

Seminário clínico de Pierre Fédida

Material clínico de Sandra Lorenzon Schaffa

As marcas que Pierre Fédida deixou em solo brasileiro estendem-se desde seu pensamento teórico e reflexivo até a prática clínica, herança de estadias diversas em que coordenou vários grupos de supervisão.

Muitas foram as marcas pessoais que Pierre Fédida deixou como legado para a psicanálise brasileira e não apenas para seus leitores, analisando, orientando ou amigos. Nos vários grupos de supervisão que coordenou, em diversas instituições psicanalíticas, abria-se outra oportunidade: a de se conhecer um pensamento clínico muito singular em ação. Com este conjunto de quatro textos¹, precedidos pela apresentação “Seminário clínico de Pierre Fédida”, *Percorso* oferece a seus leitores a possibilidade de participar de um desses momentos de rara criação psicanalítica. Tendo como âncora o material clínico e as observações de Sandra Lorenzon Schaffa, o horizonte da supervisão ocorrida em 24 de outubro de 1996, na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, se amplia e ecoa nos comentários de Luís Carlos Menezes, Alan Victor Meyer e Luiz Meyer, e poderá, quem sabe, continuar a produzir ressonâncias em cada um de nós.

Sandra: *O paciente está em análise há seis meses. Mostrou “urgência” em ser atendido: queixa-se de viver tomado, invadido, por pensamentos obsessantes de natureza sexual. Estes são tão presentes, que ele teme, quando está vindo para a sessão de análise, encontrar uma mulher e acabar indo para um motel com ela. Algumas vezes tais representações surgem sob forma onírica ou alucinatória durante a sessão, quando, freqüentemente, mergulha num estado de sonolência.*

Há, nesse momento inicial da análise, uma angústia muito intensa em relação à perda de controle sobre essas idéias. Esse quadro modifica-se rapidamente. Persiste uma obsessão generalizada pelo contato sexual com mulheres, de modo indiscriminado, sem a mesma intensidade de angústia e menos pressão à atuação. O paciente queixa-se de viver invadido por esses pensamentos.

Tem irmãos de outros casamentos do pai e um irmão “bastardo”, descoberto depois da morte do pai. Na

“Hoje, enquanto esperava você, pensei: ‘e se ela estiver morta?’. Fiquei pensando no que faria.”

pré-adolescência é comunicado pelo pai, numa reunião com os irmãos, de que ele (pai) tem uma doença fatal e que sobreviverá por pouco tempo. Um ano depois, morto o pai, o paciente relata ter assumido a direção da casa, dos negócios; ocupa a cabeceira da mesa às refeições. Passou a dirigir carro, sem qualquer objeção. A mãe, após a morte do pai, adoece e virá a morrer alguns anos depois. Relata um apego intenso da mãe a ele. Conta obsessões eróticas em relação a amigas da mãe com quem teria tido efetivamente experiências sexuais na infância. O pai é descrito como “um homem de caráter incólume”; emociona-se na sessão quando se vê confrontado com o exemplo paterno. Suas obsessões sexuais remontam, segundo se lembra, a uma cena em que observa (escuta através das paredes do consultório do pai) excitado, consultas das pacientes mulheres. O pai era dentista, e ele tinha uma fantasia recorrente de

ouvir, pelas paredes da sessão do pai... da consulta do pai, o exame das pacientes.

Bem, gostaria de ler uma sessão. A situação de sono é muito frequente, há várias sessões em que ele adormece, já chega à sessão bocejando. Conta que essa condição é específica àquela situação, já que é muito ativo na vida profissional. Quando chega, é invadido pelo sono e então dorme; depois de um tempo, acorda e diz: “bom, por hoje chega”, e assim encerra a sessão. O paciente não se deita. Tem três sessões semanais.

Luiz Meyer: Então, ele dorme sentado?

Sandra: Sim, às vezes caem objetos que ele está segurando: chá-veiro, celular.

Paciente: Fico muito aborrecido com essa situação que aconteceu na última sessão. Você não consegue me convencer de que não seja um total desperdício dormir aqui durante a sessão. Será que não seria o caso de diminuir o número de sessões? Não vejo o sentido do sono, quando ele vem. Às vezes acho que é por não ter o que falar, como ontem. Hoje também não sei. *Fica em silêncio, me olhando*

Sandra: (após um tempo breve). Bem, eu tive a impressão de que algo te pareceu estranho ao entrar aqui hoje (*chamara-me a atenção sua expressão, indefinida para mim, ao me encontrar*).

