

A obra da transferência*

Heitor O'Dwyer de Macedo

Heitor O'Dwyer de Macedo é psicanalista radicado na França desde 1968, tendo atuado em várias instituições de saúde mental. Foi professor da Universidade Paris VII. Entre seus trabalhos, encontram-se traduzidos para o português os livros *Ana K., a conjugação do corpo – História de uma análise* (Via Lettera), *Do amor ao pensamento* (Via Lettera), e *Cartas a uma jovem psicanalista* (Perspectiva). Atualmente realiza, junto à Federação dos Ateliês de Psicanálise, um trabalho de releitura da obra de Dostoievski – *La clinique de Dostoievski*.

Resumo Este trabalho apresenta as particularidades do manejo clínico da transferência do trauma. Parte da longa convivência do autor com o pensamento de Winnicott e faz dialogar seu conceito de *transicionalidade* com o de *multirreferenciado*, de François Tosquelles. Lembrando que a defesa maníaca se constrói contra as carências primitivas, o autor propõe que, nesse tipo de transferência, o psicanalista, como a mãe primária, deve oferecer seu espaço psíquico como *um lugar* onde o paciente possa se reconstruir e possa inaugurar outra relação com o mundo. O analista também ocupa *o lugar do ausente*. E se o psicanalista consegue acolher a tradução transferencial do trauma, então, graças ao caráter inédito dessa relação, o paciente encontrará uma primeira afirmação primordial, uma *Bejahung*.

Palavras-chave transferência; primeira identificação; lugar do ausente; transicionalidade; multirreferenciado; coletivo de trabalho.

* Comunicação apresentada no XII Encontro da C.R.I.E.E [Coletivo de reflexão sobre o institucional e a ética], *La fabrique du soin, création et démocratie*, junho de 2010, em Reims, França. Tradução de Cláudia Berliner.

[para Patrick Chemla]

Começo com três exemplos clínicos.

Primeiro: Uma paciente acaba de perder o filho que estava esperando, no sexto mês de gravidez. Durante várias sessões o analista chora com ela a morte desse filho.

Segundo exemplo: anos depois de ter apresentado ao terapeuta os contornos de uma psicose infantil autocurada, uma paciente se apaixona por um psicótico que está passando um período na instituição em que ela trabalha, e ela será sua amante durante um fim de semana. Inicialmente muito feliz com a intensidade fusional desse encontro e com o imenso prazer sensual e erótico que se apoia nessa intensidade, ela ficará, num segundo momento, afogada na qualidade de presença tão absoluta para o outro de que seu amado é capaz. A ponto de decidir lhe comunicar sua necessidade de ficar só. Ao sair para tomar um banho ela diz: me espera aqui, meu amor. E ele responde: claro que vou esperar. Duas horas depois, ao sair do banheiro, encontra-o, esperando, na mesma posição em que estava quando ela saiu. Ela chegará segunda-feira no seu analista aterrorizada com todos esses acontecimentos – qualquer um ficaria por bem menos. A sessão termina e o analista a leva a um restaurante onde conversam durante horas. E onde, evidentemente, eles comem, se restauram.

Terceiro exemplo clínico: uma paciente, filha de um paranoico e de uma mãe esquizofrênica, consegue, depois de anos de análise, desejar ir ao enterro do pai. É evidentemente importante

21

PERCURSO 46 : p. 21-28 : junho de 2011



*a teoria serve para nos impedir
de sempre querer o melhor
para nossos pacientes*

estar no enterro de seu assassino – isso afasta as assombrações. Mas, problema, a mãe, que a paciente não via há quinze anos, também estaria presente. O analista acompanha a paciente ao enterro e às cerimônias associadas, fica ao seu lado durante as conversas que ela tem com a mãe, conversas estas que foram decisivas na continuação da análise.

