


[voltar ao sumário](#)

### Resumo

Resenha de Sérgio Telles; Beatriz M. Coroa; Paula Peron (orgs.), *Debates clínicos*, v. 2, São Paulo, Blucher, 2021, 168 p.

### Autor(es)

Rogério Coelho de Souza Souza  
é médico e psicanalista

[voltar ao sumário](#)

### LEITURA

## Experiências psicanalíticas compartilhadas

[*Debates clínicos*, v. 2]

Shared psychoanalytic experiences

Rogério Coelho de Souza Souza

É um prazer encontrar, ou reencontrar, um trabalho que versa de modo tão sério e competente sobre o universo psicanalítico como o livro *Debates Clínicos, volume 2*. Reencontrar porque se trata do segundo volume de uma compilação de textos publicados na seção homônima da revista *Percurso*, do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo.

Como explicado pelos organizadores do livro, consiste em seis "encontros" de três colegas psicanalistas representantes de diferentes correntes teóricas e participantes de diferentes instituições psicanalíticas. Cada "encontro" se faz pela apresentação de um material clínico, trazido pelo apresentador, seguida pelos comentários de outros dois colegas psicanalistas.

Os participantes são convidados pela revista *Percurso* e só se conhecerão ao final de cada processo. Pelo debate clínico é que se apreenderá qualquer base teórica que suporte a discussão. Prioriza-se o material clínico de modo a buscar vencer eventuais divisões do campo psicanalítico, a fim de chegar à integração e estimulação para a compreensão das convergências ou divergências encontradas na prática clínica.

O material clínico é apresentado por escrito, o que constitui uma tarefa bastante complexa para os participantes, mas de fundamental importância na transmissão da psicanálise, ao promover reflexão, investigação e compartilhamento do saber psicanalítico.

Os colegas psicanalistas que aceitaram participar dessa experiência enfrentaram o desafio de narrar a experiência de um encontro psicanalítico e se permitiram comentar acerca dessa narrativa.

No *Caso 1: O homem dos pesadelos*, C. Katz apresenta um paciente envolvido em seu masoquismo, com intensos e frequentes pesadelos, além de dificuldades em pertencer a sua família, de origem judaica. Baseando-se na compreensão de que o tratamento encontraria alguma solução para os conflitos do analisando, uma vez que a experiência do regime transferencial pode ser perlaborada pelo paciente, nos é descrito um paciente em sua ambiguidade melancólica, que se oferecia como um permanente azarado. Preso a seus sintomas, se via demasiado sozinho para que o analista pudesse acompanhá-lo e compreendê-lo em seus sonhos/pesadelos, vivendo numa "solidão negativa incurável" (p. 18). As características judaicas do paciente e a familiaridade do analista, também judeu, com elas, fazem com que a apresentação esteja envolvida em interessante explicação de fonemas linguísticos em iídiche.

D. Gurfinkel, o primeiro comentarista, diz que o "homem dos pesadelos parece sofrer de uma neurose de destino" (p. 20), como se congelado numa "fixação insensata do negativo" (p. 21) que nos obrigaria a recorrer a um modelo teórico-clínico que fosse além da clínica do recalçamento. Destaca-se um masoquismo melancólico ilustrado pela constante nostalgia do paciente. O comentarista aponta que o caso está fora dos modelos da neurose e da psicose, é um dos ditos casos *fronteiricos* (campo psicopatológico das neuroses narcísicas proposto por S. Freud), que obrigaria o trabalho analítico a se sustentar todo o tempo na investigação dos aspectos da contratransferência visando à reconstrução da função do sonhar.

J. M. Canelas Neto, segundo comentarista, lembrando do conceito freudiano de narcisismo primário, alerta para o risco da atração a uma identificação com o masoquismo do paciente. Marcado por uma transferência narcísica, o paciente se aproveitaria dos benefícios narcísicos masoquistas. Ao acompanhar as colocações do analista sobre como os pesadelos pareciam ter como característica permanente o "não", fazendo com que a divisão do Eu se instalasse permanentemente, o comentarista pergunta se isso se refere à divisão "que se instaura no sujeito do desejo? Os pesadelos refletiriam o lado destrutivo do desejo?" (p. 33). Duas perguntas essenciais, a seu ver, para pensar o caso clínico apresentado.

