

# Sobre a sessão única e o rosto do analista

## modulações na técnica<sup>1</sup>

Maria Elisa Pessoa Labaki

Muito se tem discutido sobre as fronteiras entre o tratamento psicanalítico clássico e as “psicoterapias”. Inspirado num caso descrito por Freud, este artigo procura situar de outro modo as clássicas distinções entre ambos.

### Katharina

**E** levado por Freud (1893) à categoria de caso clínico, o mais curto deles, o de Katharina<sup>2</sup> descreve o encontro do turista com uma nativa num dos mais altos cumes alpinos. Convocado a retomar em suas férias o ofício de analista – “a verdade é, senhor, que meus nervos estão ruins”<sup>3</sup> – Freud alça vôo de volta rumo ao território da clínica. Sem, no entanto, fazer como Ícaro, que se espatifou no mar quando suas asas de cera derreteram com o calor do sol, tão alto voou, Freud aceita o convite para interromper seu lazer, apossando-se com humor desta interferência

que o convida a aterrissar. Diz ele: “Assim lá estava eu novamente às voltas com as neuroses – pois nada mais poderia haver de anormal com aquela moça de constituição forte e sólida e de aparência infeliz. Fiquei interessado em constatar que as neuroses podiam florescer a uma altura superior a 2000 metros”<sup>4</sup>. A narrativa do caso não deixa claro o período de tempo durante o qual se sucedeu a conversa entre os dois, mas tudo indica que um dia se passou até que Freud decifrasse as causas dos sintomas que afligiam Katharina. Falta

**Maria Elisa Pessoa Labaki** é psicanalista; mestre em Psicologia Clínica pela PUC/SP; membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, onde também é professora no curso de Psicossomática; professora na Universidade São Judas Tadeu; autora de *Morte* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

de ar, sensação de sufoco, cabeça pesada, pensamentos sobre morte, zumbido e martelar, tontura, visões de um rosto medonho que a olhava, desmaios, idéias de ser agarrada por trás eram algumas das manifestações que a acometiam em suas crises histéricas. Ainda que admitisse a observação de ter sido este caso solucionado apenas com base em conjecturas, Freud reconhece nas lembranças atuais da moça a significação *après-coup* dos indícios traumáticos infantis relacionados com experiências de sedução.

Naquele ano de 1893, ainda fiel à sua teoria sobre a etiologia traumática das neuroses, sua *neurótica*, que identificava as causas da histeria nas experiências sexuais infantis de sedução por um adulto<sup>5</sup>, Freud mostra sua habilidade e talento em conduzir o trabalho em direção à emergência de lembranças traumáticas, cujo esquecimento levava Katharina a fabricar seus sintomas. Embora não

tendo sido atendida sob a técnica da hipnose, Katharina mostrou-se pouco resistente, não obstruindo o acesso a suas memórias e reagindo emocionalmente a muitas das lembranças. Em algumas passagens, Freud mostra como a estimulava a re-construir suas lembranças a partir de elos que ele, literalmente, sugeria, o que acabava por assemelhar tal processo investigativo ao método de hipnose. Misturar, ao ouro puro da análise, o cobre da sugestão<sup>6</sup>. Química não só possível, como necessária, dada a urgência com a qual foi interpellado pela nativa durante sua subida à montanha. Freud sabia que não seria possível manter com ela um contrato usual, em vista das condições em que se dera o encontro entre eles. Sua pressa em descobrir os eventos patogênicos se apoiava, por um lado, na necessidade de sanar o sofrimento da moça dentro do menor tempo possível. Por outro, sentia-se au-

torizado a fazê-lo, sustentado que estava na transferência. “O senhor é médico? (...) O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes, senhor. E pensei que tivesse alguns momentos a perder...”<sup>7</sup>. Ora, estavam ali presentes os ingredientes básicos para o início de uma análise (aqui em miniatura): sofrimento, demanda, esperança. Aceitar as especificidades de tal enquadre clínico *nas montanhas* revela a capacidade de Freud de submeter-se às aberturas possíveis para as quais aquele momento de encontro entre analista e paciente apontava. Sinal de que as tão debatidas questões atuais acerca da flexibilidade do método nascem com ele.

Nesse sentido, se, de um lado, a demarcação bem feita do apelo ao conhecimento e compreensão dos eventos infantis revela um esforço de aplicação da regressão temporal em direção à história de vida de Katharina, própria da psicanálise, de outro, a flexibilização das coordenadas que organizaram este atendimento – *setting* inusitado e tempo relâmpago – tornam esse caso, para mim, um foco de inspiração para o debate sobre o método analítico, suas características, impasses e dificuldades.

