

A interpretação e seus horizontes teóricos

Luís Carlos Menezes

A partir do seminário clínico com Pierre Fédida, o autor se detém na questão da presença, na função dos conceitos e modelos teóricos na escuta do analista, e nas formas de intervenção interpretativa.

O texto que segue¹ foi escrito em função de uma proposta de debate sobre a presença operante de material conceitual e de certo imaginário teórico na atividade interpretativa do analista, tendo por base a discussão clínica de um grupo de analistas com Pierre Fédida, sobre um caso clínico de Sandra Schaffa. Foi uma reunião animada, longa – duas horas e meia – e na qual tanto a questão insistentemente retomada por Sandra (intervir-não intervir, intervir aqui ou ali, etc.) como todo o eixo da discussão estavam voltados para o tema da interpretação na análise. “As teorias”, como é proposto, poderão, pois, ser consideradas na evolução, por vezes, de nuance, das diferentes proposições sobre a “conduta interpretativa”.

Modelo I

A primeira virada de perspectiva é dada por Fédida ao considerar como blefe a condição de “gorila” com que se auto-intitula o paciente, obcecado por fantasias sexuais sádicas com mulheres nas quais chega ao assassinato. Fanfarrônicas defensivas de quem está assustado, apavorado, por estar ali na presença de uma mulher, a analista. Virada, porque desloca a impressão inicial dos presentes que, aqui e ali, preocupam-se um pouco, perguntando se ela não tem medo dele, etc. Também

Luís Carlos Menezes é membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

O modo de presença do analista durante a sessão opera como uma linguagem subterrânea. O objetivo destes encontros é, assim me parece, irmos desfazendo os estragos que as ideologizações têm feito ao pensamento e à inteligência na psicanálise.

porque descarta o cenário de uma sexualidade perversa: o paciente não é um sádico.

Podemos pinçar aqui uma destas oposições dicotômicas em que costumamos ficar pegos *ad aeternum*: o analista leva em consideração o que o paciente diz ou põe a ênfase no que pode perceber do que este está sentindo, vivendo, no caso, para Fédida, estar apavorado junto a esta mulher que ali está, sua analista? Não é raro sermos suficientemente ingênuos para achar que a primeira seria uma alternativa freudiana, e a segunda, mais de inspiração inglesa. O objetivo destes encontros é, assim me parece, irmos desfazendo os estragos que as ideologizações têm feito ao pensamento e à inteligência na psicanálise. Então, vejamos isto mais de perto.

Podemos precisar melhor os termos desta dicotomia se acompanharmos um pouco mais como Fédida entende esse apavoramento do

paciente. Este se traduz também por estados de sono durante as sessões, feitas frente à frente, e que o incomodam bastante: ao acordar, interrompe a sessão e vai embora. Fédida avança a idéia, retomada muitas vezes ao longo do seminário, de que o paciente tem que se haver com uma vida psíquica excessiva para ele. O sono, como as falas sobre o mal que imagina compulsivamente fazer em mulheres, estão em relação com este excesso.

Este modo de pensar tem uma consequência importante sobre como ele entende a maneira de a analista ser operante, como analista, durante a sessão: é seu modo de presença que será apaziguante, agindo por uma linguagem subterrânea, primitiva (postura do corpo, expressão da mímica, maneira de dar a mão, alguma entonação de voz, etc.) de maneira a levá-lo a aprender a percebê-los – estes sinais que vêm da analista – como expressão

de seus estados de espírito. Inclui-se quando a analista diz ter sentido um pouco de medo – raras vezes – Fédida dá valor a este medo, pois nele o paciente pode perceber vida psíquica na analista, o que seria, neste momento da análise, essencial para ele. Da mesma forma, alguma ternura que a analista diz sentir pelo paciente.

Fédida acha que são estas condições que vêm possibilitando ao paciente “começar a ficar um pouco vivo nas sessões” (a análise dura apenas seis meses). Como sua idéia era de uma vida psíquica como excesso, entendo que ficar um pouco vivo nas sessões corresponde a uma margem de tranquilidade para que um mínimo de vida psíquica (idéias, pensamentos, emoções) pudesse ir acontecendo, sem ter que ficar maciçamente na defensiva. Fédida sustentou este modo de ver até o final da discussão do caso, reagindo às intervenções dos participantes, com a reafirmação desta linha que sem dúvida ficou como a principal para ele.