No *Caso 2: O caso da mulher resignada à sua triste sina*, D. Delouya traz uma paciente constantemente aflita por sentimentos de desmoronamento, como uma sina à qual tinha de se submeter e lamentar pelo infortúnio. Vivendo em exasperada solidão, desesperada e sob o temor do colapso, traz à análise alguns sonhos nos quais, apesar de certos indícios de crescimento psíquico, o que se pode interpretar é que "o espaço de brincar de adulta (seu desejo, e sexual, com um homem) não era resguardado devido à interferência, nela mesma, das carências femininas da mãe" (p. 38-39). O temor da paciente em relação aos desejos desencadeados pela doença da mãe e pelo risco de morte que surge interferem diretamente na possibilidade de assumir sua sexualidade e seu papel de mulher.

A. M. T. Trinca, primeira comentarista, propõe que as condições familiares do início da vida da paciente "não lhe ofereceram segurança básica para a constituição de uma organização mental estabilizadora" (p. 41). Impossibilitada de lidar com os desejos edipianos, abdicando de se identificar com a mãe, se afastando do amor paterno, torna-se uma mulher submetida a relacionamento instável, necessitada de amor, de sustentação emocional e financeira, à procura da família ideal. Projetivamente tenta cuidar de si mesma ao se colocar no lugar dos

necessitados, tentando manter-se viva por meio de boas ações. Destaca que o prazer com que o analista interagiu com a paciente transformou-se na condição favorável da contratransferência, sugestivo de uma aproximação da paciente a objetos mais consistentes e realistas.

A. L. Viviani, segundo comentador, apresenta algumas hipóteses nas quais a queixa deve ser entendida como manifestação de dor e de sofrimento. O sintoma da paciente seria cuidar, fazendo dele uma sucessão de fracassos, sina que é atribuída à mãe. O comentador explica, "entre hipótese e conjecturas [de uma histeria], estamos até aqui na versão imaginária do sintoma [como] metáfora que expressa alguns traços para avançar na construção da fantasia inconsciente" (p. 51). A sina do permanente cuidar da paciente seria um tipo de gozo sintomático. Ainda que a fantasia inconsciente não possa ser interpretada, pode ao menos ser construída, revelando seus traços nos lapsos, chistes, sonhos e na associação livre. A angústia expressa a formulação imaginária na qual a submissão e o sacrifício à sina do cuidar levam a paciente à posição na qual se define e é reconhecida, ainda que a faça muito infeliz.

No *Caso 3: História de um homem só*, M. L. Ribeiro de Souza nos traz um paciente homossexual preso em círculo repetitivo de busca compulsiva por companheiros e ameaçado pelo desejo de morte de si mesmo e dos outros. Envolvido por intensa solidão, o interesse do paciente por se aprofundar na investigação de suas relações emocionais primitivas é rapidamente dissipado. Entende a analista que existiria "uma reatualização constante de uma cena infantil da qual nada pode ser alterado ou relativizado; estamos frente a frente com uma cripta" (p. 59). A noção de cripta, conceito desenvolvido por N. Abraham e M. Torok no livro *A casca e o núcleo* (1995), será recuperada pelos comentadores. Respondendo de modo agressivo a qualquer coisa entendida como rejeição, o paciente atuava regressivamente até que uma mudança pudesse ocorrer, quando passa a trazer sonhos para as sessões. Retornar à casa dos pais, de onde havia sido excluído e ser reconhecido, era o desejo expresso ambivalentemente em seus sintomas. Ao querer ser especial, nada podia aceitar que assim não fosse.

O. de Souza, primeiro comentador, enfatiza que o conceito de cripta, trazido pela analista, aponta para as dificuldades do paciente em simbolizar. Frente a isso cabe ao analista desenvolver sua sensibilidade para a escuta das palavras encriptadas que insistem em se fazer ouvir pela via do retorno dos fantasmas em sua desolação melancólica, seus enredos masoquistas, suas roupagens fetichistas, suas feridas psicossomáticas (p. 67).