Paciente: Não, apenas uma pontada do torcicolo (*silencia e continua me olhando por algum tempo, depois prossegue*). Ao contrário, hoje cheguei mais cedo porque queria relaxar um pouco, ou talvez você me atendesse mais cedo se estivesse disponível, não havia nenhum carro na frente. A porta da sala de atendimento estava aberta e vi que você não estava, não espiei por nenhuma outra porta e entrei na sala de espera. Em vez de descansar, dei dezenas de telefonemas. (*Ele chega geralmente falando pelo celular, como se entrasse acompa-*

nhado e, quando está na sala de espera, continua falando. Se eu estou com outro paciente, ouço a voz dele ressoar na sala de espera.) Se você não viesse, iria embora (*eu não estava atrasada, ele tinha chegado mais cedo*). Silencia e me observa por mais algum tempo. Tenho estado obcecado novamente pela M. A vontade é de raptá-la, fazer amor com ela e matá-la. Se não fossem as conseqüências, contratava um gorila que executasse isso para mim. Sabe, é uma coisa muito perversa, não aceito moralmente a prostituição, o homicídio, mas adoraria ter prostitutas, muitas, à minha disposição, usá-las para manipular pessoas.

Sandra: (*Há certo silêncio. Ocorreu-me uma imagem: de um gesto mecânico, que esse paciente tem, às vezes, durante as sessões, de tirar um terço do bolso e ficar manipulando esse terço. Eu já comuniquei isso a ele, que me disse: “não é nada, eu poderia estar pegando uma caixa de fósforos”. Que “aquilo não era nada importante”. Pensando nessa manipulação, digo a ele.*) As conseqüências disso, nós sabemos, são, por exemplo, o seu medo do “gorila”, foi por isso que me procurou.

Paciente: Eu sou gorila mesmo. Ontem, quando chegava ao meu apartamento, dois sujeitos mal-encarados me aguardavam, acompanhando meus movimentos. Voltei-me para eles, enfrentando-os. Mantive a mão sob a jaqueta, insinuando uma arma que na verdade não tenho. Postei-me assim diante deles até que se afastassem.

Sandra: O “gorila” defende você; então, defende o Ranho. (*“Ranho” é um apelido que, menino, recebeu na escola porque chorava muito, vivia com o nariz escorrendo*).

Paciente: O Ranho? Eu matava ele!

Sandra: Matar o Ranho... matar a M... “matar as sessões” comigo.

Paciente: Hum... é interessante você dizer isso. Hoje, enquanto esperava você, pensei: “e se ela estiver morta?”. Fiquei pensando o que faria.

Sandra: E aí...?

Paciente: Não sei.

Sandra: Se eu estivesse morta... como imaginou a M.?

Paciente: Não. É totalmente diferente, com você é outra coisa. O que eu pensei em relação a você é que você não poderia ter morrido, é a única que pode me compreender. O que eu imaginei é que você teria sido assassinada por outro paciente, como no filme (...).

Sandra: O gorila às vezes não te protege disso que você sentiu quando não me encontrou, te fazendo pensar que eu tivesse morrido.

Paciente: *(Surpreende-se, franze a testa numa expressão característica, nega que tenha sentido alguma coisa em relação à minha ausência, argumenta que só se fosse algo "inconsciente" e que racionalmente só consegue pensar que gostaria de "eliminar o Ranbo que deve existir incrustado na gordura". Isso, ele comenta, também*

“O paciente não suporta ter uma vida psíquica. Ser fóbico da própria vida psíquica – isso existe não é?”, comentou Fédida.

seria uma razão para não emagrecer, o que, acredita, significaria também o risco de tornar-se mais atraente e assim remover o obstáculo para executar suas idéias sádicas. Prossegue.) Eu lia uma reportagem sobre a fulana de tal (uma personalidade pública) onde ela dizia que não podia entender como, tendo um pai que lhe deu tanto, não conseguiu assegurar um bom caráter a seu filho, que é um crápula. Não entendo como posso ser filho do meu pai, que era um homem de caráter incólume. Esse gene deturpado veio de onde? Da minha mãe, com certeza. De um cromossoma X. Ou seria do meu pai mesmo?