### **Tautologias na identidade do analista: do atacado ao varejo**

Cada vez mais recebo pessoas que desejam se analisar uma vez por semana, quando não propõem atendimentos quinzenais. Percebo que, pelo menos na aparência, a proposta para tal frequência é balizada pelos fatores dinheiro/pagamento e tempo/espço. Isto é, não há dinheiro suficiente para se pagar mais do que quatro ou cinco sessões de análise por mês, nem tempo disponível para o deslocamento várias vezes por semana até o consultório do analista. A regra tem sido estabelecer con-

Cada vez mais  
recebo pessoas que desejam  
se analisar uma vez por semana,  
quando não propõem  
atendimentos quinzenais.  
Percebo que,  
pelo menos na aparência,  
a proposta para tal frequência  
é balizada pelos fatores  
dinheiro/pagamento  
e tempo/espço.

**P**ara pacientes  
com dificuldades em pensar  
e associar, cujo alívio pulsional  
se dá por meio da descarga  
na ação, no comportamento, no corpo  
ou na dependência a objetos,  
as proposições técnicas da psicanálise  
clássica – alta frequência,  
associação de idéias  
e uso do divã – não se aplicam  
com facilidade.

tratos com sessões cada vez mais espaçadas. Sabemos que tais fatores de ordem material e concreta, embora representem reais empecilhos em alguns casos, não são os únicos a participar neste processo de rarefação do trabalho analítico. Para pacientes com dificuldades em pensar e associar, cujo alívio pulsional se dá por meio da descarga na ação, no comportamento, no corpo ou na dependência a objetos, as proposições técnicas da psicanálise clássica – alta frequência, associação de idéias e uso do divã – não se aplicam com facilidade, nem tampouco parecem ser a via terapêutica mais adequada. E isto não é novidade. Inúmeros autores contemporâneos<sup>8</sup> têm se esforçado por compreender este fenômeno clínico e proposto novos modelos metapsicológicos para dar conta dele. As exceções a esta realidade restringem-se à demanda de analistas em formação que precisam ou procuram se analisar

com maior frequência semanal e durante muitos anos. Sabemos, por exemplo, que para aqueles cuja formação acontece em instituições ligadas à IPA faz parte da trajetória inicial frequentar a análise quatro vezes por semana durante cinco anos, pelo menos. É fato que, fora os analistas, somente uma minoria de pacientes comuns tem podido submeter-se a este padrão de trabalho analítico no divã, com frequência de três ou quatro vezes por semana.

É nesta direção que pretendo examinar até que ponto a manutenção dos parâmetros técnicos da psicanálise clássica, como referência a ser perseguida, poderia caracterizar uma visão totalitária de concepção de tratamento. Daí toda a diferença podendo ser entendida como desvio da regra ou forma de psicanalisar de segunda categoria<sup>9</sup>, idéia da qual discordo. Recortar as especificidades de cada par analista/paciente no contexto analítico

requer uma consideração especial pela dimensão de *varejo*, em geral descartada quando o que se pretende é criar normas de *atacado*. Assim, esforços de diferenciação, que carregam no fundo os germes da generalização, contidos na pergunta: *você o atende em psicanálise ou psicoterapia?* perderiam sua utilidade clínica dado que *cada caso é sempre um e único caso*. Passar do geral para o particular. Eis a tarefa a ser perseguida.

Em um número recente da revista *Percurso*<sup>10</sup>, participei de um debate com mais três colegas em torno da questão acerca do exercício da psicanálise em instituições. Naquela ocasião, defendi a legitimidade do acontecer psicanalítico fora do *setting* tradicional, desde que mantido o compromisso do analista com a ética da psicanálise. Quis com isso dizer que, se considerada a realidade do desejo inconsciente, seus correlatos pulsionais e desdobramentos objetivos e representacionais em toda a sua extensão heurística, segundo a lógica que governa as relações de inerência clínica/teoria, a prática da psicanálise na instituição estava garantida. Afirmar que, tendo-se em vista que o sujeito do desejo estava sempre ali<sup>11</sup>, as práticas clínicas psicanalíticas abrigariam diferenças em relação ao alcance e à extensão das variações no manejo da escuta, por sua vez, subordinadas às características de enquadramento do *setting* em questão. Embora, na época, estivesse preocupada em especificar as peculiaridades e possibilidades técnicas de cada *setting*, sei que minhas reflexões em torno desses impasses foram contaminadas por uma necessidade tautológica de defender que tudo o que é feito por psicanalista é psicanálise. Pura redundância. Naquele momento, no entanto, o desejo de assumir uma identidade profissional que se aproximasse o mais possível do que se entende e se aceita em

relação a *ser psicanalista* determinou posicionar-me mais de forma ideológica do que propor indagações concernentes à técnica. Hoje enxergo nisso um engano, e penso que limitar a construção do conhecimento do método clínico em psicanálise ao universo dos impasses acerca da identidade do psicanalista traduz, na verdade, uma confusão própria de quem ainda se debate em dúvidas quanto à assunção da posição subjetiva que anima e sustenta o analista.