Para que serve a teoria? A teoria serve para nos impedir de sempre querer o melhor para nossos pacientes. Corolário: a teoria ajuda a temperar nossa megalomania terapêutica. Megalomania necessária e, aliás, aquele que não puder mobilizá-la, que escolha outro trabalho. Nesse sentido, a teoria nutre o respeito por aqueles que escutamos. Graças a ela, tal paciente terá toda a latitude para expressar sua singularidade no seu ritmo próprio, e o terapeuta, as ferramentas para esperar que essa expressão se dê e que o reconhecimento dessa singularidade seja possível. Pode-se, portanto, dizer que a temporalidade é um dom da teoria. Tempo de escuta, tempo de elaboração, tempo de invenção. E também, evidentemente, tempo da interpretação.

Assim definida, a teoria instaura e garante *um espaço entre* o terapeuta e seu paciente. Ela estabelece um enquadre que regula a distância, que enuncia as possibilidades de presença do terapeuta para seus pacientes. Esse enquadre é a condição de todos os desvios: de uma modalidade de presença que invade a cena do tratamento – por exemplo, uma palavra ou uma iniciativa que surpreende os dois protagonistas – até o corpo a corpo psíquico quando isso é incontornável, como nos exemplos que dei no começo.

A teoria faz parte do tecido da transferência¹. Nesse sentido, ela é, para o terapeuta, um

lugar onde é bom estar; ela tem a ver com o familiar, com o descanso, com o hábito, com o conforto.

A teoria também lembra essa outra distância, dada pela fantasia em relação à realidade. A fantasia introduz um jogo entre o sujeito e o mundo, entre o sujeito e seu desejo, entre sua história presente e aquela para a qual ele se dirige graças ao modo como apreende os outros e o mundo. Ora, como sabemos, esse jogo que a fantasia possibilita não é inato; ele é um dom da mãe como ambiente primário, quando esta consegue se identificar bem com as necessidades psíquicas do bebê, antes de este se identificar, por sua vez, como o lugar que lhe é dado no mundo interno dela – identificação que marca o estabelecimento do sujeito. *Para mim, a primeira identificação é a apropriação pelo sujeito de um lugar que a mãe fez para ele no mundo interno dela.*

Winnicott entendeu bem a importância dessa distância dada pela fantasia e que tem na possibilidade de brincar um indicador fundamental. A ponto de ele dizer:

“Quando um paciente não é capaz de brincar, o terapeuta deve se preocupar com esse *sintoma principal* antes de interpretar fragmentos do comportamento.” E mais adiante:

Não tenho a intenção de fazer uma comparação entre a psicoterapia e a psicanálise e nem mesmo de tentar definir esses dois processos para traçar uma linha de demarcação nítida entre ambos. O princípio geral que me parece válido é que *a psicoterapia se dá ali onde duas áreas de jogo se superpõem, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não consegue brincar, isso significa que ele não foi feito para esse trabalho. Se o paciente não consegue brincar, é preciso fazer algo para lhe permitir ter a capacidade de brincar, depois do que a psicoterapia poderá começar.* Se o jogo é essencial é porque é brincando que o paciente se mostra criativo.²

Essa concepção situa de outra maneira a interpretação no tratamento. Winnicott reserva um grande espaço, no processo psicanalítico, para uma experiência de *não comunicação*, para

uma *experiência do informe*, do sem sentido, para uma experiência de não integração ativa, como uma passagem essencial, constitutiva do sujeito. O exemplo em que o analista chora com a paciente a morte do filho no sexto mês de gravidez está relacionado com esse informe, com a importância do silêncio, com essa experiência de não integração ativa. Ao fazer isso, o analista levou em conta, como ninguém antes dele fizera, um desespero que, até então, não tivera lugar para ser depositado.

Em certas situações clínicas, o que impede o analista de interpretar é a ausência de valor simbólico nas produções imaginárias do paciente. Ao contrário, na experiência do informe, em que o valor simbólico é esse não desejo de se comunicar, o silêncio do terapeuta evita uma intrusão, procura favorecer o estabelecimento de uma área de jogo. Em ambos os casos, o psicanalista está em plena atividade psíquica.

É no âmbito dos fenômenos transicionais que melhor se pode resumir a concepção winnicottiana da interpretação.