Fédida: O pai tem um caráter incólume? Íntegro. Podemos começar a falar?

(Interrupção da gravação)

Menezes: Por isso perguntei a ela se não tem medo desse paciente.

Sandra: Bem, é um paciente que me comove muito. Às vezes eu me sinto intimidada.

Menezes: Você não acredita que ele vá te assassinar?

Sandra: Não acredito que vá me assassinar: o que parece proibido para esse paciente é alguma coisa da ordem da ternura. Talvez se eu lesse outra sessão?

Fédida: Não, vamos conversar.

Sandra: Eu trago esse caso porque não sei como abordar essas falas sexuais-truculentas. Por exemplo: essa mulher (M.) tem um nome parecido com o meu, tentei aproximações entre ela e eu, mas ele não aceita relacionar qualquer impulso a mim, qualquer fantasia sexual. Existe uma parede racional a impedir essa associação.

Fédida: São fantasias sexuais?

Sandra: Não sei se são verdadeiramente sexuais.

Alan Meyer: Mas, você não tem medo?

Sandra: Isto que ele diz no final da sessão: “com você é outra coisa”, sinto que poderia definir, nesse momento, o terreno da liga-

ção transferencial comigo, na qual não entra essa situação truculenta.

Fédida: Quero compreender bem isso que diz a Sandra em torno do que representa a transferência: a ligação transferencial, tenho a impressão, é muito poderosa. Essa transferência é poderosa, intensa, e para acalmar essa intensidade ele é obrigado, ou a mergulhar no sono, ou a comunicá-la por meio dessas fantasias sexuais, que não são verdadeiras fantasias sexuais. Isso me impressiona muito quando você diz: este homem que não pode viver a intensidade da vida psíquica! É muito forte ser psiquicamente vivo. E o sono é o jeito mais simples de acalmar essa intensidade, de apaziguar essa intensidade, talvez por outro lado esperando que a psicanalista, enquanto isso, tenha uma atividade psíquica que o mantenha em vida.

Sandra: Ele não sustenta nem mesmo o sono: quando dorme diante de mim, acaba indo embora.

Fédida: Sim, pois ele não suporta ter uma vida psíquica. Ser fóbico da própria vida psíquica – isso existe, não é? As fantasias sexuais que estão aí me parecem ser muito lúdicas, truculentas, com as mulheres, tudo o que ele consegue fazer: bravatas, não consegue fazer nada na verdade.

Luiz: *Eu estou um pouco surpreso de a gente estar levando o material ao pé da letra. Porque, depois de um certo tempo, me pareceu que era um grand guignol, isso é, uma criança diante dessa mãe, dessa mulher, sei lá, brincando de ser adulto. Das mulheres histéricas, falava-se que eram allumeuses: esse é um allumeur. Então, toda escuta que for dirigida ao conteúdo é muito arriscada, acho que o que ele está fazendo com o analista devia ser o nosso foco. Eu concordo com Fédida que isso pode ser visto como uma fobia do psiquismo, mas, também, esse torpor onírico na sessão é igual ao estado crepuscular histérico. Aliás, ele tem o*

mesmo estado da mulher. É muito teatral, muito caricato.

Fédida: Vamos ouvir o que diz Sandra. Como você reagiu a isto que Luiz disse?

Sandra: O problema com este paciente é que sinto pena dele. O que diz Luiz faz sentido, sei que parece caricatural, mas sinto que deveria abordar certas insinuações que faz a mim. Penso numa situação dessas quando, ao descrever uma cena sexual, o que ele faz com gestos designando a posição dos móveis do consultório, mostra: “ela” deitada no divã, “ele” na minha poltrona, “sem poder fazer nada”. Sinto-me convocada a dizer algo, e, ao mesmo tempo, não parece fazer sentido dizer coisa alguma, tudo o que eu tento dizer se dilui.

Fédida: Ele precisa assustar a psicanalista para poder começar a sentir de modo mais positivo a vida psíquica. Se a analista nunca tivesse medo, aí sim ficaria perigoso. Ame-

drontar você, fazer com que você tenha um pouco de medo é absolutamente essencial. A fantasia de assassinar uma mulher é a fantasia de dar vida a uma mulher. Isto é, numa situação analítica como esta, é preciso ser neutro, mas é preciso também ter a capacidade de refletir essas emoções para permitir ao paciente perceber que ele produz vida psíquica.

