

PSICANÁLISE

Antonino Ferro

# Fatores de doença, fatores de cura

*Gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*

**Blucher**

# FATORES DE DOENÇA, FATORES DE CURA

*Gênese do sofrimento e da cura  
psicanalítica*

Antonino Ferro

Tradução  
Marta Petriccioni

*Fatores de doença, fatores de cura: gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*  
Título original: *Fattori di malattia, fattori di guarigione: Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*

© 2002 Antonino Ferro

© 2021 Editora Edgard Blücher Ltda.

*Publisher* Edgard Blücher

*Editor* Eduardo Blücher

*Coordenação editorial* Jonatas Eliakim

*Produção editorial* Bárbara Waida

*Preparação de texto* Bonie Santos

*Diagramação* Negrito Produção Editorial

*Revisão de texto* MPMB

*Capa* Leandro Cunha

*Imagem da capa* Wikimedia Commons

---

# Blucher

---

Rua Pedrosa Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

**contato@blucher.com.br**

**www.blucher.com.br**

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme

5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua*

*Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras,

março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

---

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação  
na Publicação (CIP)  
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

---

Ferro, Antonino

Fatores de doença, fatores de cura : gênese do sofrimento e da cura psicanalítica / Antonino Ferro ; tradução de Marta Petriciani. – São Paulo : Blucher, 2021.

244 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-275-5 (impresso)

ISBN 978-65-5506-273-1 (eletrônico)

1. Psicanálise. 2. Interpretação psicanalítica.  
3. Modelo bioniano. 4. Fantasias inconscientes.  
I. Título. II. Petriciani, Marta.

21-0719

CDD 150.195

---

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

# Conteúdo

Prefácio à edição brasileira	7
<i>Elias Mallet da Rocha Barros</i>	
Prefácio à primeira edição	19
<i>Florence Guignard</i>	
Introdução	33
<i>Stefano Bolognini</i>	
1. Fatores de doença e defesas	39
2. Cultura da <i>rêverie</i> e cultura da evacuação	59
3. Continente inadequado e violência das emoções	73
4. O <i>après-coup</i> e a cegueira: campo analítico e pensamento onírico	91
5. Sonho de vigília e narrações	117
6. “Evidências”: partir novamente de Bion	133

7. Da tirania do superego à democracia dos afetos: o trânsito transformador na mente do analista	143
8. A autoanálise e os gradientes de funcionamento do analista	163
9. Crise da idade-dobradiça e crise de acontecimentos- dobradiça	181
10. Psicanálise e narração	195
Referências	217
Posfácio: a bicicleta com rodinhas, os tios e a cantiga dos dez “P”	235
<i>Vincenzo Bonaminio</i>	

# 1. Fatores de doença e defesas

Para chegarmos à questão dos fatores terapêuticos em psicanálise, creio que seja útil nos colocarmos, em primeiro lugar, a questão dos fatores de doença e das defesas às quais se recorre.

Com Bion (1962, 1963, 1965), podemos pensar que toda mente, ao nascer, necessita de outra mente para poder se desenvolver. Esse desenvolvimento se dá por meio de um jogo de projeções e introjeções. Angústias e sensorialidades primitivas são evacuadas na mente da mãe (identificação projetiva) e, depois de “tratadas e bonificadas” pela função  $\alpha$  materna, são devolvidas à criança transformadas em elementos figuráveis (elementos  $\alpha$ ) junto com o método para tratá-las (função  $\alpha$ ).

A projeção primitiva da criança, de angústias e sensorialidades evacuadas, necessita de um acolhimento, de uma transformação, de uma restituição que contenha também as “instruções” para o desenvolvimento desse “fator desconhecido”, que é capaz de transformar elementos  $\beta$  em  $\alpha$ .

Quando esse processo acontece de forma suficientemente normal, essa função  $\alpha$  se torna cada vez mais operante na mente da criança.

Desse momento em diante, e sempre mais nas situações de “não emergência”, o sistema funciona assim: protoemoções, protossensorialidade – em uma palavra, os elementos  $\beta$  são transformados pela função  $\alpha$  da criança em elementos  $\alpha$  graças ao bom funcionamento dessa incógnita (função  $\alpha$ ) introjetada.

O elemento  $\alpha$  é o elemento protovisual (ou protoacústico etc.) do pensamento que indica que houve uma transformação daquilo que pressionava como  $\beta$  em um *pictograma visual* (Rocha Barros, 2000). Assim, uma vivência primordial de raiva e de vingança poderia encontrar sua primeira pictografia em uma “piscina cheia de sangue”.

Elementos  $\alpha$  são formados continuamente e constituem os tijolinhos do pensamento onírico de vigília, isto é, da matriz protovisual que continuamente “filma” sensações, sensorialidades, tornando-as imagens não diretamente conhecíveis.