Interpretar supõe que a problemática do paciente esteja situada na esfera das dificuldades causadas pelo movimento pulsional de um indivíduo que já alcançou uma relativa autonomia em relação ao ambiente. O quadro do conflito é a onipotência do desejo confrontada com os limites do possível. Em suma, é a angústia de castro que dá sentido às questões e aos impasses que atravessam o sujeito. Nesses casos, a concepção freudiana e a de Winnicott não se distinguem: a interpretação do material que pertence à zona da onipotência deve ser feita em termos de projeção e o quanto antes, ou seja, no momento mais próximo daquele em que o material faz aparecer o que cabe interpretar da relação transferencial. Sempre nessas mesmas condições, quanto mais rápido o analista interpreta o in-

1 M. Neyraut, *Le transfert*. Cf. também meu livro *Cartas a uma jovem psicanalista*, carta n. 16: Freud, Michel Neyraut, Piera Aulagnier: a angústia entre a teoria e a clínica.

2 *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*, in D. Winnicott, *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, p. 78. (grifo meu).

»
*o campo do trauma abrange
as problemáticas de sofrimento
que dizem respeito às carências
primitivas do ambiente*

consciente, melhor será, porque mais rápido a relação irá se estruturar como uma relação psicanalítica. Em suma, num caso de neurose, o analista deve interpretar o amor e o ódio tão logo eles apareçam na neurose de transferência; isso significa que remetemos o que acontece na relação entre paciente e analista à infância e que o essencial do trabalho consiste na verbalização dos conflitos inconscientes. A verbalização realizada no momento certo mobiliza as forças intelectuais. Nessa constelação clínica, Winnicott se satisfaz com uma interpretação por sessão, desde que ela concirna ao material produzido pela cooperação inconsciente do paciente.

Totalmente diferente deve ser o trabalho do psicanalista na clínica do trauma. Nesta, o que predomina no paciente são as diversas figuras da defesa maníaca contra a depressão, defesa cuja organização mais bem sucedida é a de um *self* falsificado. O campo do trauma abrange as problemáticas de sofrimento que dizem respeito às carências primitivas do ambiente, cuja característica mais importante é a angústia de aniquilamento. É contra essa angústia inimaginável que o sujeito constrói a defesa de um *self* falsificado. Ora, abandonar um *self* falsificado supõe uma passagem pelo informe e, portanto, um imenso risco psíquico.

Quando um psicanalista trabalha o trauma no tratamento, portanto com pessoas em quem predominam as figuras da defesa maníaca contra a depressão (quer chamem isso de psicanálise ou não), a interpretação baseada na compreensão profunda torna-se menos importante. O mais importante é que o psicanalista possa ensinar o paciente a brincar, possa *sustentar* a relação que se estabelece: é a primeira vez que o sujeito vive



*o que se pede ao analista
é que ele aceite ser uma prótese
narcísica, um objeto subjetivo*

uma relação em que pode confiar. Ao contrário da neurose de transferência, nesses casos não se trata de uma relação de que seja possível se lembrar e que é revivida no espaço da análise. E, por não ser uma neurose de transferência, interpretar em tais circunstâncias clínicas terá como resultado, na melhor das hipóteses, um mau analista que dá boas interpretações. Por quê? Porque toda interpretação remete a um processo de separação, e interpretar no próprio momento em que o paciente aceita compartilhar sua depressão (com a dependência que isso implica em relação ao analista) é repetir a situação de uma intrusão num espaço psíquico em vias de constituição, o espaço do Eu³.

