, pois é preciso ter passado por uma longa experiência com pacientes mais clássicos para chegar a esse tipo de trabalho. Para se saber tomar liberdade em relação a um modelo, é preciso conhecê-lo a fundo, senão se faz besteira. É por isso que sou contra a tendência, que temo ser um pouco geral e acho insuportável, que têm os membros titulares-didatas de enviar os pacientes difíceis aos jovens, ficando com os neuróticos.

Você me coloca uma última questão relacionada com a contratransferência e a transferência. De fato, é nossa concepção atual, em todo caso minha concepção atual, seguindo a posição de André Green, em seus últimos livros, especialmente em *Le Temps Éclaté* (2000), que a noção de contratransferência deve ser absolutamente ampliada para dar conta de todos os aspectos da sessão analítica. Autores muito diferentes dizem exatamente a mesma coisa, como Betty Joseph, que esteve no mesmo painel que eu em New Orleans. Isso se inscreve na continuação de Winnicott e Bion. Penso que é a ampliação da noção de contratransferência que nos obriga a repensar a definição freudiana clássica da transferência. Porque a noção freudiana da transferência, tal como é descrita por Freud, implica que tenha havido na infância uma neurose infantil da qual a neurose de transferência seria uma duplicação. Ora, na clínica atual, temos casos muito menos neuróticos, e mesmo assim há transferência. Penso que sempre há transferências, pois há, no homem, uma compulsão a transferir. Considero que existem diferentes níveis de transferência. Há a transferência no objeto, que é a mais clássica (de meu pai para meu analista), a transferência na linguagem, na qual há uma transferência da representação de coisa para a representação de palavra, e, penso eu, um terceiro nível de transferência, que talvez seja a mais difícil de apreender e está incluída nos outros dois níveis, que é a transferência de base, aquela do somático para o





psíquico, já presente na definição freudiana da pulsão. A meu ver, o complicado é manter juntos os três níveis de transferência. Às vezes, quando temos um paciente que nos faz dizer: *ah, não há transferência, não estou vendo transferência*, é porque não se trata da transferência de objeto. É sempre muito mais difícil identificar as duas outras formas.

Comentário – *É estimulante e agradável acompanhar esse comércio psicanalítico entre convidada e debatedora. Penso que é o momento de ampliar a troca, a negociação, o comércio, ouvindo o que vocês têm a trazer como mercadoria.*

Comentário – *Eu gostaria de agradecer à Dra. Marília pelas questões instigantes que nos traz. Dando continuidade à temática de ontem, para mim, isso faz pensar tanto que quase dói. Ela faz uma colocação sobre o trauma, e o trauma está tão em moda que será o tema do próximo Congresso. Ela coloca a questão de o trauma ser recalçado, ou melhor, não ser recalçado. Confesso não ter entendido bem. Como é que o trauma, no sentido que é citado, não é recalçado? Uma outra questão: existem situações traumáticas que são esquecidas. Que mecanismo é esse? Pensando em termos de representação-coisa, para ser recalçada, precisa ter havido representação-palavra. Se a senhora está pensando, por exemplo, no trauma do nascimento, no qual pode haver apenas representação-coisa, este talvez nunca seja consciente, permanecendo no inconsciente. Então, o esquecimento que a senhora cita tem a ver com isso, porque, em termos de desenvolvimento freudiano, o esquecimento está muito mais próximo do mecanismo da supressão, que se mantém no pré-consciente, bastando um esforço para ser lembrado. Eu gostaria que isso fosse esclarecido.*

MA – Vou tentar. Você tem toda a razão: há várias formas de esquecimento. Há o recalque clássico, há a supressão... Os ingleses usam *repression* tanto para a supressão quanto para o recalque<sup>1</sup>. A escola francesa faz uma distinção. Existe o recalque clássico, descrito por Freud, e a supressão, que é uma forma de afastamento através da ruptura do afeto na qual o acontecimento não é esquecido,

1. N.R.: A convidada faz menção a dois termos em francês: *réfoulement* e *répression*. O primeiro é traduzido para o português como recalque ou repressão. O segundo (*répression*) é o que chamamos de supressão, mas que é, por vezes, erroneamente traduzido também como repressão. A palavra repressão, como sinônimo de recalque, foi especialmente utilizada na tradução em inglês das obras de Freud da Standard Edition e, com isto, foi amplamente difundida em nosso meio. Isto, porém, pode gerar confusões quanto à definição do outro mecanismo (supressão) ao qual se refere a Dra. Marília Aisenstein, em função de que este, em francês, é conhecido como *répression*.





mas desinvestido. É algo muito próximo dos mecanismos de isolamento, mas não é a mesma coisa, pois, na supressão descrita pela literatura psicanalítica francesa, há um mecanismo quase consciente no início.

*Comentário – A senhora concorda com a tradução de Laplanche? Pois a supressão não é enviada para o inconsciente, permanecendo no pré-consciente.*

MA – Neste caso concordo com Laplanche, embora nem sempre concorde com ele. De fato, o que é suprimido não vai para o inconsciente, permanece no pré-consciente ou mesmo no consciente. A diferença em relação ao isolamento é que este é inconsciente, uma vez que faz parte de um processo defensivo, enquanto que a supressão é um mecanismo quase consciente inicialmente. O sujeito diz: “não quero pensar nisso”, e consegue deixá-lo fora de circuito, desinvestindo, rompendo o afeto, o que provoca traumas que levam anos de análise para atualizar. É algo que não é esquecido, mas ao qual não é dada importância.