Esse “filme protovisual” (sequência de elementos  $\alpha$ ), produto da função  $\alpha$ , necessita de outras operações para chegar à condição de pensamento e de imagem narrativa e, portanto, de discurso interno ou compartilhável.

Os “derivados narrativos” (Ferro, 1998a, 1998b, 1999c, 1999d, 2000e, 2001b) de tal pensamento onírico da vigília funcionam como “*carriers*” em direção ao conhecível, graças às operações de tessitura narrativa que têm a ver com o desenvolvimento de  $\varphi$  e de  $\sigma$ , num arco de possibilidades que vai desde os filamentos narrativos (PS) até as tramas definitivas (D) e ao jogo entre “capacidade negativa” e “fato selecionado”.

Esse segundo nível implica um desenvolvimento suficiente (sempre sucessivo a uma relação suficientemente boa) de qualidades mentais mais elaboradas, como o desenvolvimento de  $\varphi$ , por meio de repetidas experiências de microestar em uníssono, de  $\sigma$ , que tem a possibilidade de existir se encontra um  $\varphi$  elástico e disponível; e ainda o desenvolvimento das “capacidades negativas” e de contenção em relação a PS (que passam pela experiência das emoções presentes na mente do outro) e do “fato selecionado” e de D, isto é, da capacidade de luto sempre operada pelo encontro com a capacidade de luto (presença do terceiro) na mente do outro.

Com base nesse esquema simplificado, não é difícil distinguir dois locais de patologia:

- patologia severa em virtude de carência de função  $\alpha$ ;
- patologia em virtude de um desenvolvimento não adequado de  $\varphi\sigma$ ,  $PS\leftrightarrow D$ ,  $CN\leftrightarrow FS$ .<sup>1</sup>

Em todas as patologias do tipo (a) existe uma deficiência originária da formação do pictograma visual até a ausência da formação da própria “mente”. Para ilustrar, é como se faltasse a “película” e, conseqüentemente, faltassem os fotogramas de base para o filme.

Nas patologias de tipo (b), temos a formação de elementos  $\alpha$ , mas são defeituosos os aparelhos com os quais trabalhar esses elementos.

A película fica impressa, mas falta a revelação (carência de “derivados narrativos”) ou falta a função de direção sobre os inúmeros fotogramas formados, o trabalho de  $PS\leftrightarrow D$ , o lugar onde guardar a película revelada (carência de  $\varphi\sigma$ ) etc.

---

1 Os símbolos significam respectivamente: continente/contido, posição esquizoparanoide/posição depressiva, capacidade negativa/fato selecionado.

Mas há uma outra possibilidade além das patologias de tipo (a) e de tipo (b), aquela em que há uma quantidade de estimulação sensorial que supera a capacidade da função  $\alpha$  de formar elementos  $\alpha$ : são as situações “traumáticas”, no sentido de estarmos na presença de mais estimulações (elementos  $\beta$ ) do que podem ser transformadas em  $\alpha$  e tornadas pensáveis.

Portanto, patologias do tipo (c) derivam de um acúmulo, de um trauma, onde é traumática qualquer situação que determine mais elementos  $\beta$  do que podem ser transformados em  $\alpha$ , e depois tratados e tecidos em emoções e em pensamentos.

Naturalmente, existem infinitas combinações entre (a), (b) e (c).

Quando há um excesso de elementos  $\beta$  em relação a quantos podem ser metabolizados, os vários mecanismos de defesa intervem para fazer frente a eles. (É inútil dizer que não é fácil estabelecer quantos elementos  $\beta$  são excessivos ou quão carentes são as funções  $\alpha$ , ou  $PS \leftrightarrow D$ ,  $\varphi \sigma$ ,  $CN \leftrightarrow FS$ .)

O primeiro mecanismo de defesa é a própria formação dos *factos não digeridos* (elementos  $\beta$ , parcialmente tratados, são conservados em blocos) aguardando que uma função  $\alpha$  possa ser fator de transformação: são os que eu chamei de elementos “balfa”, isto é, fatores de transferência (Ferro, 1996a, 1999a). Os outros mecanismos de defesa são os conhecidos, por exemplo:

- a cisão (a cota não tratável de  $\beta$  é cindida e projetada para fora);
- a recusa;
- a negação;
- os distúrbios psicossomáticos;
- as alucinações;

- as atuações caractereopáticas;
- as perversões;
- o desmoronamento da mente;
- o narcisismo.

Por questão de comodidade, tratarei conjuntamente dos mecanismos de defesa e de seus resultados sintomáticos. Naturalmente, poderiam ser classificados por gravidade, precocidade de surgimento e facilidade de transformação.