Algo mais que a interpretação reconstrutiva do fator traumático da cena de exclusão da casa paterna entra em jogo quando a analista regula a qualidade de suas respostas às atuações do paciente, incluindo suas respostas à captação da contratransferência. Tudo parece girar em torno das consequências das falhas do narcisismo primário frente ao posicionamento do paciente às situações de rivalidade. A agressividade sem real potência e sem alvo constitui para o comentador o cerne do sofrimento psíquico que se apresenta.

E. M. de Ulhôa Cintra, segunda comentadora, aponta para a necessidade de total empatia aliada a relativa reserva, que permitam compreender os variados significados das comunicações do paciente. Para ela, uma transferência paradoxal instalou-se na situação analítica. Utilizando ideias de D. W. Winnicott sobre o medo do colapso, propõe que a história de morte em questão na análise já ocorreu: "o que aconteceu está se repetindo agora, para não acontecer mais como no passado" (p. 74). Aquilo que não pode ser lembrado é repetido em seguidas manifestações que não podem ser transformadas, deformando o Eu e provocando reações terapêuticas negativas. A agonia dessa vivência pelo paciente solicita do analista uma presença que compartilhe o afeto, uma vez que a "inteligibilidade da vivência de agonia psíquica é o essencial da tarefa psicanalítica" (p. 77).

No *Caso 4: Momentos de uma análise*, N. B. S. de Miguez traz o relato de alguns momentos da análise de um paciente que fora atendido dez anos atrás. Trata-se de um jovem de 30 anos, que teria síndrome do pânico desencadeada na passagem para a universidade e tratada inicialmente por medicação e psicoterapia. Tempos depois voltaram a se apresentar a angústia e os temidos momentos de pânico. No correr da análise predomina um clima de sedução, ficando longe o pânico de uma morte iminente. Frente a uma nova frustração, é tomado por raiva e mágoa pelo que entende ser uma injustiça para com ele. O sentimento de injustiça toma conta dos relatos do paciente e os sintomas reaparecem. Logo são substituídos por sentimentos de desespero, orfandade e depressão, além dos anteriores sentimentos de culpa e do autocastigo. A analista entende que o "sofrimento do sintoma dá expressão ao prazer da realização do desejo de ser o objeto passivo e preferencial da paixão paterna, da paixão protetora desse pai que afirma sua potência no amparo aos fracos e limitados" (p. 87).

L. Nosek, primeiro comentador, destaca que uma discussão clínica pode apenas iluminar parcialmente um momento da relação analítica levando a uma compreensão sempre provisória. Aponta que os sentimentos de morte do paciente se referem a um estado particularmente agudo de angústia, na qual a fantasia mais comum é a de estar longe dos objetos primários. Estaríamos frente à catástrofe psíquica na qual o mecanismo de *splitting* tem particular importância. Escreve que gosta de pensar "que posso ouvir a fala do paciente e, ao mesmo tempo, visualizar a cena, o psicodrama tácito que se desenrola na sala de análise" (p. 94), na qual o encontro tem potência traumática para ambos os participantes. Pergunta se o paciente tolera ser penetrado por uma ação interpretativa, uma vez que pode haver precariedade de construção do espaço de interioridade que dificultaria a possibilidade de lidar com pulsões e fantasias, configurando-se aí o maior desespero. Afirma que o paciente poderia usar a analista como um porto seguro de onde lentamente, nas frestas da proposta transferencial, aconteceriam oportunidades de elaboração e construção de seu universo psíquico.