Marion Minerbo: Quando ele fala que enfrentou os dois homens na rua, se a analista falasse: “você enfrentou os dois homens”? Se ela mostrasse que se assustou e que tem vida psíquica? Quer dizer, não realmente assustada, mas fazendo um movimento que expresse que é possível alguém se assustar se alguém relata que enfrentou dois homens mal-encarados. A pergunta é se, tecnicamente, isso faz sentido para um paciente desses?

Fédida: É demasiado expressivo. Se eu estou incomodado com um paciente pelas razões mais diversas,

esse incômodo vai ser lido em mim. E ele será tão melhor lido quanto mais eu tentar controlar esse incômodo; mas eu dou alguma coisa para o meu paciente se lhe dou a possibilidade de ler vida psíquica em mim. *(Para Sandra):* O que você acha?

Sandra: É preciso que ele possa ler em mim vida psíquica?

Fédida: É preciso que ele aprenda a ler vida psíquica. A criança com sua mãe tem a capacidade de antecipação das emoções. Ela aprende a ler o corpo da mãe, aprende a ler os movimentos afetivos, mesmo se a mãe chora ou passa por estados excessivos, a criança localiza-se muito bem. Penso que devemos nos situar nesse nível com esse bebezão.

Sandra: Por isso não se deita, para poder olhar para aquilo que eu sinto?

Fédida: Sim.

Fernanda Colonnese: Eu tive a mesma impressão que o Luiz, de um menino, desses que fazem essa brincadeira com meninas, de dar um tranco, e essa é a expressão da afeição possível, o que me fez pensar no celular e no terço, em coisas desse gênero que ele usa e que servem de companhia para ele, de suporte, como *objetos transicionais*.

Fédida: Não é somente um *objeto transicional*, o celular. Ele tem medo de ficar sozinho com a analista.

Menezes: Estamos dando voltas nessa situação do medo da vida psíquica, mas talvez coubesse uma pergunta: o que causa medo na vida psíquica dele? Nessas histórias há alguma coisa que o aterroriza: o que o aterroriza na vida psíquica? O corpo da mãe, tendo de ocupar o lugar do pai tão cedo? Ele fala de uma mãe que é sedutora, de amigas da mãe com quem ele acabou tendo relação sexual, verdade ou não, não sei! Ele está falando de um medo muito intenso, mas teria alguma coisa articulável com esse medo nisso que ele está dizendo?

Fédida: Eu tenho o sentimento de que muitos de nossos pacien-

A criança com sua mãe tem a capacidade de antecipação das emoções. Ela aprende a ler o corpo da mãe, aprende a ler os movimentos afetivos, mesmo se a mãe chora ou passa por estados excessivos.

tes, esse, por exemplo, nos ensinam a descobrir que ter uma vida psíquica é extremamente angustiante. Nós partimos geralmente da idéia de que o paciente vai descobrir, na sua vida psíquica, os traumatismos, os conflitos, não sei o que mais, mas é preciso que sejamos mais modestos, mais simples, para perceber que muitos de nossos pacientes, sobretudo quando têm uma espécie de fortaleza corporal, são extremamente angustiados por sentir em si mesmos a vida, como se sentir a vida, não só a vida física, mas sentir a vida do psíquico, fosse estar ameaçado pela morte e pela loucura. Tenho a impressão de que isto que ele expressa: “temo perder o controle da situação mental” é extraordinário! O modo pelo qual nos comunica que está com você, que vem para que você contenha tudo isso, sobretudo para que ele não desapareça, não exploda, não se torne louco ao se abandonar aos seus devaneios. Com a Sandra ele começa a sonhar com mulheres, com o que pode fazer com mulheres, matar mulheres. À primeira vista isso é assustador, esse grande pequeno sádico que tem uma vida mental de vídeo-cassete, pois ele vê à sua frente, nesta analista que é uma mulher, como ela reage ou não, e como ela recebe essa expressão de vida psíquica, totalmente simples, no fundo estereotipada, má pornografia. Ele sonha isso na presença do analista. É preciso que a analista tenha, de fato, pelo menos um pouquinho de medo. Mas é dessa forma que se apresenta o roteiro da vida psíquica, de modo sexual muito sumário, mas que ao mesmo tempo deve ser levado a sério, pois se ela não o levasse a sério, aí sim ficaria perigoso. Quando um paciente diz para você: “eu quero matar você”, não se deve sorrir: ele quer matar você! É preciso acreditar que ele quer matar você, antes de poder interpretar. Porque ele não matará você, se acreditar que ele quer matar você.