Consideremos, por exemplo, o “narcisismo”: é um mecanismo de defesa bem-sucedido e que opera quando não há o “lugar” para tecer e elaborar estados protoemocionais: estes são cindidos, projetados, colocados nos outros, tratados seu malgrado como funções  $\alpha$  subsidiárias. O núcleo duro do “narcisismo” coincide com um aglomerado de elementos balfa compactados.

O significado comum a todas as defesas é, como eu dizia, o de permitir uma gestão, em situações normais ou de falência, das cotas excedentes de elementos  $\beta$ . Uma pequena observação refere-se à consideração de que, como espécie, vivemos em constante excesso de elementos  $\beta$ , e que, mesmo socialmente, são elaboradas estratégias para evacuar, cindir, hipercontrolar, fobicizar aquelas cotas de protoemoções e de protossensorialidade que não somos capazes de transformar em “poesia da mente”, isto é, em pensamentos, emoções e afetos. As guerras, a dominação e o racismo são alguns desses mecanismos, que, de qualquer forma, do meu ponto de vista, não cabem ao analista indagar. Para que possa existir o específico “analista”, é necessário que haja o específico “paciente” e o específico “*setting*”: sem um desses elementos, também os outros dois não existem.

Naturalmente, todos nós utilizamos continuamente o conjunto dos mecanismos de defesa, e eles se tornam patológicos quando “ocupam de forma estável” o lugar de um funcionamento mental flexível.

Se, a partir de um certo ponto de vista, eles são fonte de patologia (também gravíssima), de outro são sempre uma solução bem-sucedida em relação a catástrofes mentais ainda mais graves, com o alagamento ou a disfunção total da mente ou também das próprias potencialidades do mental.

Neste ponto, o discurso sobre fatores terapêuticos é simplesmente o “positivo reparador” do negativo do qual falei e que podemos repensar em relação aos pontos (a), (b), e (c) considerando que cada paciente habitualmente é uma quimera de (a), (b), ou (c).

Da mesma forma, portanto, existem tratamentos analíticos do tipo (c) com pacientes com função  $\alpha$  íntegra e aparelho para pensar os pensamentos íntegro, com excesso de “fatos não digeridos” geradores de transferência e de identificações projetivas, aguardando que o analista colabore com o trabalho de significação e ressignificação. São esses pacientes que se encaixam na estreita categoria dos pacientes analisáveis segundo os critérios clássicos: pacientes que toleram as interpretações clássicas porque têm um lugar “onde” colocá-las e sabem “como” elaborá-las, resultando enriquecidos.

Existem tratamentos analíticos do tipo (b) nos quais, antes de trabalhar sobre os conteúdos não digeridos, é necessário trabalhar sobre funções mentais carentes: carência de  $\varphi$ , carência nas oscilações  $PS \leftrightarrow D$  etc. São patologias *borderline*, narcisísticas, nas quais há uma função  $\alpha$  adequada, mas com produtos que depois não podem ser administrados. A interpretação clássica frequentemente gera mais perseguição que crescimento, falta o lugar na qual colocá-la e a “forma” de utilizá-la.

Depois, existem os tratamentos analíticos de tipo (a): trata-se daquelas análises de investigação nas quais há uma deficiência significativa da função  $\alpha$ , nas quais é preciso “refazer” (neste caso, fazer pela primeira vez) aquele trabalho  $\beta \rightarrow \alpha$  (por meio da transformação dos elementos  $\beta$  em elementos  $\alpha$ ) que permita a formação dos elementos  $\alpha$  e a introjeção do método para fazê-lo.

As interpretações clássicas ou as interpretações elaboradas são, nesses casos, somente ulteriores estímulos de sensorialidade que causam evacuação, como diz o próprio Bion quando afirma que também os “pensamentos” podem ser evacuados como elementos  $\beta$  caso falte uma capacidade receptiva (Bion, 1962).

Por exemplo, para uma criança autística, teria mais sentido uma elaboração, pictograma por pictograma, do que uma complicada e elaborada interpretação exaustiva, que somente representaria a evacuação da verdade do analista na ausência de um receptor.

Nos próximos capítulos, tentarei tornar mais claro, de um ponto de vista técnico, como operar nos níveis (a), (b) e (c).

Uma consideração à parte refere-se ao chamado “instinto de morte”, que eu consideraria existente, mas mais no sentido de uma herança transgeracional de acúmulo de elementos  $\beta$  que não puderam ser transformados e elaborados.