*Comentário – Li em um de seus trabalhos algo que achei muito interessante. A senhora fala sobre a diferença entre o estilo das interpretações dos analistas franceses e dos analistas ingleses. Quando lemos os textos de autores franceses e ingleses, também notamos essa diferença. Os franceses têm uma linguagem mais próxima da filosofia, da literatura, da poesia. Eu gostaria que a senhora esclarecesse um pouco melhor de que modo lhe parece que essa diferença dos estilos interpretativos influencia o curso do processo psicanalítico.*

MA – Sua questão é difícil. Eu mesma já me perguntei muitas vezes sem saber responder. É verdade que a análise não é uma ciência exata, e muitas vezes podemos nos perguntar como um determinado paciente teria evoluído com uma técnica totalmente diferente, conduzida por um outro analista. Mas posso lhe dizer que, de fato, a análise é totalmente singular e ao mesmo tempo se inscreve num campo cultural. Penso que referências literárias e filosóficas fazem parte do panorama cultural francês num sentido amplo, enquanto que os ingleses são conhecidos por seu pragmatismo, o que, aliás, reivindicam. Mesmo com uma técnica similar, as referências culturais fazem com que tanto o paciente quanto o analista sejam totalmente influenciados pelo meio.

*Comentário – Tenho perguntas que vou fazer de forma breve, médica, talvez comprometendo um pouco a clareza. A primeira tem a ver com o que a senhora colocou sobre o nível de transferência. Será que, no nível de transferência em*





Marília Aisenstein e Gisha Brodacz

*que está envolvida a palavra, os casos que temos são casos mais próximos da situação do fanatismo?*

MA – Fanatismo, não sei. Não posso responder-lhe, mas concordo que a palavra pode assumir um valor totalmente concreto e, às vezes, até mesmo um valor de descarga.

*Comentário – Durante toda a conferência, fiquei pensando muito no caso de uma criança de seis anos. Eu queria saber o que pensa sobre a inter-relação da latência – na entrada da latência – com a construção do pré-consciente. Trata-se de um menino que passava de movimentos muito intensos de raiva, agressão, para crises de asma. Ou atuava a raiva ou a trancava tanto que tinha que ser hospitalizado. Na primeira sessão, exigiu que eu o pegasse no colo, brincamos: eu tinha que sentar em uma poltrona que era como uma cadeira elétrica que dava choques. Eu tinha que levantar e continuar procurando outros lugares para que ele parasse com os choques. Durante todo o tratamento, foi mais ou menos esse o contexto de achar um espaço, ou melhor, não apenas achar, mas construir um espaço. Minha questão se refere à relação dessa construção de espaço (que depois conseguimos formar e nele entrar) com o período de latência. A grande dificuldade está na influência dos pais nisso. Com o tempo interromperam o tratamento do filho. O menino não tinha o ambiente de contenção, de rêverie. Muito tempo depois da interrupção do tratamento, fiquei sabendo que ele tinha desenvolvido um câncer de pele, mas recebeu um tratamento adequado.*

MA – Você tem toda a razão. É evidente que o período de latência é o momento indispensável para que seja assegurado o bom funcionamento de um pré-consciente na passagem à puberdade. Em geral, o período de latência é o momento em que o pensamento se dessexualiza, o que justamente permite os estudos sobre investimento intelectual. Quando um analista procura uma área, um espaço de troca com um paciente, está justamente buscando um espaço de pensamento dessexualizado. Essa é a base necessária a qualquer espaço de pensamento e de troca. Eu diria até mesmo que o período de latência pode ser utilizado como um modelo paradigmático. □





## Abstract

### Technical and theoretical aspects of psychosomatics and the therapeutic action of psychoanalysis – debate

The technical use of dreams as an object of exchange and source of creating meanings in the analysis of psychosomatic patients is discussed. The theme of therapy equally imparts the co-creation of meanings that had been absent until now and the participation of the analyst's mind in the process.

Keywords: dreams, psychosomatic, therapeutic action, psychoanalytic technique.

## Resumen

### Aspectos técnicos y teóricos sobre la psicossomática y la acción terapéutica del psicoanálisis – debate

Es discutida la utilización técnica de los sueños como objeto de trueque y fuente de creación de significados en el análisis de pacientes psicossomáticos. El tema de la acción terapéutica vehicula, de la misma forma, la co-creación de significados hasta entonces ausentes y la participación de la mente del analista en el proceso.

Palabras llave: sueños, psicossomática, acción terapéutica, técnica psicoanalítica.

Recebido em 13/08/2004

Aceito em 18/08/2004

Tradução de **Vanise Dresch**

Revisão técnica de **Lúcia Thaler**

**Marilia Aisenstein**

72, rue d'Assas,

75006 – Paris – France

E-mail: mariliaais@hotmail.com

© Revista de Psicanálise – SPPA