Alan: Mas com um *grand guignol*. E se você não tiver medo verdadeiramente?

(*Interrupção da gravação*)

Participante: Mas, e ela não consegue acreditar no filme dele? Penso que é isso que acontece com a Sandra: ela não conseguir acreditar no pornô ruim.

Fédida: Sim, ela acredita no pornô!

Luiz: Uma coisa me chamou a atenção no seu relato, e me surpreendi que você não tivesse feito nenhuma intervenção. Ao longo do material, está sublinhado que o pai é um homem íntegro. Se escutei bem, descobre-se que ele gerou um bastardo. Então, esse homem fantástico, formidável, gerou um bastardo. Eu tive a impressão de que a vida psíquica dessa pessoa na sessão é uma vida psíquica bastarda. A vida psíquica está no celular, nestas histórias, a história que ele conta do pai é uma história bastarda. O pai é um garanhão. Apareceu uma criança, e ninguém tem explicação para isso. Quero ligar isso ao que Fédida está dizendo: O que a gente deve sentir e no que é preciso crer? Por exemplo, eu diria assim: teu pai é tão íntegro? E o bastardo? Eu colocaria para esse paciente essa questão.

Julieta Widman: Você colocou um ponto muito interessante: ele conta que tinha fantasias da relação do pai com as pacientes. Aí você teve um ato falho: “da sessão”. Nesse momento pensei: há aí uma fantasia erótica, as outras podem não ser, mas esta sim: o pai dentista com suas pacientes – uma psicanalista com seus pacientes – que ele ouvia do outro lado da parede. É possível que ele fale no celular para não escutar. Ele diz: “eu cheguei e não olhei dentro da sua sala; estava aberta e eu não olhei”.

Fédida: É o pai que tem a propriedade da vida erótica com as mulheres.

Sandra: Juntando-me à questão da Julieta, eu perguntaria se, além do medo, alguma coisa de or-

Há aí uma fantasia erótica. As outras podem não ser, mas esta sim: o pai dentista com suas pacientes.

dem sexual deveria encontrar resposta em mim. Ele diz que a análise é uma escola onde quer aprender a “cantar” uma mulher, a relacionar-se de forma amorosa. Quero também retomar a questão de Luiz e perguntar a Fédida: tenho medo de que esse paciente tenha um surto psicótico. Essa representação do pai, inquestionável, não seria uma referência identitária muito importante nesse momento? Tenho medo de tocar nessa imagem idealizada (ele tem uma explicação lógica, inquestionável, para a situação do filho bastardo, que isenta o pai).

Luiz: Finalmente, você está com medo!

Fédida: O analista aqui é uma mulher e é, ao mesmo tempo, em sua figura de analista, uma *imago*, no sentido próprio do termo, do pai idealizado, do pai que não se deve tocar porque, se tocarmos, será o desmoronamento, e eu acho que, muito interessante, mas ao mesmo

tempo difícil para Sandra, é ser ao mesmo tempo aquela que recebe toda essa pornografia de *grand guignol* – mas que é ao mesmo tempo uma pornografia. É preciso acreditar que esse senhor tem um órgão sexual, diz que se serviu desse órgão sexual, talvez, não sei, é preciso acreditar; ele tenta ler sensações, alguma coisa sobre o corpo da analista, não necessariamente emoções eróticas, mas são emoções – e ao mesmo tempo garantir a integridade do pai. Eu compreendo perfeitamente que a Sandra diga: eu não tenho muita vontade de tocar nessa figura de pai que ela encarna.

Viviana Starzynski: Estávamos falando em acreditar ou não. Se, por exemplo, a gente acreditar que ele queira trepar, matar, e ao mesmo tempo acreditar, junto com ele, que ele não fará isso – porque o medo dele é o de perder o controle –, associando-se à parte saudável dele. Essa mulher que mostra mas não dá é também você. Ele espera realmente que seja você. Você poderia fazer uma interpretação dizendo: “Puxa, essas histórias que você me conta, você quer me fazer medo, eu poderia sentir medo dessa situação”, ou, se conta uma história muito excitante: “essas histórias podem estar gerando um clima excitante”.