Uma não adaptação no momento em que a lógica do espaço do sujeito exige uma adaptação quase perfeita é uma separação prematura. E toda separação prematura é uma intrusão. Em suma, sempre se “podê” interpretar em termos da realidade interna do paciente. (Isto é, supondo-o capaz de reconhecer uma realidade externa e levando em conta a insistência pulsional). Mas isso é completamente inútil (e traumatizante) quando o que se pede ao analista é que ele aceite ser uma prótese narcísica, um objeto subjetivo pertencente à área da experiência de onipotência do sujeito. Somente quando ele aceita esse lugar é que a experiência da análise será uma experiência real para o paciente; este poderá, então, considerar o psicanalista um sujeito real, com uma existência objetiva e exterior. Tendo o paciente se apropriado, por meio da identificação, desse lugar psíquico que o espaço da análise se tornou para ele, opera-se uma mudança: as dificuldades concernentes às interpretações sobre a insistência pulsional já não mobilizarão um penoso estado

clínico confusional e o sujeito se tornará cada vez mais capaz de fazer face a outras complexidades do processo analítico. Se o *confusional* cessa é porque a *apropriação do espaço da análise como um lugar* – que é uma obra da transferência – supõe a realização de um *recalcamento primário*. Para que esse *recalcamento* ocorra é preciso, primeiro, que o paciente possa fazer uma longa experiência da presença e da *fiabilidade do analista* – que, na transferência, ocupa o lugar de um outro que outrora esteve ausente. Acho que era isso que Winnicott chamava de “uma lição de relação com o objeto”.

“Fico consternado”, dizia Winnicott, “quando penso nas mudanças profundas que impedi ou retardei em pacientes [...] por minha necessidade de interpretar. Quando nos mostramos capazes de esperar, o paciente consegue entender de maneira criativa, com um intenso prazer”⁴.

É em *O brincar e a realidade* que Winnicott expõe todas as consequências clínico-teóricas implicadas na noção de espaço transicional. Começa abordando os ensinamentos da psicopatologia sobre a não constituição dessa zona intermediária, cuja causa está sempre relacionada com uma separação ou perda precoce do portavo, aqui confundido com o ambiente. Essa separação pode ser apenas uma má adaptação do ambiente primário (a mãe) às necessidades psíquicas do bebê no momento em que essa adaptação tem de ser perfeita. Essa inadaptação é vivida como intrusão.

A principal consequência desse tipo de intrusão é a *dissociação, cujas produções defensivas secundárias não podem ser tratadas ou entendidas em termos de recalcamento*. No caso de o psicanalista não reconhecer essa impossibilidade essencial, o tratamento terminará em impasses insolúveis, ou numa falsa evolução – na qual o(a) paciente se adaptará à concepção teórica do terapeuta, repetindo assim sua relação falsificada com o mundo, mundo com que, desde sempre, ele(a) se encontra com a parte falsificada de sua pessoa. Essa falsificação, fonte permanente de tristeza e de dor, é a razão pela qual o sujeito procurou um psicanalista. Em suma, se o psi-

canalista não reconheceu essa impossibilidade essencial, o paciente nunca assumirá o risco da experiência do informe. E o trabalho do tratamento será, simplesmente, um novo fracasso na tentativa do sujeito de conhecer uma *integração* e um *real* encontro com o outro.

Por isso, essas reflexões se aplicam aos tratamentos em que a questão do trauma é central, em que a confiança depositada no psicanalista determina o desenrolar da transferência e sem a qual a transferência não se instala. Os tratamentos em que o trauma é central trazem para o primeiro plano as *qualidades afetivas* do encontro entre o psicanalista e seu paciente. O acolhimento ocupa, evidentemente, um papel fundamental, já que o espaço da análise e o espaço da transferência têm de ser, antes de mais nada, um lugar em que seja bom estar.

Essa possibilidade de prestar atenção à tonalidade afetiva do encontro transferencial, de ter a preocupação de inflecti-lo, de modulá-lo de tal modo que o paciente se sinta *confortavelmente instalado na transferência* é algo que se adquire com o tempo. A clínica psiquiátrica é uma excelente escola para o aprendizado dessa instalação. Os teóricos da psicoterapia institucional propuseram a expressão *técnicas de ambiência* para essa preocupação com a atmosfera sensível. Nos tratamentos em que o trauma é central, o mais importante não é o que se repete, *mas o que não se repete*. A relação com o analista *inaugura* uma experiência do outro até então desconhecida para o sujeito.