Com efeito, o debate a respeito do exercício da psicanálise fora dos espaços de consultório não se restringe às questões em relação à autorização, à identidade do profissional e à sua capacidade de reconhecer o desejo inconsciente e com *Isso* trabalhar – embora seja atravessado por todas elas. Para além, estende-se ao universo epistemológico de construção de teorizações sobre o método psicanalítico e as técnicas dele resultantes. Portanto, se, de acordo com o que afirmei naquele debate, cada *setting* distinto abrigaria determinadas características de enquadramento, das quais resultariam variações do alcance e da extensão do manejo da escuta, caberia especificá-las. Este é o ponto, resultando daí nuances e modulações na técnica, objetos deste trabalho. Trata-se, sobretudo, de considerar a natureza do enfoque analítico, seus objetivos, as técnicas empregadas, bem como as peculiaridades de cada *setting*. Esforço que nos permitiria distinguir entre o que Green identificou como sendo “*trabalho de psicanálise* (psicoterapia inclusive, no consultório do analista), *trabalho de psicanalista* (em toda parte onde for chamado a atender fora do consultório: hospitais, ambulatórios, universidades, laboratórios etc.) e, finalmente, *trabalho de psicanalisado* (qualificação que não comporta, após a formação psicanalítica, o exercício desta formação)”.<sup>12</sup>

O que se percebe acontecer em relação aos parâmetros técnicos das modalidades com enfoque psicanalítico é um movimento de diluição das fronteiras entre psicanálise e psicoterapia.

### **Psicanálise e psicoterapias: por que delimitar fronteiras?**

As relações entre psicanálise e psicoterapia tiveram sua origem na evolução do pensamento de Freud. Mas foi a partir dos aportes clínicos de Ferenczi, Bálint, Winnicott, Klein, Bion, entre outros da escola americana da Psicologia do Ego e do Self, que o enquadre psicanalítico clássico passou a ser questionado. O objetivo era atender às especificidades de pacientes que apresentavam um modo de funcionamento psíquico diferente dos neuróticos: os casos-limite, os psicóticos, entre outras configurações de estrutura e organizações. Assim, ergueram-se os critérios de analisabilidade, introduziu-se a questão acerca da indicação de análise e adequação à técnica, bem como noções sobre as expectativas em relação aos resultados e perspectivas de cura. Iniciou-se, então, na comunidade psicanalítica mundial, um

debate sobre o lugar e o papel da psicanálise e das psicoterapias.<sup>13</sup>

O que se percebe acontecer em relação aos parâmetros técnicos das modalidades enfoque com psicanalítico é um movimento de diluição das fronteiras entre psicanálise e psicoterapia. Segundo Kernberg<sup>14</sup>, tal diluição vem acontecendo em uma parte considerável da psicanálise exercida na França e com o grupo independente dentro da sociedade britânica, dada a forte influência em ambos de Winnicott, sobretudo em relação ao quesito frequência de sessões e uso do divã ou posição face a face. Um trabalho analítico sobre o divã três vezes por semana, por exemplo, é considerado psicanálise na França, e na Inglaterra, psicoterapia. Ao contrário, uma psicoterapia na França está associada a um número menor de sessões (uma ou duas vezes por semana), enquanto uma psicanálise na Grã-Bretanha implica obrigatoriamente uma frequên-

cia maior (quatro a cinco vezes por semana)<sup>15</sup>. Ora, fica claro que o diferencial considerado aqui diz respeito à frequência de sessões. A psicanálise está associada a um número maior de sessões e a psicoterapia a um número menor. Mas em que medida critérios extrínsecos ao processo, como os de frequência e uso de divã, determinariam diferenças de natureza do tratamento? Um trabalho psicanalítico é diferente em sua natureza de um trabalho psicoterápico por se processar num ritmo mais intensivo? Em outras palavras: aulas de inglês ministradas diariamente para a mesma turma são mais aulas de inglês do que as que acontecem duas vezes por semana com outra turma? Ora, sabemos que a ocorrência de *insights* pela regressão em direção ao inconsciente tópico e temporal, com correspondente rebaixamento de defesas, é facilitadas à medida que se intensificam, passam a ser conhecidas e se

integram às experiências vividas no campo transferencial. E que o quesito frequência é um dos responsáveis pela manutenção ou interrupção da imersão regressiva, uma vez que, dependendo de seu ritmo, imprime maior ou menor intensidade ao processo. A pergunta que se nos coloca é a seguinte: haveria uma medida de intensidade a partir da qual o processo deixaria de ser analítico e se transformaria noutra modalidade epistemologicamente diferente? Aliás, a este respeito, como lhe era de costume, Fédida rompe com a velha fórmula que rebaixava as psicoterapias em relação à psicanálise e a subverte propondo, nada mais nada menos, que a psicoterapia é uma *psicanálise complicada*.<sup>16</sup> Assim, todo o tratamento com enfoque psicanalítico que se diferenciar da psicanálise clássica será chamado psicoterapia, sendo tecnicamente algo ainda mais complexo, sem perder, no entanto, o caráter de psicanálise.<sup>17</sup>