Em outras palavras, não creio que exista um instinto de morte como tal, mas cotas transgeracionais de elementos  $\beta$  que excedem a capacidade atual da nossa espécie de elaborá-las. Quando as coisas funcionam bem, chamamos esse acúmulo de parte psicótica da personalidade, que compartilhamos, cada um de nós, com todo o gênero humano; se não, o denominamos destrutividade ou instinto de morte: sendo que – a meu ver – é somente o resíduo do que foi possível elaborar no pensamento, mas apenas por uma questão quantitativa: a nossa capacidade de mentalizar ainda é inferior em

relação às necessidades, e o que “sobra” permanece ativo, pressiona e frequentemente nos conduz a ações de violência ou doenças psicossomáticas ou psíquicas.

Outro conceito a ser reconsiderado para estarmos “em unísono” com o paciente é o da “onipotência”, com a qual se faz, por exemplo, um controle, ou uma tentativa de controle absoluto sobre o objeto; eu sublinharia “a necessidade” do paciente de um tal estilo de relação que encontra dois motivos principais de ser:

- a) as situações nas quais o controle total sobre o mundo e as relações serve para reduzir ao mínimo as afluições sensoriais e protoemocionais diante de uma função  $\alpha$  deficiente (é o caso do “controle” de tipo autístico): isto é, o controle serve para evitar o surgimento de estados protoemocionais (precursores de emoções) que não seriam administráveis (como alguém que, caminhando sobre um fio muito fino, tivesse que evitar qualquer pequeno sopro de vento, pois poderia lhe ser fatal);
- b) situações nas quais, por trás do ciúme, da necessidade de posse, há uma espécie de “síndrome do náufrago”: ou seja, em virtude de falências relacionais precoces, há uma forte necessidade do objeto, exatamente como um náufrago que, não sabendo nadar, necessita da boia à qual ficar agarrado.

Numa situação do primeiro tipo, teríamos um paciente que não tolera a menor mudança, que mantém todo o ambiente, também o inanimado, “sob controle” e tiraniza todos para que não haja mudanças, que seriam fonte de protoestímulos que não saberia como administrar.

Numa situação do segundo tipo, teríamos um paciente que realiza um controle possessivo e ciumento pela angústia de “desabar”, de afogar, caso não esteja “agarrado” ao objeto. “Sou eu quem

faz o controle de voo”, dizia um desses pacientes, “é corto as pernas de quem queira se afastar de mim”.

Também em relação ao conceito de “frustração” há algo a ser esclarecido. Podemos tomar como exemplo o “não”: o problema não é tanto o luto que ele comporta, o problema central é que a “frustração” representa uma mudança do estado de mente, com um despertar de sensorialidade *versus* as protoemoções; se não há uma função  $\alpha$  suficiente, então cria-se mais turbulência do que pode ser administrada, e essa turbulência que não pode ser pictografada em elementos  $\alpha$  torna-se fonte de mal-estar, que pode ser aliviado ou com a evacuação ou, no melhor dos casos, com sucessivas “ruminações mentais”.

Também em relação à “violência contra a si mesmo” eu usaria o critério de considerar as defesas, de qualquer forma, como o menor dos males. Penso na lagartixa que “desprende” o rabo, ficando mutilada, mas salvando a maior parte de si. A cisão, por exemplo, é uma violência contra si mesmo, mas, frequentemente, cindir partes que não sabemos como administrar é a única forma para sobreviver, e, se isso vale para mutilações de partes do *self*, creio que da mesma forma valha – na ausência de uma adequada capacidade de mentalização – para muitas formas de automutilação e de autoprejuízo.

Basta pensar na anorexia, na qual emoções de uma violência impossível de ser contida são cindidas e “mantidas à míngua” como a única forma possível de administração para salvar o que for possível.

Esse elogio das defesas está direcionado, naturalmente, à compreensão da sua profunda razão de ser. É inútil dizer que é daí que temos que partir para encontrar outras estratégias para salvar a mente, menos prejudiciais para o *self*, o mundo interno e o corpo.

Frequentemente, a gênese do sofrimento psíquico deriva do trauma da disponibilidade/indisponibilidade, ou melhor, do gradiente de disponibilidade na mente do outro, junto com o tipo e a qualidade de emoções presentes, dos quais está impregnada – diria Bion – a mente do outro.

Se a mente do analista está tomada por emoções “outras” em relação àquelas que o paciente espera (em sua preconcepção), então esse encontro, no qual falta a “realização”, torna-se traumático, ainda que não haja indisponibilidade ou recusa, mas uma simples falta de “engate” entre a preconcepção (a expectativa) e o que acontece (a realização).

