

...muras dupliant.  
So resolvidos pto. das minhas ideias  
com sua resolução para nos 1/2 anos  
em fevereiro de 1952. Agradeço muito  
muito mais a paciência em falar. Não  
deu-lhe minhas ideias para ser seu  
problema. Eu não ganhei  
Nada. Obrigado.  
Seja, seja, seja com sua boa vontade  
gratificante. Muito obrigado por  
sua cordialidade. Com carinho  
e respeito.  
Dr. H. A. Krakov  
Amor

PSICANÁLISE

Héctor Alberto Krakov

# Minhas duas supervisões com André Green

*A clínica psicanalítica em debate*

**Blucher**

MINHAS DUAS  
SUPERVISÕES  
COM ANDRÉ GREEN

*A clínica psicanalítica em debate*

Héctor Alberto Krakov

Título original: *Mis dos supervisiones con André Green: la clínica psicoanalítica en debate*, editado por Natalia Monsegur

*Minhas duas supervisões com André Green: a clínica psicoanalítica em debate*

© 2021 Héctor Alberto Krakov

Editora Edgard Blücher Ltda.

Edição brasileira traduzida do espanhol supervisionada pelo autor.

*Publisher* Edgard Blücher

*Editor* Eduardo Blücher

*Coordenação editorial* Jonatas Eliakim

*Preparação de texto* Diego Rodrigues da Silva

*Diagramação* Joyce Gama Rosa

*Capa* Leandro Cunha

# 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 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, junho de 2021.

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

Krakov, Héctor Alberto

Minhas duas supervisões com André Green :  
a clínica psicoanalítica em debate / Héctor Alberto  
Krakov. -- 2. ed. -- São Paulo : Blucher, 2022.  
152 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-505-3 (impresso)

ISBN 978-65-5506-501-5 (eletrônico)

1 Psicologia clínica 2. Psicanálise 3. Green, André  
-1927-2012 I. Título

22-1864

CDD 150

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia clínica

# Conteúdo

Introdução	7
<b>PRIMEIRA PARTE</b>	<b>9</b>
Primeira supervisão do Dr. André Green apresentação do material clínico da Sra. M., Buenos Aires, 1994	11
Segunda supervisão do Dr. André Green apresentação do material clínico do Sr. R., Buenos Aires, 1996	51
<b>SEGUNDA PARTE</b>	<b>71</b>
A clínica psicanalítica em debate	73
Estudo sobre o conceito de <i>agieren</i>	75
Notas finais	101
Aparição de materiais analíticos em sessão	109
Relato dos sonhos em sessão: tomografias do mundo mental	119

Tramitar em ato com o outro e mudança psíquica	125
O sujeito inconsciente na clínica psicanalítica	137
Quem trabalha é a psicanálise?	151
Fazer consciente o inconsciente 50 anos depois	169
Referências	179

# PRIMEIRA PARTE

# Primeira supervisão do Dr. André Green apresentação do material clínico da Sra. M., Buenos Aires, 1994

## *Apresentação da paciente*

A Sra. M. me consultou inicialmente em agosto de 1992. Há 4 anos estava em tratamento com um analista de orientação laciana, por quem sentia gratidão, pois, como uma conquista desse tratamento, tinha conseguido sair da casa acompanhada de um motorista e com um telefone celular. Até então, ela ficava totalmente impedida por uma intensa agorafobia que padecia desde muitos anos. No entanto, fazia esta consulta comigo porque queria mudar de analista, depois de que ele lhe afirmou que ela teria de conviver com esses sintomas. Desanimada, ela tinha voltado a entrevistar seu antigo analista, quem a tratara durante 8 anos, e com quem continuava mentalmente ligada. O colega que me indicou tinha decidido não aceitá-la novamente em tratamento para lhe oferecer a oportunidade de ter uma experiência diferente com outro profissional. Com ele, a paciente tinha desenvolvido um permanente apaixonamento transferencial, o que resultou no motivo da inter-

rupção dessa análise. Uma amiga dela, psicóloga, influenciara na interrupção daquele tratamento e sua posterior derivação para o segundo analista, afirmando-lhe que no apaixonamento transfe-rencial “com certeza estava incluído o desejo do seu analista”.

No final dessa primeira entrevista, combinamos que ela volta-ria a telefonar caso deixasse o seu atual tratamento. Dez dias de-pois, contactou-me solicitando que a atendesse junto com o marido porque ele queria me conhecer.