### Modulações na sessão única

Sabemos que uma frequência maior de sessões favorece a regressão nos moldes do sonho, em suas dimensões formal e tópica, requisitos para o acontecer da regressão temporal. No entanto, penso que, com determinados casos, intervalos de tempo entre as sessões sejam úteis e funcionem como gradientes para amenizar o impacto afetivo, bem como locais-estufa para a incubação de pensamentos pré-conscientes, a via régia de acesso em direção ao inconsciente. Pacientes que mantêm investida a transferência no campo analítico durante os momentos de ausências das sessões, nos intervalos entre elas, têm conseguido lograr mudanças intrapsíquicas em um nível satisfatório. Referem falar em imaginação com o analista. Em geral, são pacientes bem estruturados que buscam o tratamento a partir de uma demanda definida, a qual costuma ser perseguida com estabilidade e sem grandes desvios ao longo do processo de ligação entre pensamentos primários e secundários. Sem dúvida, puderam sobreviver à perda do objeto primário, cuja introjeção daí decorrente permite mantê-lo no interior e guiá-los pelos caminhos do desejo.

Em relação ao quesito frequência, Gibeault afirma que na “psicoterapia psicanalítica baseada, sobretudo, nas condições favorecendo um trabalho de representação mais do que uma visão de esclarecimento e de confrontação, torna-se totalmente possível considerar-se uma frequência de uma vez por semana. (...) No entanto, uma maior continuidade entre as sessões pode ser necessária para encarar, em certos casos, a destrutividade do paciente”.<sup>18</sup> O que está em pauta aqui é a competência do processo terapêutico em *abraçar* o paciente, conter, conhecer e interpretar suas reações de ataque ao *setting* pela desfusão pulsional, reação terapêutica nega-

**E**m que medida  
critérios extrínsecos ao processo,  
como os de frequência  
e uso de divã, determinariam  
diferenças de natureza  
do tratamento?

Um trabalho psicanalítico  
é diferente em sua natureza  
de um trabalho psicoterápico  
por se processar num ritmo  
mais intensivo?

tiva ou masoquismo moral, ativos modos de existência entre pacientes menos estruturados, ou, ainda, estados que podem ser deflagrados no processo analítico em determinados momentos de ruptura. Em alguns casos, afirma Winnicott, “o *setting* e a manutenção dele são tão importantes quanto a maneira pela qual se lida com o material.”<sup>19</sup> Na passagem do útero para a vida extra-uterina, o bebê ganha o abraço da mãe, que o segura e faz dele corpo amado no oco de seus braços, envolvendo-o num movimento incessante de aglutinação e separação. Assim, de um corpo para dois (Dougall)<sup>20</sup> poderá mais tarde advir *só-um*, marcado, é verdade, posto que submetido à condição de existir só, desacoplado da matriz. O *setting* analítico é uma espécie de braço, que poderá mostrar-se com maior ou menor firmeza.

*Um paciente com traços histéricos e narcísicos não quer submeter-se a sessões duas vezes por semana, por não se sentir com disponibilidade de tempo nem dinheiro. No entanto, joga-se no divã já na segunda ocasião em que nos vemos e não se priva, até o abandono três meses depois, de explorar com detalhes seus complexos narcísicos em relação a sua virilidade, suas angústias fantasmagóricas e persecutórias vividas pela impossibilidade de ficar só, bem como suas experiências de transbordamento pulsional que o levavam a buscar situações em que a euforia das drogas e da sedução sexual representavam formas de ligação possíveis no interior do caos instaurado. Deixa de vir às sessões após ter relatado sua tentativa sincera e verdadeira de aproximação do pai para lhe falar sobre sua homossexualidade.*

Eu tinha razão quando propus e insisti, tendo inclusive abaixado o valor da sessão, para ele vir duas vezes por semana. Dar asas aos demônios implica encontrar boas redes para agarrá-los. O movimen-

to em direção ao pai, evoluído e dirigido segundo o regime de contenção do princípio de realidade e processo secundário, não encontrou no espaço clínico repercussão na proporção do volume de angústias destrutivas mobilizadas pela força contrária (contra-investimento) de resistência. Neste caso, um *setting* frouxo deixou de cumprir a função de continência para a desorganização, desencadeada aqui como prenúncio de uma possível – embora não tão desejável para o paciente – reordenação nos movimentos libidinais.

Diferentemente, em outros casos, o problema da frequência se traduz no esforço do analista em cuidar para não ser presente demais. Ou seja, modular a frequência das sessões, tendo em vista a angústia de intrusão/separação<sup>21</sup> que o processo pode disparar, é uma estratégia necessária para o tratamento de alguns casos fronteiros.