Em seguida a uma dessas situações, descrita por um paciente como “falta de interação” e “falta de resposta” (isto é, a mente do outro, nesse nível, deveria – pelo menos na maior parte das vezes – “responder”, e responder em coerência com as expectativas), ele tem um sonho no qual, enquanto percorre o caminho que fazia quando criança, vê que há um alagamento, águas que sobem, embora não tão ameaçadoras a ponto de arrastá-lo: talvez geleiras estejam derretendo. Ele está com os filhos, que protege, mas chega um bando de caractereopáticos – ainda que não particularmente perigosos – que os sequestram, depois parece que há um final feliz.

A falta de resposta, o fato de não encontrar o “engate”, é uma ferida, mas pode ser também uma frustração capaz de dissolver algo que tenha ficado congelado e não narrável. Também é verdade que a ferida é tampada pelo queleide caractereopático.

Considero como queleides também as situações de erotização, de excitação, de narcisismo e assim por diante.

Um paciente, Luigi, quando consegue retomar contato com o “próprio sentimento originário de vazio e solidão”, pode renunciar àquelas “rolhas exuberantes” que tinham servido para tampar o tal

“buraco” de fundo, permitindo-lhe viver. Essas rolhas exuberantes tinham sido agudezas de caráter, um certo narcisismo, uma tendência à sedução. Encontrada a “falha”, a análise pode reparar essa ferida antiga, que precisou ser proposta novamente na transferência, permitindo sucessivamente o fim daquelas estratégias defensivas, até então necessárias e vitais.

Na maioria das vezes, o trauma do qual se ocupa a psicanálise é esse microtraumatismo (frequentemente repetido) da falta de correspondência entre expectativa e realização; a situação analítica permite repropor tal situação na presença de alguém com quem “ver” e “reparar” o estrago originário. Estrago originário que pode, também, ter prejudicado o desenvolvimento dos instrumentos do pensar ou até dos instrumentos para formar as subunidades visuais do próprio pensamento.

Naturalmente, coloca-se de maneira forte o problema dos modelos psicanalíticos e o problema da teoria e da técnica que deles resulta.

Um paciente com o qual foi combinada uma mudança de *setting*, em consequência da qual se perdeu também a continuidade dos encontros, inicia a sessão contando ter dado socos num sujeito que queria roubar seu carro. Trata-se de um paciente grave, caracteropático, que tende à evacuação.

Como se posicionar diante dessa comunicação? Poderia ser entendida como a cena manifesta de uma ambivalência edípica e interpretada nesse sentido; poderia ser considerada a repetição de algo que não pode ser lembrado e teriam que ser superadas resistências e defesas do paciente, tentando tirar aquele véu de remoção que impede o aflorar da lembrança traumática.

Poderíamos – em uma outra ótica – pensar que o sentido da análise é o de tornar conscientes as fantasias inconscientes que

pressionam, e que o fato de torná-las conscientes as “desintoxica”, e poderia então ser interpretada a “raiva” dirigida ao analista que lhe tirou algo que era importante para ele.

Ou ainda, privilegiando a atenção ao funcionamento mental do paciente e o favorecer sua capacidade de pensar (desenvolvimento de  $\Psi$ ), poderíamos captar a emoção presente “de ter vivido uma afronta e de isso ter ativado mais emoções do que as que ele poderia administrar”; reconhecer, portanto, o acontecimento traumático, as emoções que ele gerou, a difícil metabolização delas, ficando no “texto manifesto do paciente” que ele sentirá o próprio ponto de vista sendo compartilhado e sentirá um analista que o alivia em vez de um analista que o torna mais pesado com “verdades” sobre ele. Naturalmente, o analista terá em mente o quanto a intolerância a qualquer mudança pode ser indicativa de uma inadequação da função  $\alpha$  e de  $\Psi \sigma$  para metabolizar e administrar as protoemoções que toda mudança comporta. Nesta ótica, mais que sobre os conteúdos históricos ou fantasmáticos, a atenção é colocada sobre como desenvolver a capacidade de transformação/continência do paciente por meio da experiência de microestar em unísono.

Se uma paciente dissesse: “com o dinheiro que lhe dou, o senhor compra vestidos de grife para sua esposa”, poderiam ser diversas as interpretações: um cenário edípico com exclusão e raiva, um cenário fantasmático no qual domina a inveja em relação ao casal parental ou, mais “simplesmente”, a comunicação da paciente ao próprio analista de que sente receber dele “belas interpretações grifadas” para as próprias partes adultas, capazes de se acasalar de forma adulta com o analista, mas de que existe uma parte de si que permanece excluída, estranha e que não se sente ainda “acolhida”.

Da mesma forma, se uma paciente na sessão de segunda-feira dissesse: “Mas nos vimos na sexta-feira?”, poderíamos invocar

uma desvalorização em relação ao analista, uma “evanescência” do objeto interno, ou então uma sinalização a ser considerada como preciosa indicação de que na sexta-feira “não nos vimos”, isto é, de que faltou o encontro.