Tive uma entrevista com ambos, e mais duas com a Sra. M. Por último, e novamente, uma outra com os dois para fazer uma devolutiva.

A Sra. M. tinha 38 anos. Há 4 anos era casada com Marcelo, de 42. Junto com eles morava Luciana, de 7 anos, filha do primeiro matrimônio de Marcelo. Ambos foram casados anteriormente. A Sra. M. teve um casamento conflituoso que durou 5 anos. Uma vez desquitada entrou novamente em contato com Marcelo, a quem conhecia da faculdade, iniciando um relacionamento de amantes. Após a separação de Marcelo, começaram o convívio junto com Luciana.

As razões que faziam com que a Sra. M. quisesse continuar um tratamento tinham a ver com seus medos e caprichos irracionais. Ela tinha que estar em casa sempre acompanhada de alguém, e só saía para a rua com o motorista e um telefone celular. Seus sinto-mas lhe lembrava o feitio do seu pai, quem nesse momento era uma pessoa idosa e muito doente.

Além disso, ela não conseguia engravidar e sua ansiedade au-mentava por se encontrar no limite da idade fértil.

Iniciamos um tratamento de quatro sessões semanais. Espora-dicamente incluímos uma quinta sessão, por pedido dela.



Desde o começo me encontrei lidando com uma paciente verbalmente incontinente que pedia sistematicamente ir no banheiro ao finalizar, e às vezes na metade de uma sessão. Desafiadora e lúcida, a Sra. M. costumava exercer sobre mim um controle onipotente, revertendo o sentido de cada interpretação. Utilizava sua enorme experiência analítica para anular suas possibilidades de *insight* e criava nas sessões um clima maníaco que em várias ocasiões me contagiava. Considerei como prognóstico favorável que meu interesse pelo tratamento nunca declinasse.

### *A respeito do diagnóstico*

a) A Sr. M. tinha uma problemática de filiação histórica, tanto pela agorafobia-claustrofobia como pelo apaixonamento transferencial com seu primeiro analista. Sua sintomatologia permitia pensá-la como uma paciente histórica grave ou pelo menos padecendo de uma doença de consideração, pelo apego a objetos com os que conseguia deambular. Tinha um grande empobrecimento pessoal, consequência da restrição gerada pela doença. Nunca conseguiu exercer uma primeira profissão e atualmente estava estudando psicologia.

b) Era condição inexcusável, para que conseguisse ficar tranquila, a presença de alguém com ela, tanto na casa [a faxineira ou o marido] ou na rua [com o telefone ou o motorista]. Havia montado um estrito sistema contra a ansiedade que completava com a ingestão de medicação ansiolítica e antidepressiva prescrita por um psiquiatra.

c) Outra sintomatologia vigente era uma profunda depressão, evidenciada tanto em sua atitude física quanto em sua vestimenta.

Sendo uma mulher de traços físicos agradáveis, vestia-se de cor preta, mostrava-se encurvada, matinha sua longa cabeleira despenhada, não se maquiava e deixava cheiro de cigarro por onde pasava, pois era fumante compulsiva.

d) O elemento diagnóstico significativo era o tema da ansiedade. Nesse sentido, considerava-a uma paciente com uma patologia borderline, padecendo uma ansiedade desorganizadora que, segundo as escolas teóricas, poderia ser entendida como ansiedade psicótica ou talvez como a passagem de *angústia sinal para angústia automática*. Os efeitos da tolerância/intolerância à ansiedade impactavam, tanto em sua mente como no seu corpo. No mental começava a -ser gerado um aumento de ideias sobre a sensação de que iria passar mal, iria sentir vertigens e até desmaiar. Assim, não aguentava mais e precisava sair correndo para a casa!

Por esse motivo não conseguia dirigir o carro. Se ficava detida em um sinal que demorava muito, começava a passar mal e tinha que abandonar o carro em que estivesse; outra pessoa tinha que estacionar o veículo ou então levá-lo de volta. O mesmo acontecia no supermercado: na fila para pagar, se o caixa fosse lento, ela podia deixar o carrinho das compras e sair correndo para sua casa.

Ela também receava ter um ataque de vertigem que a deixasse imobilizada no chão. Pensava que podia ser um ataque de epilepsia, tornar-se um bebê ou em uma vegetal. Não sabia quem era, nem onde morava, nem como chegar na sua casa. O motorista, como acompanhante, tinha a função de saber disso. Uma outra metáfora de sua indisposição era que, nesses momentos, ela se sentia como um carro que perdia partes da sua carroçaria ou uma marionete de cordéis frouxos.