*Após refletir bastante, acabo concordando com a proposta de um paciente que, depois de um ano de psicoterapia com sessões uma vez por semana, propõe espaçá-las e vir em semanas alternadas. Durante o primeiro ano, fora capaz de alcançar vários insights, sendo o mais importante deles referente a uma fantasia de que, se se mantivesse sempre próximo ao pai, portador de epilepsia, seria capaz de mantê-lo protegido, livre de doenças e da morte. Sentia-me próxima ao paciente e ele respondia ao meu cuidado e cumplicidade entregando-se ao nosso desejo de que ele pudesse descobrir os rumos de sua vida, que vinha lhe trazendo muitos descontentamentos. Após uma forte crise epiléptica do pai, desencadeada por lapsos e esquecimentos em relação aos remédios, o paciente entende, por intermédio do ódio, que, além de fantasístico, e portanto nada garantido na realidade, este pacto consigo o mantivera num*

Neste caso,  
um *setting* frouxo  
deixou de cumprir a função  
de continência para  
a desorganização, desencadeada aqui  
como prenúncio de uma possível –  
embora não tão desejável  
para o paciente – reordenação  
nos movimentos  
libidinais.

Nos moldes do sono,  
que suspende a atividade motora  
e o contato com a realidade  
externa material para permitir  
o descanso preservador da vida,  
a sessão analítica  
funcionaria como uma espécie  
de momento de repouso  
da ação e da percepção.

*estado infantil de co-dependência e identificação maciça com o pai, cujos destinos haviam, até aquele momento, impedido o homem nele de advir. Depois da euforia desta descoberta, instalou-se no espaço das sessões um vazio representacional. Após várias sessões esvaziadas, e nas quais fui convocada para ajudá-lo a falar, lembrei-me de uma cena que ele havia me contado logo nos inícios de nossas sessões: já casado, numa viagem de navio anos antes, viu-se cercado por belas moças pelas quais sentiu desejo. No momento em que a mencionei, tal lembrança mostrou-se disruptiva porque reveladora nele de uma forma nova de desejar, isenta de influências obsessivas que costumavam amarrá-lo. No entanto, a recusa em ceder a esta tendência desejante que se abria e pensar que queria rever seu casamento (sua mulher era década e meia mais velha que ele) levou a um deslocamento desse desejo recusado para a proposta de*

*afrouxamento de nosso laço. Naquele momento, aceitar alterar a qualidade de nosso vínculo, tornando-o mais ra-refeito, significava uma medida de defesa contra a angústia de ser sugado de volta para dentro de seus núcleos psicóticos, que estavam em mim depositados como uma espécie de lixo indesejável, a contrapartida de seus insights.*

Aceitar recebê-lo de quinze em quinze dias representava, da minha parte, referendar sua percepção em torno de sua melhora e evolução. E, nesse sentido, posicionar suas sessões com um espaçamento tal que permitisse a ele continuar mais de leve, até não mais se sentir ameaçado por seus desejos disruptivos.

#### **O rosto do analista como destino**

Calcado na produção de percepção e conhecimento em regime privado, dada a interioridade de

seu método terapêutico, o trabalho analítico solicita um esforço intenso e ativo de produção de pensamento, pela interrupção da ação motora e ativação das associações de idéias. Para isso, a psicanálise clássica determina a posição deitada, uma vez que a suspensão da percepção visual do analista (alucinação negativa) facilitaria a circulação de libido entre os sistemas psíquicos graças ao enfraquecimento (almejado, é verdade, mas nem sempre obtido) do recalque pelo movimento regressivo. Isto é, quando se diminui ao máximo os alvos externos – o analista sendo um deles – tem-se facilitada a alucinação<sup>22</sup> dos investimentos libidinais sobre traçados internos de experiências de satisfação. Nos moldes do sono, que suspende a atividade motora e o contato com a realidade externa material para permitir o descanso preservador da vida, a sessão analítica funcionaria como uma espécie de momento de repouso da ação e da percepção da realidade externa para a emergência, no campo transferencial, da repetição da alucinação, tal qual o sonho. Por Freud<sup>23</sup> metaforizado *playground*, o campo da transferência estaria para a alucinação como uma brincadeira infantil, e articularia em seu interior a linguagem das manifestações psíquicas em que o desejo some e aparece, é pensado, mas não *agido*, idealizado e também perdido (Fort-Da).