É verdade que, se partimos do significado relacional e atual mais significativo (“há uma parte minha que sente não receber nada de você”, “sexta-feira você não soube me ‘ver’, não soube fazer com que houvesse um encontro”), em seguida isso deverá se enganchar com as fantasmaticizações e com a história do paciente. Mas serão fantasmaticizações que, “tratadas e metabolizadas” no aqui e agora, sofrerão transformações que irão – em *après-coup* – habitar o mundo interno e a história de uma forma nova.

Em uma ótica de campo, temos de nos haver com aquilo que acontece na sessão: com narrações, narremas, protoemoções, sensorialidade e com os instrumentos para elaborar e administrar tudo isso. O objetivo da análise é desenvolver no paciente as “potencialidades” da mente inscritas como preconceções da espécie, mas que necessitam da adequada “realização” pelo encontro com a mente do outro.

O ponto central torna-se “como funciona/não funciona a mente do paciente”, como “funciona/não funciona a mente do analista”, como funciona/não funciona a relação cujo encontro das duas mentes inicia de forma a permitir o desenvolvimento (do paciente e do analista) ou de forma a produzir involução (do paciente e do analista).

Uma vez que esteja desenvolvida a capacidade de formar pictogramas (imagens visuais) e de tecê-los em subunidades narrativas por meio dos derivados destes, então poderemos nos dedicar aos conteúdos; mas isso, na maioria das vezes, deve somente ser encaminhado pela análise, depois o paciente continuará o trabalho por conta própria. É como se tivéssemos o problema de lavar a roupa: é

fundamental que haja energia elétrica (função  $\alpha$ ), é necessário que a máquina de lavar roupa esteja funcionando (aparato para pensar os pensamentos); o resto pode ser feito também sem o técnico da máquina de lavar roupa e sem o eletricitista.

O mesmo vale para a atualidade da relação: se levássemos ao técnico uma máquina fotográfica que tira fotografias feias, seria irrelevante trabalhar sobre as fotografias feias ou buscar pessoas e paisagens fotografadas para inferir o grau de distorção. Seria mais sensato – e cada um de nós o esperaria – consertar o mecanismo da própria máquina fotográfica.

Lembro que um paciente, depois de muitos anos de análise sem que o tema jamais tivesse sido tratado, de repente se “lembrou” da vivência que tivera quando criança: de morar em uma cidade na qual os prédios eram como aqueles frequentemente presentes nos estúdios cinematográficos, somente fachadas, sem espessura, sem tridimensionalidade. E de ter dado por certa essa forma de sentir e viver até sua última viagem à sua cidade de origem, na qual, pela primeira vez e com espanto, havia notado a existência de espaços tridimensionais.

Inútil acrescentar como isso, de um lado, me fez pensar em uma espécie de saída da “Planolândia”, do belo conto de Edwin Abbot sobre um mundo em duas dimensões, e, de outro – para as intensas emoções que conseguiu viver sem mais atolá-las em atuações caractereopáticas ou em comportamentos ausentes de espessura emocional (horas e horas no computador) –, em uma espécie de saída de seu *Show de Truman* pessoal.

Merece uma reflexão o funcionamento mental do analista em relação a todas as operações “não interpretativas” que ele realiza: a interpretação, saturada ou insaturada, é o último ato de uma série de processos transformadores e de investigação de sentido. Nos grupos de supervisão de casos clínicos, percebo-me cada vez mais

subvertendo a ideia “Refleta antes de falar” em “Fale antes de refletir”, pois isso permite entrar em contato com o funcionamento onírico da mente, que é capaz de criar muitos mais nexos e sentidos do que qualquer “reflexão”. No fundo, nos é pedido encontrar um sentido novo, original, a “fatos” por si só mudos.

Uma menina é trazida para a consulta porque há anos tem dores fortíssimas em uma perna, que inclusive a impedem de dormir, e frequentemente grita de dor. Já foi excluído qualquer tipo de causa orgânica. A mãe relata o quanto, frequentemente, ela mesma se irrita e fala palavrões à menina. Depois, conta ter sérios problemas nos dentes, que foram arrancados, e é impossível fazer qualquer aparelho, pois ela os range sempre, até quebrá-los, toda vez que lhe são implantados. A menina também tem medo de tudo aquilo que estoura: balões, rojões; a mãe acrescenta depois que, algumas vezes, está tão exasperada que tem vontade de matar os filhos. Conta que, frequentemente, a menina faz uma brincadeira na qual um pintinho fica sem a mãe porque, no momento no qual a galinha está com o galo para formar uma família, chega um “malvado” que mata a galinha. Conta depois de sua triste experiência quando criança com uma mãe sempre deprimida que nunca lhe dedicava tempo.