Os três exemplos clínicos apresentados no início deste texto ilustram uma das principais consequências que o terapeuta terá de acolher se aceitar sustentar esse lugar de um outro ainda inédito na história do paciente. Nesses casos, a relação que a transferência inaugura poderá fazer emergir um novo sujeito. No entretanto, porém, o paciente será obrigado, para se descolar da área do trauma, a convocar para a relação com o analista os nacos de real que o acossam.

3 O Eu em Winnicott não é especular. Cf. nosso comentário in H. Macedo, *Do amor ao pensamento*.

4 In D. Winnicott, *Jeu et réalité*, p. 120 e 121.

»
Ferenczi, a quem todos devemos a invenção da clínica do trauma, afirma que o terapeuta será sempre obrigado a repetir o trauma

Essa passagem obrigatória é – também – obra da transferência. O segundo exemplo é uma figura muito eloquente disso: por intermédio de seu amor por um paciente de quem trata, a paciente produz para seu analista uma situação em que ela é capaz de amar a criança psicótica que foi outrora. Essa possibilidade de correr o risco – total, vertiginoso – desse reencontro é uma obra da transferência. Obra da transferência, também, essa passagem ao ato – simultaneamente terrível, estruturante e libertadora. Como mencionei no início, terminada a sessão em que a paciente corre esse risco, o analista a leva a um restaurante onde eles conversam durante horas. E onde, evidentemente, eles comem, se restauram.

Ferenczi, a quem todos devemos a invenção da clínica do trauma, afirma que o terapeuta será sempre obrigado a repetir o trauma. Acho que hoje, graças à pesquisa que ele inaugurou, podemos ser menos categóricos.

É certo que o psicanalista será inevitavelmente convocado ao lugar do agente do trauma. O paciente depositará no mundo interno do terapeuta, e sem que ele saiba, traços do assassino da alma, seus afetos de ódio, sua insensibilidade. Esses depósitos obstruirão a contratransferência, farão do paciente um perseguidor.

Mas o reconhecimento de seus afetos, sua nomeação, bem como seu compartilhamento com o paciente, são ferramentas para a criação por parte deste último de um novo tecido psíquico. Ora, o que possibilita a criação desse novo tecido psíquico não pode ser o lugar de agente do trauma que o analista ocupa na transferência. De que lugar pode ele, então, favorecer a construção de um espaço até aquele momento inexistente? Evidentemente, do *lugar do ausente*.



*quando o terapeuta ocupa
o lugar do ausente, isso permite
a criação de um novo tecido
psíquico no paciente*

Essa evidência nos permite formular as dificuldades encontradas por Ferenczi na teorização que nos foi tão preciosa, porque, afinal, seus gigantescos avanços continuavam subordinados à concepção freudiana da transferência, concepção que a reduz sobretudo à repetição. Ferenczi iria esbarrar com essa redução durante sua análise, ao Freud se recusar a ocupar o lugar do ausente, que teria sido inaugural, e que ele identificou com o lugar de uma mãe. E também por Freud não reconhecer a transferência negativa que sua recusa mobilizou.

A preocupação com a tonalidade afetiva da transferência e o reconhecimento de que o mais importante é o que não se repete na relação transferencial (porque o analista ocupa o lugar do ausente) cruzam-se com a teoria winnicottiana da importância do brincar no tratamento, teoria que coincide com a do espaço transicional.

Portanto, quando o terapeuta ocupa o *lugar do ausente*, isso permite a criação de um novo tecido psíquico no paciente, de onde ele poderá ter um ponto de vista sobre o trauma. Esse ponto de vista é a condição para que o trauma seja pensável. Atenção: um trauma nunca é recalado, nunca é esquecido. Mas um ponto de vista pode possibilitar o fim da vergonha e da culpa. Vergonha de ter pais violentos e culpa de pensar essa violência. E, vergonha ainda maior, de se sentir a causa dessa violência (cf. o trabalho de Ferenczi sobre *A confusão de línguas*).