O impacto dessas ideias no corpo gerava a convicção de que iria ficar indisposta. Sentia que sua pressão baixava, começava a ter

taquicardia, alterações na temperatura corporal e suas mãos ficavam frias, embora experimentasse uma sensação de sufocamento interno.

Seu padecimento me evocava a sintomatologia de outro paciente, quem fora diagnosticado com um quadro de “ataques de pânico”, rótulo muito publicitado na mídia.

e) O meu objetivo terapêutico com a Sra. M. estava inicialmente dirigido ao tema da ansiedade e seu mínimo limiar de tolerância. Seria guiado pelo desdobramento transferencial de suas dificuldades para tolerar o processo de pensamento (processos psíquicos secundários mediados pelo eu inibidor, em termos do texto *Projeto de uma psicologia científica* de Freud (1950/1895/1992) vs. as condutas quase reflexas [processos psíquicos primários).

### *Supervisão clínica: apresentação*

Após a apresentação da paciente, transcrevo a seguir o meu diálogo com o Dr. Green e sua exposição:

AG: Poderia oferecer mais detalhes sobre o motivo que fez com que achasse tão interessante esta paciente. E o que lhe fez sentir para, apesar das dificuldades que apresentava, nunca perder o interesse por ela. O senhor já disse que esta paciente representava um desafio. Se conseguisse entrar mais um pouco no detalhe daquilo que os outros chamam de contratransferência, ficaria muito contente de escutá-lo.

HK: Tinha a impressão de que esta paciente era daquelas que um analista tem uma ou duas vezes na vida profissional.

AG: O senhor é otimista.

HK: Nunca tivera uma paciente que para poder sair tivesse que estar apegada a um motorista ou a um telefone celular. Uma paciente que já teve uma análise prolongada com um colega e que tinha desenvolvido um forte apaixonamento transferencial. Que tivesse mudado de terapeuta e abordagem terapêutica e, no entanto, os sintomas pareciam resistir. Tudo isso me parecia um desafio pessoal e um desafio ao método analítico.

AG: O senhor já comentara isso. Esperava algo mais.

HK: Estes comentários são sobre as entrevistas de admissão. Não sei se o que o Dr. espera são minhas reações contratransferenciais do tratamento.

AG: Convém ser coerente consigo mesmo. É o tipo de paciente que temos a sorte de encontrar apenas por uma vez na vida. Se o senhor afirmar isso, quer dizer que essa sensação lhe resultou muito forte. Quer dizer que o senhor espera um encontro decisivo, e se pensar que isso acontece apenas uma vez na vida quer dizer que esta paciente movimenta os alicerces da sua identidade analítica. Por isso pergunto, *a posteriori*, sobre que elemento fica sustentada uma impressão como a sua com uma paciente assim, considerando como regra que ela fez duas experiências analíticas prévias que resultaram um fracasso. Se o senhor teve a impressão de conseguir aprofundar no caso, pensa, *a priori*, que tem a possibilidade de gerar um entendimento além daquilo que os outros analistas entenderam. Peço-lhe que faça um esforço para esclarecer os sentimentos que nos comunicou, que acho muito importantes. Não digo que seja fácil.

HK: Suponho que tem a ver com uma maneira de pensar a psicanálise.

AG: Pois é.

HK: Eu pensava tratar esta paciente a partir o ponto de vista da fisiologia mental. Com isto quero dizer, não analisar as histórias que a paciente contar, porque disso ela tinha uma enorme quantidade de informação. De fato, no diagnóstico inicial a paciente parecia de filiação histérica, com quadros agorafóbicos e claustrofóbicos, e inclusive com o apaixonamento transferencial com o primeiro analista. Achava que o problema inicial, que eu observava nela, era de que modo tramitar a ansiedade; com que aparelho mental.

AG: Percebo, mas tenho uma pequena observação sobre a qual voltarei mais à frente. O que me pergunto é: como o senhor imagina esse aparelho mental?

HK: Acho que a paciente tem uma característica que às vezes não percebemos em outros tipos de paciente menos graves. Faço referência a um tipo particular de dissociação, com duas formas de funcionamento mental simultâneas. Uma, que poderíamos chamar de “discurso oficial ou a forma oficial”, que em terminologia do *Projeto* chamaríamos de processos psíquicos secundários; que têm a ver com o desenvolvimento do ego e do pensamento. E outra, que tem a ver com o funcionamento psíquico primário, mais próxima de um funcionamento do tipo reflexo. Portanto, onde não há uma inibição do ego, de desenvolvimento de pensamento verbal. Onde o paciente recorre ao impacto sobre o corpo ou, como neste caso, ao aferramento ansioso sobre os objetos da vida circundante.