É imediata a ligação que se forma em minha mente: a mãe, sem sabê-lo, é habitada por um “*pit bull*” que morde continuamente “a perna da filha”, que grita de dor. Para mim, é uma imagem quase de filme: vejo a cena também em outros tempos, a perna que sangra e o *pit bull* que morde. Portanto, é a história de uma menina ferida e dolorida porque há uma mãe com a mente ocupada pelo *pit bull* e que, portanto, não tem espaço para a menina. Aliás, a menina é um peso, a mãe queria que ela estivesse morta. Mas esta é a história também da própria infância da mãe: é um *pit bull* “transgeracional” que está dentro, aquele herdado no contato com a mãe deprimida (Faimberg, 1988; Kaes et al., 1993).

Tudo isso, naturalmente, não pode ser explicitado assim diretamente, mas é uma hipótese de sentido que organiza o campo.

A função  $\alpha$  do analista formou imagens, “o aparelho para pensar os pensamentos” teceu uma narração possível (fruto de uma *rêverie*), e aquilo que parecia sem sentido começa a adquirir uma sua possível organização.

Está implícito que este trabalho na “cozinha analítica” encontrará depois uma forma, se for confirmado, de ser servido, nos modos e tempos devidos, também no “restaurante analítico”.

Neste ponto, merece algumas reflexões um tema que se tornou cada vez mais significativo: aquele do analista como pessoa. É um tema que encontra uma quase completa solução nos trabalhos de Willy e Madeleine Baranger a partir de seu célebre artigo de 1961-62. Em uma ótica de campo – e já nas formulações certamente não tão sofisticadas como as de hoje –, a presença da constelação das angústias/defesas do analista “coestrutura” o campo com o paciente. Remeto, além dos trabalhos dos Baranger (Baranger, M., Baranger, W., 1961-62, 1964, 1969) também aos recentes trabalhos publicados na Argentina (Kancyper, 1990, 1997), e aos meus trabalhos anteriores sobre o assunto (Ferro, 1992a, 1992b, 1993b, 1994b, 1994c, 1994d, 1996e, 2000b).

O que gostaria de focalizar aqui é como entra em jogo o funcionamento mental do analista dia após dia: a maneira como o analista funciona na sessão, com maior ou menor receptividade, com maior ou menor *rêverie*, com maior ou menor competência narrativa, codetermina de fato a própria sessão.

E se, de um certo ponto de vista, o “não funcionamento” mental do analista é um fato doloroso para o paciente, de outro, é uma preciosa e inextinguível fonte de informações sobre modalidades de acasalamento entre as mentes e sobre como tudo isso

é constantemente narrado pelo paciente. Em um momento meu de turbilhão emocional com uma paciente, mais que me colocar no eixo habitual de escuta receptivo, encontro-me interpretando como um rio na cheia. Na sessão seguinte, a paciente não aparece, contando depois que, por causa do alagamento do Ticino, muitas ruas não estavam transitáveis e considerou mais sábio ficar em casa até que o alagamento tivesse passado. Conta também querer fazer um curso de *tai chi chuan*. Há melhor maneira de dizer ao próprio analista “Cale-se!” do que faltando às sessões e ainda por cima com um jogo de palavras entre *tai chi* (prática de relaxamento) e “cale-se” (em italiano, “*taci*”)?

No mesmo período, outro paciente sonha com um homem que se torna cada vez mais magro e seco e com um açougueiro que dá facadas em certas vacas que gritam de dor... Ele associa aos sonhos (ou melhor, interpreta os sonhos) o fato de que, nos últimos dias, eu lhe tinha parecido mais enxuto e “*tranchant*” (cortante) do que de costume, e que isso o tinha feito sofrer muito. Consigo depois, com uma palavra jocosa, entrar novamente em contato com a origem do “meu turbilhão” e, dessa forma – sem nenhuma *self-disclosure* de minha parte –, encontrar um bom eixo mental. Mas isso quer dizer que o eixo mental do analista deveria ser sempre e somente estável? Com certeza não.

E isso, então, quer dizer que podemos/devemos nos fazer tratar pelos nossos pacientes? Com certeza não.

Significa estarmos conscientes de que a nossa mente é uma variável do campo e de que o paciente – mais uma vez nosso melhor colega – pode nos ajudar – na maioria das vezes sem sabê-lo – sinalizando um desvio, um mal-estar pelo qual não podemos ser responsáveis; o que significa trabalhar com nós mesmos para encontrar, o mais cedo possível, o nosso eixo habitual.