A. R. C. Trachtenberg, segunda comentadora, destaca a presença da síndrome do pânico como um corpo estranho na vida desse paciente. Indagando por algo traumático na composição psíquica do paciente, se pergunta pela possibilidade de que ele tema novo trauma na própria análise, na medida em que sua angústia parece ser de natureza pré-edípica. Especula sobre a necessidade do paciente de um pai protetor que o blindasse dos terrores da vida, mas que por outro lado poderia se tornar uma referência interna por demais exigente para se tornar

merecedor de amor e amparo. Qualquer fraqueza ou debilidade seria vivida como uma decepção imposta raivosamente ao pai. Diz:

*é um jeito de matá-lo, decepcionando-o em sua suposta expectativa narcisista. Como esse pai vingativo se torna vingativo frente à decepção? Causando uma morte iminente. Essa é a lei do narcisismo: matar ou morrer, não há estações intermediárias (p. 103).*

No *Caso 5: O caso Hilda*, B. Coutinho, apresenta uma paciente que recebera o nome de uma tia paterna morta aos nove anos de idade. Herdeira de uma situação familiar na qual a avó paterna, enamorada de outro homem, abandonara o marido e ficara impedida de que os filhos tivessem contato com ela, ela visita às escondidas essa avó, de quem cuida. Para o analista, por trás da assiduidade das visitas à avó, há uma tentativa de reescrever sua história familiar com um novo roteiro. Assim, condensava duas personagens: "a Hilda morta que agora reencontrava a mãe, papel que lhe delegara o inconsciente do pai ao lhe dar o nome da irmã morta, e a Hilda neta viva que procurava se aliviar do compromisso de ser a filha morta" (p. 106). O fragmento de sessão trazido para comentários mostra que a paciente se colocava muitas vezes como uma criança em busca de amor e amparo. Ficava evidenciada uma repetição idealizada da relação com o marido, sugerindo uma situação de solidão e abandono para obter o amor do analista apesar da relação com este ser marcada por aspectos ambivalentes.

A. M. Amaral, primeira a comentar, destaca que é na criatividade literária do analista que se nos apresenta seu pensamento clínico. Chamando a atenção para o campo da transferência-contratransferência, mostra como o analista pensa a si mesmo como polo erótico necessário para que a relação possa acontecer, mas o que importa é desvelamento da transferência erótica, ela mesma pensada como transferência negativa. "É a escuta do analista, em suas pontuações e interpretações, que vai permitir ao analisando sentir-se responsável por sua história sem tantas identificações e projeções" (p. 115), diz a comentadora.

N. da Silva Jr., segundo a comentar, chama a atenção para a confusão de gerações envolvida. O nome de Hilda vem da tia paterna, que teria morrido graças ao abandono da mãe, leitura particularmente violenta da parte do avô traído e continuada pelo pai ao dar-lhe esse nome. Hilda é porta-voz fúnebre da dor paterna, fruto da dor recalçada, apelo ao retorno da mãe, embora também seja acusação de homicídio dirigida a essa mãe. Tudo condensado no seu nome. O desafio da análise passa a ser descolar Hilda desse sistema de identificações, na busca para ser um sujeito e ser uma mulher. Caso não se leve em conta a inclusão do ego da paciente em sua repetição, o analista se veria envolvido nessa cena transferencial e acabaria atuando os papéis oferecidos pelos lugares transferenciais. Uma alternativa possível seria aquela de privilegiar, nas intervenções, a repetição como um todo, isto é, a indissociabilidade dos dois lugares do homem, aquele do homem opressor (marido/pai/avô) e aquele outro do outro homem (amante da avó/marido da paciente), em suas sucessivas encarnações (p. 123).

Isso permitiria uma emancipação, tanto ao analista como à paciente, das repetições que os constroem.

O *Caso 6, Territórios e fronteiras: por onde pisa o psicanalista de crianças?*, apresentado por A. M. P. Rodrigues, traz dois atendimentos e várias considerações de natureza técnica e teórica sobre o atendimento psicanalítico a crianças. Explica que a situação relatada teria acontecido há quase trinta anos. Diz:

*transitar entre várias fronteiras torna-se o dia a dia do psicanalista de crianças e adolescentes. Depara-se com e é desafiado pela interseção dos territórios do intrapsíquico e do intersubjetivo, com as relações de domínio entre pais e filhos, entre irmãos e familiares, com a escola e com outros profissionais envolvidos no atendimento, entre outros possíveis territórios e fronteiras a transitar (p. 126).*