Trata-se primeiro de delimitar as relações entre pensamento e alucinação, e depois articulá-las com a presença ou ausência do rosto do analista. Se, como é sabido, a alucinação é um proto-pensamento, o pensamento é posterior e tem como fonte a insuficiência dos processos alucinatórios em dirimir a discrepância entre o objeto da percepção (realidade externa percebida) e o objeto da representação (traçados mnêmicos da experiência de satisfação/desejo)<sup>24</sup>. Assim, a condição de possibilidade para a construção do pensamento se dá,

A construção do aparelho psíquico e suas instâncias é co-extensiva à internalização do outro enquanto marca da falta, espécie de cicatriz da violência, que jorra da dissimetria entre representação da pulsão (anseio) e objeto da percepção (realidade).

pelo menos, em três etapas: primeiro, com a vivência de insuficiência da alucinação enquanto experiência de satisfação, ou seja, alucinar não basta por si só, não satisfaz. Depois, com a reversão dos investimentos libidinais internos (alucinação) para fora, levando à percepção do outro primordial (mãe/ambiente) e à conseqüente consideração objetiva de sua existência separada. Por fim, com a decepção daí resultante, dado que a percepção do outro, de quem se espera a satisfação, não coincide jamais com a representação interna da experiência anterior de prazer, arcabouço do desejo. E, se tudo der certo, nesta trajetória rumo às diferenças, resta o precipitado *decalcado* no aparelho psíquico, o recalque primário, internalização do emblema da decepção resultante da dessemelhança entre representação do desejo e percepção da realidade.

Em outras palavras, a construção do aparelho psíquico e suas instâncias é co-extensiva à interna-

lização do outro enquanto marca da falta, espécie de cicatriz da violência, que jorra da dissimetria entre representação da pulsão (anseio) e objeto da percepção (realidade). E a maturidade do aparelho psíquico será alcançada à medida que a experiência de reconhecimento do outro *de fora* for desenhando sua contrapartida interna, *narcísica* (eu).

Portanto, se o pensamento nasce com a experiência de perda da fusão com o objeto primordial, não haverá como ser produzido em sessão com pacientes fixados ao narcisismo, a não ser que o analista se faça presente pela visão. Seria um contra-senso considerar a possibilidade de pacientes fusionados com o outro poderem prescindir da visão de seu analista. Como imprimir ou reeditar a ausência do objeto se ele ainda nem se fez presente como tal? Nestes, o traçado do desejo não produz pensamento antes que um outro de quem dependem – o analista – se interponha e faça a

ligação. Da perspectiva da palavra, o analista é aqui ventríloquo. Capacitado a falar movendo pouco o lábio, dá a impressão de que a voz é do paciente. Ilusão necessária por ser alimentada quando o que se pretende é tratar o nascimento de um eu alienado.

Do ponto de vista dos investimentos libidinais em pacientes narcísicos (ou fixados aquém), nota-se que a angústia automática, resultante da excitação pulsional da alucinação (desejo), não se liga a representações de coisa ou de palavra para a produção de angústia-sinal. Numa espécie de degradação da libido sobre o corpo (pacientes psicossomáticos), ou sobre as relações com a realidade (psicóticos), ou ainda sobre ambas as dimensões, encontra-se a tendência de os investimentos despencarem ao nível zero (Nirvana), uma vez que as mediações psíquicas não estão à disposição. Nesse sentido, penso que, para esses pacientes, dirigir o olhar para o analista é uma forma alternativa de agir, mexer-se, demandar amor e atenção diretamente. É gritar e revirar os olhinhos para ser contentado. E o complemento d'Isso, do saber-se visto pelo analista, é sentir-se velado, seguro de que não se está só. De que seus gestos, sua mímica, enfim seu corpo, serão objetos de um olhar, oblíquo que seja (e talvez por isso mesmo), um olhar que ampara. Como um alinhavo que antecede a costura definitiva, a visibilidade do analista, nesses casos, permite esboçar o sentido de separação que ainda não se deu, com o objeto. O analista aqui investe os processos de objetualização, escassos nesses pacientes. Que brinquem então a sós com a linguagem, mas só quando houver um adulto por perto.

*Em meio a grandes silêncios e pedidos para que eu o conduzisse a falar, vou perguntando coisas do cotidiano, percorrendo partes de sua história, estimulando-o a lembrar-se de sua mãe, seu pai, seus*



Uma paciente  
permaneceu durante três anos  
imersa num silêncio estável  
e contínuo. Mantinha seus olhos  
atentos pousados sobre os meus,  
e raramente tinha iniciativa  
para começar.

*amores. Este paciente, que senta na poltrona e alterna semanas com três e semanas com duas sessões, tem conseguido, ainda que de forma um pouco trôpega, percorrer os caminhos de seu desejo adesivo, que gruda no objeto, uma espécie de relação adicta com o outro. Assim também comigo, seus olhos de mim não desgrudam, nem me deixam quieta só a escutá-lo. É preciso que eu me mova, estimule-o, mexa nele. Num ato de auto-interpretção lúcida, o paciente vê nesta sua necessidade de ser conduzido a revelação da existência do que chama um vazio interior, caracterizado por ele como uma defesa. Guardado num canto desta bolba expandida, (nome que deu a este vazio interior) vê um aglomerado de coisas que não quer visitar, preferindo defender-se vagando pelo nada.*

Acompanhar-me com seu olhar e me ver agindo ativamente permitiu a este paciente encontrar,

pela via do curto-circuito ou do espelhamento, tanto faz, uma expressão ínfima, que seja, de seus movimentos psíquicos internos, como o que ele flagrou em si. Olhar para o meu esforço positivo de preencher o espaço da sessão com minhas perguntas e suas respostas permitiu-lhe enxergar, pelo negativo, o oco de suas defesas depressivas.