Um ponto de vista autoriza a indignação, a cólera. E a cólera permite um juízo de condenação dos pais. E se o ponto de vista supõe, como creio que supõe, que a transferência crie as condições de um recalamento primário, então é impossível deixar de conceder ao inominável todo o

lugar que merece. Por vezes, o inominável adota a roupagem das passagens ao ato. E o que possibilita o recalamento primário é a repetição incessante, no tratamento, de uma experiência: a de encontrar o terapeuta sempre presente ali onde um outro esteve ausente.

Portanto, depois de Winnicott o analista que trabalha na cidade já sabe: se quiser se aventurar no tratamento da devastação causada pelo trauma, terá de saber brincar. Mas, ao atravessar o território do massacre, ele terá de ser, sozinho, uma instituição de tratamento.

Terá de instalar, se necessário, um atendimento concomitante com um psiquiatra – para que os medicamentos estejam a serviço da emergência da palavra. Ele será um agente de empregos, procurando eventualmente trabalho para seu paciente. Ou será um educador especializado, ou um assistente social, encontrando lugares de socialização. Ele será um agente de viagens, organizando férias seguras. Será um serviço jurídico que fornece um bom advogado ou a ajuda para realizar procedimentos simbólicos de reparação, de solução de antigos contenciosos. Ele procurará um bom clínico geral que cuidará do somático como uma boa mãe arcaica, quando o paciente, deixando de ser locatário de seu próprio corpo, tentar nele se instalar definitivamente. Encontrará um professor particular e um colega para a criança que, ao deixar de precisar ser o terapeuta de algum de seus pais, pode finalmente apresentar suas próprias dificuldades escolares e existenciais. Será terapeuta de casal, recebendo o cônjuge para quem é penoso suportar os remanejamentos identificatórios produzidos pelo tratamento. Ou analista de família, convocando os pais (até mesmo de um paciente adulto) para entender melhor a constituição de um Supereu devastador ou para conhecer melhor a pré-história do paciente⁵.

Em princípio, o terapeuta não convoca todos esses lugares num único tratamento. Que seja. O que importa reter é o sentido dessas derivações, a saber: *a experiência que o paciente tem de um outro uso da realidade*.

Em outras palavras, ocupar-se do trauma e de seus efeitos devastadores exige que o analista se comprometa a sustentar o que os teóricos da psicoterapia institucional nos legaram: ser capaz de desempenhar vários papéis sem abandonar sua função!

Note-se, contudo: sempre que o terapeuta propõe alguém além dele para ajudar o paciente numa passagem importante da vida, ele reconhece os limites de seu poder. E, no mesmo movimento, *in fine*, ele reafirma o enquadre do tratamento, bem como a extensão do poder deste: o remanejamento do espaço psíquico.

Haverá quem lhes diga que essa concepção do tratamento não é do âmbito da psicanálise. É claro que isso não tem a menor importância. E é claro que se trata do tratamento psicanalítico. Mas vale a pena nos determos nisso para esclarecer alguns pontos. A objeção de que tudo isso não é do âmbito do tratamento analítico se apoia, em geral, no mesmo argumento: intervir a tal ponto na realidade da vida do paciente fecha o acesso à fantasia. Ora, essa objeção supõe um tratamento cujas questões centrais concernem aos avatares do recalçamento. O que dizer, porém, quando o recalçamento primário não ocorreu, quando a fantasia pode mobilizar angústias inomináveis? O que dizer quando o investimento da percepção vem saturar o encontro com o mundo? (Como uma mulher que, para afastar a angústia, lê em voz alta todos os *outdoors* da estrada.) O que dizer quando a realidade, que nada mais é senão um recorte subjetivo do real, não existe ou existe muito precariamente? *O que dizer quando o recorte da realidade está à espera da obra da transferência, precisamente quando a extração de uma realidade da mixórdia do real espera que o analista adivinhe o ausente, para cujo lugar a obra da transferência o designa? Nos tratamentos em que as defesas decorrem do trauma, não se deve tratar o objeto perdido, porque o analista é o primeiro que reconhece o sujeito no paciente, que afirma sua existência. Graças a sua relação com o*

5 Ler, a esse respeito, P. Kammerer, *L'enfant et ses traumatismes*.



*o que dizer quando
o recalçamento primário
não ocorreu, quando a fantasia pode
mobilizar angústias inomináveis?*

analista, o paciente encontra uma primeira afirmação primordial, uma Bejahung.