Houve, em particular, uma participante do grupo que defendeu, com certa firmeza e insistência, o ponto de vista de que, se a analista tentasse verbalizar as situações de mal-estar, de medo, etc, vividas inclusive por ela mesma na situação, isto seria um testemunho de que havia a possibilidade de sentir, de ter vida psíquica, de ter fantasias ali, sem enlouquecer, sem perder o controle da própria vida mental, temor manifestado pelo paciente. Fédida manteve tenazmente o seu ponto de vista de que “era muito cedo”, *de que muitas falas poderiam levar a uma familiarização da situação*, a um afrouxamento, a uma banalização compreensiva, e de que *os desconfortos da analista em não saber bem o que falar faziam parte de uma condição receptiva da analista*, muito útil neste momento da análise. Ele usa ainda a metáfora da vida dizendo que “esta matéria viva é frágil”, referindo-se ao que chamara de “comunicação subterrânea” entre ana-

lista e paciente e que é, para ele, decididamente, o fator dinâmico mais importante neste início de análise.

Modelo II

Há, no entanto, em dado momento do seminário, uma inflexão em relação a este modelo da comunicação primitiva, deste corpo-a-corpo psíquico, por assim dizer, para considerações que se baseiam no representável, no dizível e no dito. O que em nossos jargões e hábitos de fala remete ao conteúdo e à história, ao verbal em oposição ao pré-verbal (melhor seria dizer paraverbal). A propósito, acho que vale a pena estarmos alertas para os automatismos de sentido que palavras estereotipadas e com uma forte carga ideológica como estas acionam em nós, obstruindo nosso pensamento e nossa curiosidade.

Quero chamar a atenção para esta parte do seminário, porque ela implica em deslocamentos metapsicológicos e em modelos teóricos distintos do anterior, embora não necessariamente excludentes – mas é sobre isto que pretendo me deter mais adiante.

A inflexão que quero destacar se origina, narcisismo à parte, de uma observação minha. Tomando a idéia de Fédida de uma vida psíquica que aterroriza como excesso, aproximo-a das falas do paciente sobre a mãe considerada como sedutora, erótica no modo de contato com ele, e sobre as amigas da mãe, com os quais teria tido relações sexuais, sugerindo uma aproximação entre estes medos. Fédida rejeita esta sugestão, entendida por ele como sugestão de uma busca de “traumatismos, conflitos”, tomados como acontecimento causal, a exemplo do que acontecia na terapia catártica ou, então, um conflito constituído psicicamente, a ser interpretado. Contra isto, ele insiste na angústia imediata do paciente (sem mediação, ou seja, traumática

na acepção clássica) pela vida psíquica, tal que “se ele se entrega a *rêveries*” (ali na sessão) teme “explodir, ficar louco” – o que Fédida chama aqui de vida psíquica, é algo traumático. Embora ele volte a sublinhar, em sua reação, o sexo – feminino – da analista, diz que o paciente “reage a ela de um modo sexual muito sumário”, este “grande pequeno sádico”.

O curioso é que o movimento em direção à retomada do dizível e dos ditos prossegue, pois imediatamente Luiz Meyer intervém, manifestando “surpresa” por não ter havido nenhuma intervenção da analista face à insistência do paciente em afirmar que o pai é íntegro, e chega a sugerir uma intervenção em forma de pergunta sobre este pai, até então ausente em nossa discussão. Outra pessoa retoma longamente coisas ditas pelo paciente, lembrando de suas fantasias relativas às consultas do pai, que era dentista; ela assinala, a propósito, um lapso da analista que, ao nos relatar o caso ali, dissera, em dado momento, “sessão” quando queria dizer “consulta”. Com base nisto, pensa que a fantasia erótica de uma consulta odontológica está presente na transferência como fantasia erótica (inconsciente, se agida na

transferência) na consulta-sessão da analista com o paciente.

Sandra volta a manifestar sua impressão de que havia “algo de sexual” nesta análise que “precisaria encontrar uma resposta” nela. E lembra que o paciente tinha manifestado a esperança de poder aprender, na análise, a amar uma mulher, a fazer cantadas não pornográficas, mas românticas, ou seja, que, entendendo assim, havia um pedido para que a analista o tornasse capaz de amar e se fazer amar ou desejar por uma mulher.

Penso que para isso seria preciso uma retenção, um interdito em algum lugar, em particular na representação que ele tem da mulher, de maneira que esta não fosse vivida como alguém que pode tudo com ele. Somente assim poderia alcançar o mínimo de tranquilidade para conseguir aproximar-se dela e se fazer desejar. O enternecimento contratransferencial da analista (tão destacado na observação de Sônia) seria, também, portanto, muito significativo. O surgimento do tema do pai é, deste ponto de vista, bastante sugestivo na perspectiva de um certo horizonte do pensamento teórico na psicanálise.