*Uma paciente permaneceu durante três anos imersa num silêncio estável e contínuo. Mantinha seus olhos atentos pousados sobre os meus, e raramente tinha iniciativa para começar. Eu, meio que recortando o vazio, fazendo borda naquela atmosfera infinita, acabava por às vezes perguntar-lhe sobre o estado de seus pensamentos. Com vagueza e desafetação, ela relatava os mais atuais e vez ou outra rusgas familiares. Apesar de estar perto dela, assim posta a sua frente, sua quase mudez total me mantinha albeia, ignorante, curiosa. Numa de-*

*terminada sessão: “vaca amarela fez cocô na panela, quem falar primeiro come tudo dela”. Esta minha risível intervenção permitiu, com o tempo, que pudéssemos entender que se manter muda me olhando era a forma de ela criar ali uma zona de segredo e reserva, privacidade que não via acontecer entre ela e sua mãe.*

Uma maneira de ela marcar suas diferenças com a mãe, livrando-se da intrusividade desta, foi manter-se quase imóvel e passiva, debaixo de seu olhar frio, submetida à distância que nos afastava à medida que esticava o espaço e durava o tempo entre nós – o silêncio era interminável. Deixou a análise quando começou a ter experiências sexuais com o novo namorado e pela primeira vez.

Para concluir esta parte, pode-se afirmar que a ausência do analista do campo de visão do paciente traduz-se numa experiência possível para aqueles que sobrepujaram a vivência de separação do objeto primário e sua correspondente renúncia. Para Gibeault, no entanto, embora não impeça a instauração da regressão formal, tópica e temporal, “esse trabalho ‘face a face’ não permite a regressão narcísica que favoreceria a elaboração mais importante dos conflitos em torno da passividade e da recusa da feminilidade”<sup>25</sup>. Assim, dado que o espelho no olho do outro é buscado nestes casos como âncora de estabilização do narcisismo, dificilmente estes pacientes passariam para o outro pólo, o da passividade, que implica aceitar a castração de si e do outro, daí podendo enxergar o fim de uma era de garantias.

### À guisa de término

Muito se tem discutido a respeito das fronteiras existentes entre o tratamento psicanalítico clássico e as modalidades analíticas mais conhecidas como psicoterapia. Entre os parâmetros técnicos que de-

Neste trabalho  
propus uma breve revisão  
nas normas técnicas clássicas,  
visando a dialogar  
com as exigências clínicas  
oriundas das especificidades  
intrínsecas a cada par  
analista/paciente.

senham tais fronteiras, encontra-se o fator *freqüência* das sessões, responsável pelo ritmo, grau de imersão e de regressão no tratamento, e a posição do paciente no *divã* ou *face a face*, marcando uma relação de visibilidade ou não (alucinação negativa) com o analista. Inspirada no inusitado caso Katharina, que Freud atendeu nas montanhas e ao longo de um único dia, e vários exemplos de minha clínica, neste trabalho propus uma breve revisão nas normas técnicas clássicas, visando a dialogar com as exigências clínicas oriundas das especificidades intrínsecas a cada par analista/paciente.

Concluí que o esforço em modular o emprego de referências técnicas leva a considerações relativas à dimensão de *varejo*, descartadas quando o que se pretende é criar normas absolutas de *atacado*. Com efeito, nesta perspectiva proposta, o método psicanalítico deixaria de sustentar relações rígidas e co-extensivas entre critérios extrínsecos (freqüência, po-

sição/divã/face a face) e intrínsecos (circulação pulsional entre os sistemas, interpretação, neutralidade), levando a modificações na técnica em função da especificidade de cada tratamento. Do ponto de vista ideológico, sai enfraquecida a visão totalitária que considera as modalidades analíticas diferentes da psicanálise clássica uma categoria de tratamento menor ou de segunda classe. ■

## NOTAS

- 1 Agradeço a Rubens Volich a imagem contida no título relativa à sessão única. Este artigo deriva de um trabalho apresentado no IV Encontro Latino-americano dos Estado Gerais da Psicanálise, São Paulo, de 4 a 6 de novembro de 2005.
- 2 S. Freud (1893), "Estudos sobre a histeria", *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (E. S. B.)*, vol. II, Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- 3 S. Freud (1893), "Estudos sobre a histeria", *op. cit.*, p. 173, II.
- 4 S. Freud (1893), *idem*.
- 5 A formulação de uma zona psíquica, o reino mental da fantasia, na qual estão asseguradas formas de obter prazer extrínsecas ao princípio de realidade, desbancou a teoria segundo a qual a histeria era produto de traumas reais de natureza sexual vividos na infância. Cf. S. Freud (1897), "Carta 69", *op. cit.*, I.