AG: Acho que respondeu minha pergunta. Simplesmente a observação que faço é o sentimento que tem de colocar completamente de lado a história. Diria que considerando os dois tipos de funcionamentos que o senhor descreveu do *Projeto* pode fazer a mesma distinção com a história. Ou seja, que tem de observar nesse ponto o equivalente sobre o plano da temporalidade disso

que descreveu vindo em substituição do processo primário e em superposição com mecanismos corporais sobre algo que aparenta ser processo primário.

HK: Não faço referência ao processo primário como Lei de funcionamento do inconsciente.

AG: Eu também não. O senhor diz que há uma espécie de subversão do processo primário, que em vez de traduzir algo da organização do inconsciente não resultam esclarecidos mais que por um conjunto de mecanismos onde o psiquismo não está diferenciado de uma corporalidade. Que, portanto, há uma aparência de psiquismo; e a necessidade de lançar mão das explicações, que são convincentes, de introduzir esta dimensão corporal.

O mesmo pode ser afirmado em relação à temporalidade. Podemos dizer que existe uma temporalidade psicanalítica com noções como o *après-coup*, a ausência da temporalidade no inconsciente, todas as coisas que resultam familiares na construção do aparelho psíquico. Neste caso não funciona assim, há uma outra historicidade por descobrir.

Portanto, o que o senhor descreveu, utilizando o conceito de Bion da reversão da perspectiva e a espacialidade psíquica, tem que ter um equivalente do ponto de vista temporal. Peço desculpas porque queria escutar a sessão, mas é importante que certas coisas fiquem esclarecidas desde o início. Qual seria o sentido de voltar ao primeiro analista? Para mim fica evidente que o retorno ao primeiro analista vem do juízo que aportou o segundo, o analista lacaniano. “Fique assim, conforme-se com aquilo que a senhora é e guarde seus sintomas”. A contradição é total porque o psicanalista laciano interpreta isto como um fato, uma resistência, e insiste com que ela se conforme com o que tem, com aquela forma de

pensar. Se ela rejeitar isso que lhe dizem, que fique como está, não é porque ela não queira resignar-se a guardar seus sintomas, mas porque ela não aceita resignar-se a que seus sintomas não consigam sair da onipotência que ela procura. O sintoma tem que ser abordado na mente dela, na medida em que o sintoma não realiza, não concreta, aquilo que ela espera do sintoma. Nesse sentido, digo-lhes que é a estratégia lacaniana geral. Eles explicam que são mais expertos que nós, explicam-nos que é a presença do desejo do analista que bloqueia a situação. E quando dizemos “pronto, embora”, não fica mais ninguém. Quer dizer que o progresso realizado pelo analista lacaniano é que ela compreendeu que podia sair dessa situação com um motorista e um telefone celular. Neste sentido, de fato, o analista lacaniano operou no sentido geral da estrutura desta paciente, favorecendo a onipotência. Se houver fobia há desejo de evitar algum perigo. Há desejo de limitar a angústia.

Nesse ponto é onde o nosso colega viu perfeitamente a situação de que esta fobia não se parece em nada com a verdadeira fobia.

Poderíamos pensar nesta fobia por uma perspectiva moderna, em relação com o que foi descrito como fobia pré-genital; mal diferenciada, com angústia difusa. Penso que o nosso colega compreendeu muito bem que não se tratava disso, que o que caracterizava esta paciente em relação com aquele pânico geral era uma tentativa de mecanização da psique e a redução, em tudo o que for possível, a uma situação na qual seu mundo interior apareça inerte. Quer dizer que, de fato, podemos considerar que houve uma tentativa fracassada de organizá-lo obsessivamente. E que ela estava sentindo o retorno do recalcado inconsciente como caprichos irracionais que ela não compreende, mas sente que por trás deles há uma conotação tirânica. A recordação deixada pelo pai, em relação com este aspecto tirânico, deixaria pensar que o sentido é prosseguir com a proibição paterna.