E este movimento continua fe-cundo na reunião, pois Sandra aca-

Fédida insiste:
a angústia
imediate do
paciente pela vida
psíquica
é algo
traumático.

ba perguntando se o temor da loucura neste paciente, a preocupação que ela tem de que ele venha a ter um surto psicótico, não teria nesta imagem “tão inquestionável do pai uma referência identitária muito importante”? Ela lembra de novos elementos relativos às falas sobre o pai, em que o paciente o exime de qualquer responsabilidade por ter um filho bastardo. Podemos pensar que, à imagem preservada do pai, corresponde também o seu cuidado em não fazer mal, a correção moral em que, parece-me, ele se apegava para conseguir manter-se, ainda que precariamente, inteiro.

Estou indo lentamente aqui por que tenho presente que tudo o que faz emergir falas significativas – no caso, da analista, referidas ao paciente – está na corrente favorecedora da análise; o contrário, à serviço da resistência.

Continuo seguindo a evolução das idéias na discussão. Fédida acaba aderindo à idéia de que a analista, uma mulher, também é “uma imago do pai muito idealizado” e que “se tocar nele é o desmoronamento completo”. Uma imago é uma representação encarnada. Estamos em cheio no terreno das representações e do dizível destas representações. O analista, em cujo corpo “o paciente tenta ler emoções”, passa a ser visto como tendo uma função também de “garantia da integridade paterna”, diz Fédida. O paciente não é só alguém apavorado com medo da loucura, na defensiva, mas também alguém “que quer viver como os outros, que quer transar com as mulheres, se relacionar com elas, ter uma vida” ou seja, *encontrar vida na possibilidade de desejar* e não se perder na vida psíquica, como puro excesso, como transbordamento – peça central do que chamei de **Modelo I**.

A propósito da virada para o **Modelo II**, quando o excesso de vida psíquica foi situado no terreno do sexual, mas também com relação à preocupação técnica insisten-

te de Fédida, de que a analista... não saiba demais na sessão, seria útil lembrar uma palestra que o próprio Fédida fez em São Paulo, com o sugestivo título “A doença sexual: a intolerável invasão”². Ele começa referindo-se a um artigo de G. Bataille, para afirmar que “a Erótica é o excesso... sendo ameaça sempre iminente”. E, adiante, afirma que “... no momento em que se constitui o auto-erotismo, é preciso suportar, acima de tudo, que a mãe não procure invadir o filho, especialmente por um excesso de excitação, por um excesso de solitação”³.

O eixo do texto é uma retomada da noção de auto-erotismo que ele entende como um movimento que, descolado do objeto (personificado, substancializado), torna-se engendrador de formas e auto-engendrador, engendrando o que ele chama de outro, como “uma virtualidade da linguagem”⁴, um outro virtual como interlocutor. Afir-

ma que isto é condição para que se entenda o que representa para ele, Fédida, “a estrutura e o funcionamento auto-erótico da transferência”, transferência esta, em que *haveria a regeneração do auto-erotismo primitivo*. Afirmando, em seguida, sobre a função do analista, “que (este) ganha em não se colocar na situação do demasiadamente presente, pois são a distância e a ausência, se assim posso dizer, *que tornam possível a interlocução auto-erótica*”⁵.

Comentários

O que recortei como segundo modelo e que faz intervir ditos do paciente sobre seu pai, leva à idéia, no seminário, de uma *função paterna asseguradora*, garantia de uma certa ordem contra os *excessos enlouquecedores* que vêm da mãe (provocados pela mulher excitada-

Fédida acaba aderindo
à idéia de que a
analista, uma mulher,
também é “uma
imago do
pai muito idealizado”,
e que “se tocar
nele, é o
desmoronamento
completo.”

excitante), desenhando, desta forma figurada, dramatizada, um certo cenário transferencial.

A configuração que nele se encontra corresponde ao complexo de Édipo na versão teórica mais tardia a que chegou Freud, perto do final de sua obra⁶. Neste modelo que acabou surgindo no seminário – Modelo II – se reconhece, de fato, um apelo dirigido ao pai (imago) para que diga à mãe (esta louca): “você não pode e não vai fazer o que quiser com o corpo desta criança, deste menino”, apelo que só pode se manter, só é viável, enquanto puder supor uma imagem do pai (uma representação, um imago) capaz de fazer valer este dito.

O miolo do complexo de Édipo pode, no entanto, ser pensado para além de um cenário relacional conflitivo, correspondendo a fantasias em que intervêm personagens – aqui *mãe excitante, pai interditor ou não, criança entregue à excitação da mãe*. O complexo de Édipo pode também ser pensado como dispositivo conceitual metapsicológico, o que nos dá, como mostrarei a seguir, a possibilidade de transitar entre os dois modelos delineados acima.