Fédida: É muito cedo.

Sandra: Sinto que não dá para falar isso.

Luiz: Eu acho que não dá para falar. Estou lembrando da descrição dele de que aos 12 anos ele assumiu a direção da casa, foi guiar automóvel, tinha relação com as amigas da mãe, e que a mãe era muito sensual com ele, etc.; então eu me pergunto se um paciente desses não é exasperante porque fala tanta bobagem. O analista sente-se exasperado e não chega a sentir medo. Eu estou querendo ver qual é o sentimento que esse paciente deveria provocar. É claro que eu estou partindo da minha contratransferência, a gente gostaria que ela sentisse medo, mas ela não sente. Medo quer dizer

Permanecer analista
nessa situação, tornar-se
analista desse paciente
nesta situação, é
continuar o tempo todo a
guardar na cabeça que
ele não consegue chegar
a viver.

levar a sério esses relatos do paciente, mas não dá para levar a sério. Então, o que é que a gente tem de levar a sério?

Fédida: Eu acho que o que vamos levar a sério é a doença. Quer dizer, se uma relação muito familiar, muito comunicativa, não anularia o fato de que ali está um paciente, doente? O paciente procura uma comunicação normal, mas o que ele demanda é que o tomemos a sério, que ele está ali como paciente, e que ele está doente, doente de alguma coisa, não se sabe de quê. Aqui eu não diria outra coisa senão isto: permanecer analista nessa situação, tornar-se analista desse paciente nessa situação é continuar o tempo todo a guardar na cabeça que esse paciente não consegue chegar a viver. Ele gostaria de viver como os outros. De poder tocar as mulheres, trepar com elas, ter uma vida. Não é porque tem sucesso nos negócios que está vivo. A analista tem de manter o tempo todo isso em vista, pois é isso que impede transformar a situação em palhaçada, em comédia burlesca. Nós estamos aí numa grande dificuldade, qual seja, como comunicarmos nossas emoções contratransferenciais, se é que podemos comunicar verbalmente e dizer ao paciente: sinto isso, ou algo as-

sim, ou se seria preferível deixar ao paciente a possibilidade de aprender a ler, aprender a perceber as emoções, e ele perceberá melhor as emoções em nós se, contratransferencialmente, conseguirmos discernir em nós mesmos as emoções que estamos sentindo. Se durante uma sessão experimento um sentimento de tédio porque o paciente conta sempre a mesma coisa, creio que o paciente tenta ler em mim aquilo que estou experimentando, mas quando eu mesmo não sei o que é esse tédio que estou sentindo, e enquanto não fique claro para mim o que seja esse tédio. Uma defesa contra a agressividade? Um excesso de excitação traduzido por um efeito auto-hipnótico? Poderão ser muitas outras coisas! Só quando estiver claro para mim o que eu estou sentindo é que ele poderá perceber, e aí ele muda, não repete mais.

Sandra: Tenho uma questão a respeito desse paciente, que é: ele não tolera o silêncio, ele precisa de uma palavra.

Fédida: É você que não tolera o silêncio?

Sandra: Sinto que ele não tolera o meu silêncio.

Fédida: Ele não tolera? Não, ele não tolera. E você? Você tolera o seu silêncio?

Sandra: Sinto que preciso dizer uma palavra, neutra, que ele espera uma palavra para não cair no sono imediatamente.

Luiz: Ele espera uma palavra ou você espera? É uma questão interessante: de quem é a dificuldade, qual é a dificuldade ali, porque ele diz: “você não me convenceu”, ele começa a sessão com essa frase, não é? Então há um jogo: quem vai convencer quem? E o silêncio é o silêncio: ninguém precisa convencer de nada ninguém.

Alan: Mas eu tenho a impressão de que o silêncio, em certos casos, pode ser construtivo, em outros pode ser extremamente desagregador. Entendo o que Sandra está colocando. Eu também já tive pacientes com quem posso ficar em silêncio tranquilamente e outros com quem sinto que no silêncio a pessoa se perde, se esfaca.