Por meio do trabalho de supervisão, estou cada vez mais convencido de que, quanto mais um analista é habitado por um ideal do ego (Widlocher, 1978), ou melhor, um superego analítico, muito exigente, tanto menos consegue se colocar a serviço do paciente, tolerando suas defesas, suas capacidades de assimilação e captando as sinalizações, mas se coloca como um “cruzado” da suposta verdade da qual é detentor, ungido por esta ou aquela teorização psicanalítica, frequentemente muito ortodoxa, com a qual se aca-sala em uma espécie de cena primária orgiástica e complacente: o paciente – se não entra no jogo – é um paciente que se defende, que resiste, que ataca, que é invejoso, que não é idôneo para a análise.

É frequente que jovens analistas, e também não tão jovens, sejam habitados por esse furor sagrado, e que muito trabalho precise ser feito para trazê-los de volta a uma escuta modesta, atenta, respeitosa, “sem memória e desejo”, daquilo que o paciente propõe, e sobretudo sem o temor de que a criatividade, que as vezes é necessária, seja uma heterodoxia culposa (Kernberg, 1993).

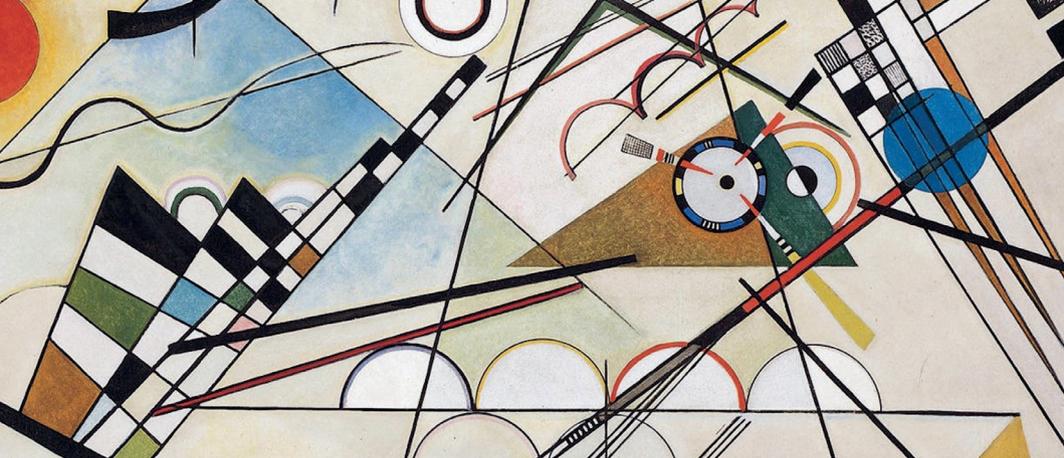
Nesse sentido, gostaria de lembrar a terapia de uma criança com síndrome de Asperger, na qual a flexibilidade, a criatividade, a coragem de um analista – nem um pouco *naif* (ingênuo) – tornam-se fatores de crescimento e de profunda transformação: foi necessário que o analista renunciasse a muitas de suas estratégias habituais de interpretação para encontrar o caminho adequado de “alcançar” aquele paciente de forma autêntica e poder lhe permitir um desenvolvimento.

Não é por acaso que são os analistas de crianças os mais capazes de “transgressões criativas”, porque os pequenos pacientes (como, por outro lado, os pacientes graves) são rebeldes a qualquer tentativa de domar, e é por isso que eu recomendaria a todo analista ter pelo menos uma experiência de análise com uma criança.

A esse propósito, me parece significativo que, nos últimos anos, em todas as Sociedades de Psicanálise, tenha-se conseguido organizar a formação completa para analistas de crianças e de adolescentes.<sup>2</sup>

---

2 A Sociedade Psicanalítica Italiana (SPI) organiza, desde 1999, uma formação para analistas de crianças e de adolescentes reconhecida pela International Psychoanalytical Association (IPA).



*Antonino Ferro investiga a gênese* do sofrimento psíquico, evidenciando o trabalho “a quatro mãos” que analista e paciente constantemente desenvolvem juntos. Por meio de contínuas exemplificações clínicas, chama a atenção para o (não) funcionamento do analista na relação com o paciente e para os remédios que a cura psicanalítica oferece à dor psíquica. Especialmente, identifica a “narração transformadora” que acontece na sala de análise como um dos mais importantes fatores de cura.

O autor, neste volume, continua o percurso iniciado em seus trabalhos anteriores – objeto de estudo em muitos institutos de psicanálise no mundo –, desenvolvendo o pensamento de Bion e o conceito de campo analítico com foco no papel central do “funcionamento onírico da mente mesmo quando acordados”.

Esta abordagem original para o problema dos fatores terapêuticos na psicanálise interessa a todos os psicanalistas e psicoterapeutas, atuantes ou em treinamento.

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-275-5



9 786555 062755



[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

**Blucher**