Com isto torna-se possível vemos operar, nos meandros da discussão sobre o caso apresentado, um pensamento clínico em que a teorização implícita é suficientemente fina e maleável para, ao permear a percepção de uma situação analítica, permitir pensar com justeza sobre a condição de escuta, de presença e de intervenção do analista no caso.

Para isto vou retomar o começo da supervisão e a dicotomia ou a pergunta que destaquei em minhas primeiras considerações: devemos dar maior peso ao conteúdo (completamos: explícito, manifesto, consciente e intencionalmente formulado) daquilo que diz o paciente à analista, ao descrever nas sessões as “fantasias sexuais” que o obcecaram e que fazem dele um auto-intitulado “gorila”, ou de-

A vida psíquica só deixará
de ser excesso na medida
em que o paciente puder ver
sentido estável,
construir representações
pensáveis e dizíveis, pelas respostas
significativas que lhe
chegarem do outro.

vemos priorizar aquilo que supomos ser o que o paciente *está vivendo* direta e confusamente com a analista, ali na sessão? Devemos, por exemplo, acreditar que ele é o gorila que diz ser?

Não. Não, porque suas “fantasias sexuais... ameçam derrapar” e, diz ele, “tenho medo de perder o controle, de enlouquecer”. Isto sim será tomado ao pé da letra na percepção clínica do supervisor, partilhada em geral pelo grupo: ele está apavorado com um “excesso” nele, Férida diz, “de vida psíquica”. Ele não tem condições psíquicas de ter, propriamente, fantasias sexuais, e o gorila é uma versão virilizante defensiva que cria, diante da analista, como uma versão ativa de si. É preciso perceber que, na relação com as mulheres, para quem se tornaria até perigoso, como gorila, encontra-se realmente aterrorizado e desprovido, e isto impregna todo o contato com a analista.

Preciso fazer agora uma breve observação sobre esta expressão, tão importante para Férida nesta supervisão, a de “um excesso de vida psíquica”. É para lembrar que ela está presente em todo o pensamento de Freud, com o qual Férida mantém a mais estreita relação, embora continuamente repensada,

está presente nos conceitos de pulção sexual e de trauma⁷.

A vida psíquica só deixará de ser excesso na medida em que o paciente puder ver sentido estável e construir representações pensáveis e dizíveis pelas respostas significativas que lhe chegarem do outro, de um outro que não é, por isto – por poder ser de alguma forma entendido em seus estados de espírito – puro excesso.

É o que terá que ocorrer na análise, e é este o ponto de insistência de Férida do início ao final do seminário. Para ele, muitas falas do analista, mesmo que apenas para nomear afetos, poderiam tomar a tonalidade de um fazer compreensivo psicológico que enfraqueceria o que chamou de “comunicação subterrânea”. Nesta, a analista, sendo receptiva, se deixa ver para “ser lida” pelo paciente em seus estados de alma, por corriqueiros que sejam.

Esta disponibilidade que deixa a analista exposta ao paciente em sua incerteza sobre como falar, sobre o que fala, em seus pequenos medos e na ternura que diz sentir, constitui para ele o fator mais importante neste início de análise. É preciso que ela continue “não sabendo interpretar”, pois é daí que, no paciente, poderá se constituir

alguma atividade representativa sobre o outro e sua vida psíquica, e, penso eu, sobre suas *intenções*, de maneira a alcançar algum poder de ordenamento das coisas pela sedimentação de uma linguagem que, junto à analista, vá tomando peso. É como entendo quando Fédida diz que “o paciente começa a ficar um pouco vivo na sessão” e que “a matéria viva é frágil”, como se se tratasse da formação de um delicado tecido biológico, de uma membrana viva, ainda nesta metáfora biológica que vai adquirindo também um sentido psicológico, existencial e metapsicológico (*excesso pulsional a ser aquietado, ligado*).

Entendo que é por ter este modo de ver que Fédida defende com vigor a idéia, estranha para uma supervisão, de que a analista volte para seu paciente, sem ter perdido o desconforto de “não saber interpretá-lo”, e que é justamente, por ironia das coisas, a preocupação que a motivou a trazer o caso.

Este tempo da análise, por assim dizer, possibilitador do adensamento de uma linguagem, é que tornará possível, num tempo posterior da análise – mas os tempos se imbricam – a constituição (que sempre é ativa) de cenários fantasmáticos em que o sujeito possa se movimentar. Cenários e conflitos, então sim, interpretáveis por palavras que visem a um *conteúdo*, um conteúdo fantasmático. Para interpretar uma fantasia em ação numa situação transferencial é preciso que haja esta fantasia, que ela seja passível de construção pelo trabalho interpretativo e associativo.