- Com esta mudança de postulado, seriam as experiências posteriores, vividas ou fantasiadas, e não necessariamente traumáticas, mas funcionando como momentos auxiliares, que re-significariam as fantasias originárias: sedução, castração e cena primária.
- 6 Ouro da análise e cobre da sugestão são imagens bem exploradas por Freud em diversos trabalhos. Ver S. Freud (1919), "Linhas de progresso na terapêutica analítica", *op. cit.*, XVII e S. Freud (1912) "A dinâmica da Transferência", *op. cit.*, XII.
  - 7 S. Freud (1893), "Estudos sobre a histeria", *op. cit.*, p.173, II
  - 8 Autores contemporâneos têm se interessado por esta questão a respeito de propostas alternativas para a análise clássica. Entre eles: D. Gurfinkel (2001). *Do sonho ao trauma. Psicossoma e adições*, São Paulo, Casa do Psicólogo; R. Volich, (2005). "A clínica dos Farrapos – por uma clínica psicanalítica das desorganizações", *Percorso*, n. 34, São Paulo, 2005, p. 85.
  - 8 Para uma discussão aprofundada a este respeito ver o texto de Jurandir Freire Costa (1978), de teor mais ideológico, "Psicoterapia breve: uma abordagem psicanalítica". In: S. A. Figueira (coord.), *Sociedade e doença mental*, Rio de Janeiro, Campus.
  - 10 M. E. P. Labaki (2003) "A clínica psicanalítica nas instituições" (seção Debate), *Percorso*, n. 30, ano XV.
  - 11 Aqui caberia aprofundar a noção de sujeito do desejo, que não farei por exceder em demasia os propósitos deste trabalho.
  - 12 A. Green (2003), *op. cit.*, p. 491 (grifos do autor).
  - 13 Remeto o leitor a três artigos em que esta questão é amplamente discutida do ponto de vista do enfoque analítico e da técnica: O. F. Kernberg, "Psicanálise, psicoterapia e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas"; A. Gibeault, "Do processo analítico em psicanálise e em psicoterapia: do interpessoal ao intrapsíquico"; A. Green, "Crise do entendimento psicanalítico". Todos os três incluídos no número especial "Psicanálise contemporânea" da *Revista Francesa de Psicanálise*, A. Green (org.), Rio de Janeiro, Imago, 2003.
  - 14 O. Kernberg (2003), *op. cit.*
  - 15 Cf. A. Gibeault (2003), *op. cit.*
  - 16 P. Fédida (1995), "Sueño, rostro y palabra. El sueño y la imaginación de la interpretación". *Crisis y contra-transferencia*. Buenos Aires, Amorrortu,
  - 17 Cabe aqui um adendo em relação às psicoterapias de apoio, modalidade que não se inclui no campo do método psicanalítico pela abolição da análise da transferência, isenção da neutralidade técnica, bem como pelo emprego de intervenções de natureza pedagógica e adaptativa, visando a suporte emocional por meio da sugestão, do reassuramento, do encorajamento e do elogio. Seu objetivo é atingir o sintoma melhorando o equilíbrio adaptativo das configurações impulso/defesa pelo reforço tanto das defesas adaptativas quanto dos derivados adaptativos das pulsões. Nesta modalidade, paciente e psicoterapeuta se posicionam face a face e a freqüência das sessões pode variar de muitas vezes até uma vez por semana, ou de uma a duas sessões por mês. Cf. O. Kernberg (2003), *op. cit.*
  - 18 A. Gibeault (2003), *op. cit.*, p. 76.
  - 19 D. W. Winnicott (1964), "A importância do *setting* no encontro com a regressão em psicanálise". In: *Explorações psicanalíticas*, C. Winnicott, R. Shepperd, M. Davis (orgs.), Porto alegre, Artes médicas, 1994.
  - 20 J. McDougall (1991), *Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise*, São Paulo, Martins Fontes.
  - 21 Cf. A. Green (1988), *Sobre a loucura pessoal*, Rio de Janeiro, Imago.
  - 22 Cf. S. Freud (1895), "Projeto para uma psicologia científica", *op. cit.*, Parte I [11,12,13,16,17], I
  - 23 Cf. S. Freud (1914), "Recordar, repetir, elaborar", *op. cit.*, XII.
  - 24 Cf. S. Freud (1895), "Projeto para uma psicologia científica", *op. cit.*, Parte III [1], I
  - 25 A. Gibeault (2003), *op. cit.*, p. 74.