Fédida: Não faríamos esse trabalho se nós não soubéssemos que o paciente pode nos atacar fisicamente, pode se suicidar: são coisas que nunca devem ser afastadas. Vocês sabem muito bem que, se dramatizarmos o medo numa espécie de desconfiança paranóide, criamos uma confusão no paciente, e é aí que ele pode se tornar ameaçador porque há uma telescopagem entre nossas fantasias paranóides e as fantasias (...) *(interrupção da gravação)*.

Alan: A questão é: qual é o fio da navalha, qual é o limite em que é possível manter o silêncio?

Sandra: Fez muito sentido pensar que o paciente precise de alguém que tenha uma vida psíquica ao lado dele. Mas quero responder à pergunta de Fédida: em alguns momentos, acho que não suporto o silêncio, sinto que é constrangedor o olhar, a cobrança, e falo algo... Mas, às vezes, tenho a impressão de ele precisa mesmo de uma palavra, física, materialmente dita, mesmo que não seja uma palavra interpretativa.

Fédida: Quero voltar ao início dessa análise, do trabalho com esse

paciente. Quando você começou a apresentar esse trabalho, fui sensível à grande angústia do paciente na situação analítica. Ele diz: “deixe-me com minhas fantasias de assassinar a mulher grávida, com todas as fantasias sexuais, eu me agarro a isso”; e, ao mesmo tempo, ele pode inventar de modo notável uma sonolência para se proteger da angústia intensa da situação e, ao mesmo tempo, apagar nele mesmo uma vida psíquica muito intensa provocada pela sessão.

Luiz: Isso é que é importante: agarrar-se a essas fantasias já é uma defesa dessa vida psíquica muito intensa provocada pela entrada na sessão, é isso?

Fédida: Exatamente. Nesse mesmo momento, quando Sandra apresentou este trabalho, acredito ter sentido as modalidades de contato subterrâneas que ela tem com seu paciente, as modalidades de comunicação subterrâneas, pela

Em alguns
momentos,
acho que não
suporto o
silêncio,
sinto que é
constrangedor
o olhar, a
cobrança, e falo
algo...

maneira de recebê-lo, pelo olhar, pela presença face a ele. Isto é, de trazer por sua própria presença certas garantias de apaziguamento, onde a vida psíquica possa começar. Não é grande coisa, mas nessa situação que chamamos de trabalho analítico há emoções: as coisas, pensamentos, que ali estão na sessão, isso é vida psíquica, o início. E vou acrescentar uma consideração muito geral: de certo modo, a psicanálise é o convite para o paciente viver processos psíquicos na sessão e, quando eles se manifestam, são muito intensos porque são de natureza alucinatória; tão intensos que nós, analistas, podemos ter dificuldade de suportá-los. É paradoxal, mas é assim mesmo. É mais cômodo quando é o paciente que vem, deita no divã e conta o sonho da véspera, associa sobre ele, paga o analista e vai embora. Mas esse paciente não pode ainda fazer isso. Acho que não se deve deixar o silêncio se transformar em violência, e que o papel do analista é, precisamente, permitir ao silêncio tornar possível a vida psíquica na sessão, os movimentos da vida psíquica do paciente e do analista. E se, como acontece algumas vezes, o analista sente o silêncio como um estado autístico na sessão, no sentido de se fechar em um estado de grande violência, neste momento é preciso intervir para interpretar o silêncio. Winnicott dizia, não a propósito do silêncio, mas a propósito do tédio no analista: se o analista consegue analisar o seu tédio, ele consegue continuar a trabalhar com o paciente; se não puder analisar, ele estará prestes a se tornar esquizofrênico junto com o paciente, e deve parar antes.

Viviana: Por que a gente não pode falar da angústia que está lá? Fez-se silêncio, o ambiente está pesado, angustiado, difícil para você, eu entendo que você poderia falar disso. Se está criado um clima de angústia, de desconforto, e ele precisa ler isso, é preciso que isso também esteja sendo vivido por Sandra, para que ele leia.