Mas é hora de cumprir minha promessa de retomar o complexo de Édipo como dispositivo metapsicológico de estruturação psíquica. Penso assim, de fato, quando considero a tão sublinhada e discutida condição receptiva da analista. Ao procurar não ser muito ativa em relação ao paciente, não pretender saber muito sobre ele, tendo sensibilidade para sua fragilidade psíquica,

a, a analista terá que se haver com a própria incapacidade para interpretar, o desajeito, a fala incerta, o sentimento freqüente de insuficiência.

Nesta condição da analista vejo uma capacidade de renúncia considerável em seu *querer ser potente* (fálico!), renúncia em favor de um outro – no caso, o paciente – mas que teria que intervir no modelo da relação da mãe com seu bebê, reavivando o conceito de castração materna: o bebê, a criança, o menino é dela mas não é todo dela, certa margem deve ficar, margem indispensável para que algo dele possa se tornar... dele, para ele, inclusive a sua vida psíquica.

O “pai incólume” remete pois à garantia de *uma mãe capaz de renúncia e de reserva... para o outro*, em sua capacidade de ser frágil. Como observei acima, com o surgimento do pai na discussão, apareceram também falas do paciente e sobre o paciente em que este é visto como alguém tendo que se haver efetivamente – não mais em fantasias fanfarronas – com a diferença dos sexos e com seus desejos sexuais e amorosos. Passa a ser considerado, nesta nova perspectiva que vai surgindo, não mais apenas como alguém apavorado, na defensiva, com medo da loucura, mas também como “alguém que quer viver como os outros, que quer transar com as mulheres, se relacionar com elas, ter uma vida”. Que se tenha chegado a dizer isto me parece importante para esta análise, *pois não se ouve, não se trabalha da mesma maneira com um paciente, depois de se ter afirmado também isto*, ainda que mantendo a perspectiva primeira em que é realçada a precariedade de sua condição psíquica na sessão.

Reencontramos então os dois modelos num só ou, em todo caso, a possibilidade de uma grande mobilidade, de uma fácil passagem de um ao outro, podendo-se dispor de um dispositivo teórico suficientemente inspirador para uma condição de es-

cuta e de presença para a analista nesta análise. Ao reencontrarmos o terreno da metapsicologia, como o fizemos com o complexo de Édipo, temos em mãos a potência imaginativa que lhe é própria e que lhe valeu – como miolo da teoria psicanalítica – o nome faustiano de feiticeira.

É assim que vejo a possibilidade de movimentação do pensamento clínico do analista que não esteja refém, o que talvez queiramos todos, de sistemas teórico-ideológicos cristalizados, ao mesmo tempo que não podemos, seria absurdo, pretender prescindir de qualquer referência, negligenciando toda a riqueza e refinamento com que foram sendo burilados os meios de que dispomos para pensar e relançar o nosso pensamento, mergulhados que estamos na condução de processos analíticos em nosso dia-a-dia.

Precisamos, pois, em nossa escuta, da companhia cúmplice da metapsicologia, que ao operar bem afiada é condição máxima do rigor na análise. A mais rigorosa das exigências do trabalho analítico não é a de procurar o ângulo exato de onde ouvir e falar ao paciente? ■

NOTAS

1. Este texto foi redigido em função de uma proposta para uma reunião científica recente da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo cujo objetivo era discutir “O uso das teorias na prática clínica”, com base no seminário clínico que precede, com Pierre Fédida.
2. Publicada em P. Fédida, *Nome, figura e memória*, São Paulo, Escuta, 1992, p. 93.
3. *Idem*, p. 102.
4. *Idem*, p. 103.
5. *Idem*.
6. Refiro-me ao lugar central que passa a ocupar a sedução pela mãe e o conceito de castração materna (sempre pelo pai), em particular, nos textos do início dos anos 1930 sobre o Complexo de Édipo na mulher.
7. Desde seus trabalhos dos anos 1890, o trauma é entendido como falta de meios psíquicos, de representações, para dar conta de um excesso de excitação. É assim que Freud descreve a neurose traumática, hoje vedete da mídia sob o nome de síndrome do pânico. No artigo de 1920, em que introduz o conceito de pulso de morte, o trauma é também definido como necessidade vital, urgente, em “ligar”, em tornar psíquico, ou seja, representável, pensável, algo concebido como pura quantidade, no limite do psíquico.