A primeira paciente é menina que inicia sua análise aos 4 anos de idade, com um comportamento excessivamente agressivo. A analista a contém física e psicicamente. A situação familiar exigiu que os pais fossem longamente orientados na direção de poderem vir a dar continência à filha. É apresentada uma sessão quando a menina já tem seis anos de idade. Entendemos que a menina desejava ter sempre o controle, mas agora, a esta altura da análise, já escutava a analista, que não era mais vista como uma extensão sua, suportando melhor algum obstáculo à realização de suas vontades. Nas considerações teóricas apresentadas, discutem-se os excessos traumáticos, inclusive de natureza narcísico-identitária descritos por R. Roussillon. Outro paciente, menino de 9 anos, é apresentado com falhas significativas em ser contido e pensado pelos pais, que assim teriam ajudado a ativar ódio e sadismo intensos no filho. Uma sessão é apresentada, em que as falhas materna e paterna são evidenciadas na conduta sádica do menino, que, com grande retração narcísica, prefere a apatia e a indiferença. Estamos no campo das dificuldades do ser, das cisões e retrações narcísicas, com fortes vivências de desamparo. Lembrando o conceito de *rêverie*, introduzido por W. Bion, a colega indica como o psicanalista transita por territórios vastos, alargando suas fronteiras, cada vez mais exigido em seus recursos intrapsíquicos e em sua capacidade para relacionar-se.

E. Rache, primeira a comentar, lembra da trajetória feita pelos psicanalistas de crianças, começando pelos ensinamentos de M. Klein e caminhando para a compreensão das equações simbólicas preconizadas por H. Segal, tão bem utilizadas pela analista na apresentação do material clínico. O acesso aos dados emocionais dos pais é posto em relevo. A comentadora também destaca os aspectos técnicos e teóricos trazidos, resgatando a terminologia que designava os chamados pacientes *borderlines*, pacientes-limite, pacientes com sofrimentos

narcísico-identitários, a ponto de que o desenho dessa clínica foi se configurando tendo o trauma como figura central, cuja violência, ao arrastar consigo aspectos do psiquismo para fora do circuito constitutivo do eu, comprometem-no em sua função de se apropriar de si mesmo?- falta em Ser (p. 146).

Isso leva o psiquismo a duas possibilidades de funcionamento, uma em que a representação se faz possível e outra marcada pela compulsão à repetição, em que a ligação simbólica está prejudicada.

A. S. L. de Souza, segunda comentadora, também faz uma reflexão que ressalta aspectos da teoria e da técnica no atendimento às crianças. Destaca as contribuições de E. Bick, para dar relevo a uma clínica viva do pensamento kleiniano, lembrando que descompassos afetivos na dupla mãe/bebê provocam perturbações no desenvolvimento da pele psíquica, nas quais se criaria uma pseudoindependência do objeto materno com uso inapropriado de certas funções mentais. Daí que a intervenção psicanalítica se dirigirá para a criação de algo que nunca teria existido no campo psíquico, entendendo a análise como campo de construção de um objeto continente. Destaca o trabalho feito com os pais dos pacientes, evidenciando que o conceito de parentalização refere-se ao processo pelo qual passam os pais para permitir que se tornem pais de seus filhos. Nesse trabalho interno, vivenciam profundas transformações identificatórias nas quais são reeditados conflitos antigos. A partir desses vínculos afetivos, construídos nesse interjogo interno e relacional, é constituído o processo de subjetivação da criança (p. 153).

No percurso pelo volume 2 de *Debates Clínicos* vai-se ao cerne da Psicanálise, com toda a riqueza polifônica de seu pensamento e de sua prática clínica, generosamente ofertada pelos dezoito colegas psicanalistas.



voltar ao topo

voltar ao sumário



Percurso é uma revista semestral de psicanálise, editada em São Paulo pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae desde 1988.

Sociedade Civil Percurso  
Tel: (11) 3081-4851  
✉ [assinepercurso@uol.com.br](mailto:assinepercurso@uol.com.br)

© Copyright 2011  
Todos os direitos reservados