Repito: ocupar-se do trauma e de seus efeitos devastadores exige que o analista se comprometa a sustentar o que os teóricos da psicoterapia institucional nos legaram: ser capaz de desempenhar vários papéis sem abandonar sua função! Jean Oury, na discussão que se seguiu à apresentação destas reflexões, reconheceu na pluralidade de espaços que o analista deve convocar nesses tratamentos o conceito de *multirreferenciado* de François Tosquelles. Ele tem toda a razão. Aliás, o multirreferenciado é uma exigência que se impõe a qualquer psicanalista; trabalhar como psicanalista exige a existência de um coletivo de amigos a quem ele submete de forma regular o avanço de seus tratamentos. Um coletivo: a fábrica do possível.

Tudo o que eu disse aqui é sabido por qualquer terapeuta que trabalha com o trauma em todas as duas declinações. A única novidade foi ter tentado reunir toda essa pluralidade de facetas numa teoria do tratamento organizada em torno de quatro pontos:

- ✦ a importância do acolhimento;
- ✦ o tratamento como experiência inédita de encontro com o outro;
- ✦ um outro ausente que o analista, graças à obra da transferência, deve adivinhar;
- ✦ um coletivo de amigos psicanalistas onde o analista dá regularmente testemunho de seu trabalho clínico.

Espero que isso possa, eventualmente, servir de enquadre para uma troca mais organizada entre aqueles a quem essa pesquisa clínica apaixonada.

28 Referências bibliográficas

- Kammerer P. (2010). *L'enfant et ses traumatismes*. Paris: Gallimard.
- Macedo H. (2011). *Cartas a uma jovem psicanalista*. São Paulo: Perspectiva.
- _____. (1999). *Do amor ao pensamento*. Trad. Monica Seicman. São Paulo: Via Lettera.
- Neyraut M. (1974). *Le transfert*. In Collection *Le fil rouge*. Paris: PUF.
- Winnicott D. W. (1969). *De La Pédiatrie à La Psychanalyse*. Paris: Payot.
- _____. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

Certo dia, eu disse que o terapeuta do trauma era um analista épico. Falei pela primeira vez de *analista épico* ao comentar o termo *Therapon* proposto por meus amigos Françoise Davoine e Jean Max Gaudillière em seu livro *Histoire et Trauma*⁶. Se prefiro o de analista épico é para sublinhar que o terapeuta não é apenas o ajudante de seu paciente, já que muitas vezes o precede no combate, antecipa os golpes, transformando uma coleção de anedotas sobre um massacre na narrativa épica de uma Odisseia. Ele constrói essa narrativa a partir da distância que lhe dá o lugar de um ausente dos acontecimentos, ausente cuja pre-

sença teria evitado o trauma. É desse lugar que, para evitar o suicídio, ele convida uma paciente, por intermédio do alimento, a um *festim canibalístico* em que ela pode devorá-lo. Devorá-lo para que ele seja o vínculo que integra a psicose infantil à vida. Também é desse lugar que ele chora com sua paciente, festeja a celebração de uma conquista, parte com ele para o interior – por exemplo, no enterro de um pai louco na presença louca da mãe, para evitar um novo exílio na psicose. Em suma: o que um(a) paciente cuja infância foi massacrada necessita profundamente encontrar no seu psicanalista é uma *pessoa viva na vida*.

6 In *Cartas a uma jovem psicanalista*.

The work of transference

Abstract This paper presents some aspects of the clinical handling of transference in cases of trauma. Winnicott's concept of the transitional area is put in relation with the notion of "multireference" proposed by François Tosquelles. Since maniac defenses are built against unfulfilled primitive needs, the author suggests that in these cases analysts must offer his psyche space as a place where the patient can reconstruct himself and initiate a different relationship with the world.

Keywords transference; first identification; place of the absent; transitional area; multireference; workgroup.

Texto recebido: 11/2010

Aprovado: 05/2011