Fédida: Estou absolutamente de acordo com o que você diz. E, tecnicamente a questão é a seguinte: como se pode comunicar essa experiência. Sabemos que às vezes é importante que o paciente ouça nossa voz e que dizemos qualquer coisa: “está chovendo”, “vou acender a luz”, não importa o quê, faria bem para o paciente em certas situações porque isso corresponde a experiências de agonia primitiva. Portanto, ouvir a voz, a manifestação da presença, é certamente importante seja o que for que se diga. E às vezes o analista não intervém, pois acredita que ele deve interpretar quando não há nada a interpretar, haveria no máximo que produzir uma imagem nova. Se uma criança é tomada de repente por um estado de terror noturno, nós, como pais, vamos falar com ela para dizer que alguma coisa está acontecendo; falar, oferecer alguma coisa como imagem para que ela possa adormecer de novo. Acreditamos que, porque somos analistas, temos de dar um sentido, devemos interpretar e, portanto dar o sentido, mas acho que estamos aquém disso, a gente não tem o sentido. Por que estaríamos submetidos ao terrorismo da interpretação? Quando falamos entre nós do trabalho com nossos pacientes, esperamos que, ao falar, possamos dar a nós mesmos orientações, sobretudo se o caso estiver apresentando dificuldade nesse momento. O interesse da comunicação entre nós é permitir reconstituir para nós mesmos um certo discurso que se tenha eventualmente perdido, mas quando estamos com o paciente o que fazemos? O que se passa entre o paciente e nós? É possível que não possamos comunicar isso aos outros. Não que a gente não queira; é que muita coisa de nós mesmos nos escapa. Essa comunicação com o paciente é uma comunicação extremamente importante porque é uma comunicação primitiva. Quer dizer: com que cara fiquei quando a sessão

I
mpressionou-me
essa
situação
do *subterrâneo*
no seu
relato.

terminou? Se dou a mão para dizer até logo, como é a minha mão? Qual foi o meu gesto? São muitas coisas que constituem a comunicação primitiva com o paciente, e não podemos comunicá-las para os outros. Mas posso comunicar as minhas emoções ao curso da sessão, posso tentar nomear os estados psíquicos, os movimentos psíquicos que são os meus com o paciente durante a sessão. Quando Menezes pergunta a Sandra: “você tem medo?” Sandra hesita em responder que ela tem medo: ela tem medo, ela não tem medo. E aí ela nos comunica alguma coisa de seu estado que não se pode resolver em: eu tenho medo, eu não tenho medo.

Sonia Azambuja: Você (para Luiz Meyer) estava falando que este paciente te causou determinada impressão. Impressionou-me essa situação do subterrâneo no seu relato (para Sandra) quando você disse: “ele me entenece”, “ele me comove”, o que é contrastante com o que Luiz dizia. Certamente a sua contratransferência não é a mesma. Há alguma coisa aí, subterrânea, que acho da maior importância no atendimento com esse paciente.

Menezes: A gente está girando em torno da técnica; Viviana sugere-

riu uma série de falas, e você (Fédida) reagiu de maneira prudente.

Fédida: Não prudente, mas sim: *em que tempo*.

Menezes: Em que tempo. Sim, há alguma coisa fina aí: a gente estava falando da economia do silêncio e há outro aspecto que é o da economia das falas, o regime das falas; porque, com a história do subterrâneo emergindo, se dá um valor estruturante ou analítico, a essa comunicação. Muitas falas poderiam banalizar ou desfazer essa fala subterrânea.

Fédida: Outrora se dizia, ouvi isso na minha própria formação analítica: “deixar instalar-se a transferência”, e “se você intervir muito cedo vai impedir a transferência de se instalar”. Podemos guardar essa formulação, mas eu diria, com relação ao paciente da Sandra, que o que ela me comunicou ao falar é que o paciente começava a ter movimentos de sua vida na sessão, que começava a ficar um pouco vivo, no sentido em que a Sandra nos comunica a partir do que sente. E o que ela sente, penso, é: aquilo que ela não sabe interpretar. E porque não sabe interpretar, pode sentir algumas coisas que se passam nessa sessão. Creio que essa matéria viva é frágil e as intervenções do analista não devem, com efeito, ser muito numerosas, muito explicativas. As intervenções do analista, sem dúvida, refletem, junto ao paciente, a percepção de sua ternura, sua emoção, coisas como essas. Tenho a impressão de que mais tarde é que essas coisas vão poder chegar às palavras e ser ditas ao paciente, mas, como você disse hoje, é apenas o início de um trabalho. ■

NOTA

1. O cuidado tomado na *deformação* do material, em nome do sigilo, buscou não prejudicar o sentido das intervenções de Pierre Fédida, bem como a inteligibilidade da discussão clínica.