Se apenas fosse isso, dois aspectos do material não ficariam explicados. Em particular, o fato de que ela utilizasse, o que lhe foi oferecido, dizendo “é algo que não vai pelo desejo do analista”, razão pela que ela mudou de analista. Se bem que a fase eroto-maniaca com o primeiro analista mostra que já estava aí. Ou seja, que a situação da transferência é imediatamente devolvida como transferência do analista: “é o analista que tem medo de amá-la”. Então isto se interpreta como controle onipotente. Não é inexato. Somente vemos que nesta fobia o sintoma principal é seu receio a ser deixada em solidão. Isto é, de fato, que para ela ficar totalmente livre e exposta às pulsões toma a forma de dizer “loucos”. Nesse momento a identificação tirânica com o pai parece insuficiente para explicar o quadro. Então, que temos a sensação de que há algo mais, que toca a relação com o objeto de um caráter incontrolável e muito provavelmente devastado. O sintoma mais interessante resulta no fato de que ela não pode engravidar e isso a coloca numa destrutividade, como se ela matasse todos os bebês que vêm no seu ventre. Nesse ponto é onde pensamos que sob a identificação tirânica com o pai existe algo vinculado com a relação com a mãe; que a conduz a uma identificação com o agressor destrutor da mãe.

Quero insistir com a ideia de que, desde o ponto de vista do tempo, sempre há uma espécie de recuperação mágica. Isto é, ela conhece alguém, depois cada um se casa. Depois ela volta a encontrar o objeto primitivo que deixa sua mulher, e ela se casa novamente. A seguir estão suas dificuldades para engravidar, como se ela matasse os bebês na sua barriga. Isto fica mencionado aqui, apenas para expor algumas questões, a fim de explicar por que esta paciente solicita com tanta intensidade o interesse do seu analista. Provavelmente ele tem a impressão de uma maquinaria extremamente sofisticada e destrutiva, mas onde existe um chamamento para fazer algo.



HK: Tenho feitos alguns apontamentos e tenho um sonho que o senhor tem traduzido. Depois de que esta paciente comentasse o sonho em sessão, com certa pressa fui à procura de uma supervisão. Quando o senhor ler o material, imaginará o porquê.

Foi sonhado após 5 ou 6 meses de iniciado o tratamento, depois do óbito do pai.

Sonho: Ela e seus pais estavam em um centro comercial. O pai se encontrava detrás dela, velhinho e fraco com o pênis dentro do seu ânus e a mãe como em off olhando-os de lado. De súbito ela nota que o pai defecou pelo pênis dentro do seu corpo. Sente muito nojo e tenta achar um banheiro para evacuar a matéria fecal que o pai lhe enfiara dentro. No sonho ela tinha a impressão de que lhe dava vida ao pai. Como se estivesse “ligado” nela como em uma pilha.

AG: A culpa não é minha. A máquina sofisticada está aí.

HK: Queria acrescentar a ideia que eu tinha a respeito de por que ela não tinha filhos, antes deste sonho. Tinha a impressão de que a paciente não possuía um espaço interno para ter bebês. Não desconsiderava a possibilidade da existência de uma máquina assassina, como recém dizia o Dr. Mas também, a dificuldade que eu observava com esta paciente, em relação com o espaço e o tempo, do espaço psíquico. De fato, finalmente esta paciente engravidou depois de um longo processo médico onde primeiro teve que ser operada de miomas uterinos, sob condição imposta pelo obstetra para iniciar depois um processo de fertilização in vitro.

*Jr sp roquibus  
fecit  
P. S.  
In sum form prosequendum  
suis pro beneficium in ex parte  
ad auctoribus beneficium  
beneficium in beneficium  
beneficium in beneficium*

**Este livro dá continuidade** a um projeto de pesquisa conceitual que venho realizando há mais de 10 anos, parte do qual foi publicado em meu livro *De que se trata? Uma resposta possível*, editado pela Blucher em 2021.

A primeira metade deste livro contém a transcrição das supervisões realizadas por André Green, em 1994 e 1996, de dois pacientes que apresentei a ele na Associação Psicanalítica de Buenos Aires.

Na segunda parte do livro, “A clínica psicanalítica em debate”, é composta por quatro segmentos: 1) Estudo sobre o conceito de *Agieren*; 2) O sujeito inconsciente na clínica psicanalítica; 3) Quem trabalha é a psicanálise?; e 4) Fazer consciente o inconsciente 50 anos depois.

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-505-3



9 786555 065053



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

**Blucher**



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

## Minhas duas supervisões com André Green

A clínica psicanalítica em debate

---

Héctor Alberto Krakov

ISBN: 9786555065053

Páginas: 184

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2022

---